



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. 17 del 1.08.2024



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

Review realizzata in collaborazione con:

DIPARTIMENTO
DI SCIENZE SOCIALI
ED ECONOMICHE



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

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



**UNIVERSITÀ
CATTOLICA**
del Sacro Cuore

Nota redazionale.

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

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

Per le Istituzioni:

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

Per i dati:

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

Criteri di selezione:

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

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

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

I curatori

Giorgio Banchieri

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

Antonio Giulio de Belvis

Socio ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale. Professore Associato di Igiene e Medicina Preventiva presso la Facoltà di Economia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore. Dal 2009 al 2012, Coordinatore e Segretario Scientifico dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane e curatore del Rapporto Osservasalute, dal 2011 è referente per l'Italia dello European Observatory

on Health Care Systems and Policies e co-autore del report “HIT-Italy” 2014. Dal 2012 è Direttore della UOC “Percorsi e valutazione degli outcome clinici” della Fondazione Policlinico Universitario “A. Gemelli” - IRCCS.

Maurizio Dal Maso

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

Emanuele Di Simone

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

Nicoletta Dasso

Socio 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

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

Francesco Medici.

Socio ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale Medico Chirurgo, specialista in Chirurgia Generale, acquisiti master universitari di secondo livello. Pubblicati lavori scientifici, coautore 1 Libro, autore di articoli su riviste on line. Medico di direzione sanitaria dell'A.O San Camillo Forlanini, direttore della UOSD Gestione dei Blocchi operatori e Pre-ospedalizzazione e direttore della UOSD Organizzazione sanitaria e Reti. Consigliere Nazionale ANAEO (maggior organizzazione della dirigenza medica in Italia). Docente della scuola di formazione di quadri sindacali ANAEO. 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

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

Mario Ronchetti

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

Andrea Vannucci

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

Contatti.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Monografia “One Health”
- Monografia “Sanità pubblica e privata”

Indice

Articolo di apertura	9
Quotidiano sanità - <i>L'attesa della cura</i> - S. Scelsi, G. Banchieri, A. G. de Belvis, A. Vannucci	9
Welforum.it - <i>LEPS: servizi sociali di sollievo per anziani non autosufficienti</i> - Franco Pesaresi	17
Welforum.it - <i>LEPS: l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)</i> - Franco Pesaresi	21
Scenari della sanità	27
The Lancet – <i>Il mandato del governo UK per il cambiamento deve dare priorità alla trasformazione della salute pubblica</i> . K. Fenton, G. Roberts, M. Rae	27
The NEJM - <i>Medicare Advantage e la nuova frontiera del consolidamento: il pericolo di UnitedHealthcare for All</i> - Hayden Rooke-Ley, Soleil Shah, ed Erin C. Fuse Brown	28
La Repubblica - <i>Riforme istituzionali, associazioni e movimenti cattolici uniti: serve dialogo e condivisione oltre la maggioranza</i> - Iacopo Scaramuzzi	31
Nature - <i>Elezioni nel Regno Unito: gli scienziati accolgono con favore la vittoria schiacciante del Labour</i> , Jonathan O'Callaghan	32
Quotidiano sanità - <i>Appello alla ragione</i> - Ivan Cavicchi	34
Salute Internazionale - <i>Investimenti finanziari e salute</i> - Benedetto Saraceno	37
Salute Internazionale - <i>Chi finanzia l'OMS</i> - Benedetto Saraceno	39
Sanità Informazione - <i>Inclusiva, orientata alla ricerca, accessibile. Ecco la sanità pubblica che vogliono i giovani italiani</i> - Marco Landucci	42
Quotidiano sanità - <i>Finanziamento Ssn. Corte dei conti: "Nel 2028 spesa sanitaria out of pocket sopra i 47 miliardi"</i>	44
Corte dei Conti – <i>Report Audizione su assistenza complementare</i>	45
Cittadinanzattiva - <i>XIV Premio Andrea Alesini per le Buone pratiche in Sanità</i>	46
Healthdesck - <i>La guerra torna a far paura ai ragazzi italiani</i>	48
Forum Sistema Salute – <i>La chiameremo Umanità</i>	49
CENSIS – <i>IX Rapporto sulla sanità pubblica, privata e intermediata 2019-2020</i>	51
Scenari della sanità	52
Il Sole 24 Ore - <i>Cantiere Ssn/ L'Upb: Ssn resiliente ma affrontare squilibri e carenze esistenti. Con un aumento all'8% del Pil primo balzo di spesa a 41 mld</i> -B. Gob.	52
Quotidiano sanità - <i>"Whatever it takes" per il Servizio sanitario nazionale: il bombo diventerà ape o scarafaggio?</i> - Franco Cosmi	53
Quotidiano sanità - <i>Siamo ai tempi supplementari per il Ssn?</i> - Alessandro Giustini	54
Quotidiano sanità - <i>Progetti, coraggio e strategia per salvare il Ssn</i> - Maria Luisa Agneni	56
Quotidiano sanità - <i>Ma veramente la sanità è al collasso?</i> - Stefano Scillieri	58
Quotidiano sanità - <i>"Il Ssn è a un punto di rottura. Su liste d'attesa solo un maquillage organizzativo". I sindacati della sanità lanciano la protesta</i>	59
Sindacati – <i>Piattaforma condivisa per salvare il SSN</i>	61
Salute Internazionale - <i>Verso una sanità più sostenibile</i> - Marco del Riccio e Patrizio Zanobini	65
Demografia e salute	68
Quotidiano sanità - <i>L'Italia che scompare: Istat, oltre 4 milioni di residenti in meno entro il 2050. E nel 2080 saremo solo 46 mln. Nel 2043 più di una famiglia su cinque non avrà dei figli</i>	68
ISTAT – <i>Il Paese domani: crescerà lo squilibrio tra nuove e vecchie generazioni, aumenteranno le differenze</i>	71
Idealista news - <i>L'Italia è il terzo Paese più popoloso dell'Ue</i>	72
Pandemia in essere e in arrivo	73
Quotidiano sanità - <i>Monitoraggio Covid. L'ondata estiva non si placa: nuovi casi in crescita di oltre il 50%. E iniziano a salire anche i ricoveri</i>	73
The Nejm - <i>Déjà Vu All Over Again: rifiutarsi di imparare le lezioni del Covid-19</i> - Michael S. Sinha, Wendy E. Parmet, Gregg S. Gonsalves	74
The Lancet – <i>Preparazione alle minacce epidemiche emergenti: rilevazione della circolazione di Oropouche a Cuba</i> – M. E. Toledo e altri	77
Quotidiano sanità - <i>Tumori della mammella e del colon. Al Sud più anni di vita persi e più pazienti che vanno fuori Regione. I dati dell'Iss</i>	78
ISS – <i>Rapporto ISTISAN 24/9 – Tumori alla mammella e al colon retto: differenze regionali per mortalità, screening oncologici e mobilità sanitaria</i>	80

La Repubblica - <i>La Dengue a casa nostra: la mappa del virus</i> - Cinzia Lucchelli	81
Liste di attesa in sanità	88
Quotidiano sanità - <i>Decreto liste d'attesa. Via libera anche dalla Camera. Ora il provvedimento è legge. Monitoraggio dei tempi di attesa, visite anche nei fine settimana e misure per il personale. Ecco cosa prevede il testo approvato</i> - Giovanni Rodriquez	88
Camera dei Deputati – <i>Conversione in Legge del Dlg Liste di Attesa</i>	95
Il Sole 24 Ore - <i>Autonomia differenziata: Regioni chiamate alla sostenibilità del Paese nel rispetto del Patto di stabilità</i> - Ettore Jorio	96
Quotidiano sanità - <i>Liste di attesa. Solo 9 regioni forniscono online l'aggiornamento dei tempi. Punte di 498 giorni per un'ecografia. L'indagine di Cittadinanzattiva</i>	97
Il Sole 24 Ore - <i>Liste di attesa: non si abbattano rincorrendole, servono trasparenza e programmazione</i> - Massimo Braganti	99
Quotidiano sanità - <i>Sulle liste d'attesa il pesce puzza anche dalla coda</i> - Francesco Medici,	100
Il Sole 24 Ore - <i>Liste d'attesa: le Regioni danno parere negativo al decreto, necessari più fondi e cambiare l'art.2</i>	102
Il Sole 24 Ore - <i>Liste d'attesa, il decreto in Senato pronto per il giro di boa. Il relatore Zullo: 13 mld recuperabili dalla razionalizzazione</i>	104
Quotidiano sanità - <i>Decreto liste d'attesa. Salutequità: "Misure utili, ma per il cambio di passo atteso dai cittadini servono correttivi"</i>	105
La Repubblica - <i>Il bluff del governo sul decreto Liste d'attesa senza soldi e l'allarme inascoltato: "La sanità non regge più"</i> - Serenella Mattera	106
OCPI - <i>La questione aperta delle liste d'attesa</i> - Ilaria Maroccia, Francesco Scinetti e Gilberto Turati	108
Quotidiano sanità - <i>Liste d'attesa. Zaia: "Fatto lavoro importante, risultati notevoli. E l'impegno continua"</i>	113
Autonomia differenziata	115
Quotidiano sanità - <i>Sul DM 70 è arrivato il 'tana libera tutti' per le Regioni</i> - Claudio Maria Maffei	115
Quotidiano sanità - <i>Lea 2022. Gimbe: "Aumentano i divari tra Nord e Sud del paese. Legge sull'autonomia compromette l'uguaglianza in sanità"</i>	116
Panorama sanità – <i>Opposti centralismi</i> – Giovanni Monchiero	120
Quotidiano sanità - <i>Autonomia differenziata, Regioni pronte a chiedere il referendum abrogativo. Cittadinanzattiva: "Bene, legge rischiosa e anacronistica"</i>	121
Quotidiano sanità - <i>Autonomia differenziata. Fnomceo: "Il rinnovamento si accompagni a certezze e sicurezza sociale, sostenendo il Ssn"</i>	123
Quotidiano sanità - <i>Autonomia differenziata. Cimo: "Mina la Costituzione e l'unità del Paese". Bocciato anche il decreto Liste d'attesa</i>	124
CIMO – <i>Documento su Autonomia differenziata</i> – Bologna 2024	126
La Repubblica - <i>I conti dell'autonomia non tornano: per ogni euro in più al Nord, il Sud paga tre volte</i> – F. Santelli	128
Fisco Equo - <i>Autonomia differenziata: Gallo, sui "Lep" profili di incostituzionalità con effetti negativi anche su famiglie e imprese del Nord</i> - Franco Gallo	129
Farmaci	134
AIFA – <i>Monitoraggio della spesa farmaceutica 2023</i>	134
One Health e clima	136
La Repubblica - <i>Il cuore della Terra sta rallentando, e il motivo è un mistero: ecco quali potrebbero essere le conseguenze sul campo magnetico del Pianeta</i> - Elena Dusi	136
Nursing	138
Il Sole 24 Ore - <i>Laureati delle Professioni sanitarie: occupazione al 77% e sempre primi in classifica</i> - Angelo Mastrillo	138
Nurses times	142
ISS - <i>Sistema sanitario e risorse umane: l'Italia ha bisogno di infermieri</i>	142
Sanità Informazione - <i>Contro la desertificazione sanitaria serve un'alleanza tra professionisti, cittadini e istituzioni</i>	144
AGENAS - <i>Ricostruire il SSN ... nel post pandemia</i> – Giovanni Baglio	147
Mental – <i>Il Progetto METEOR</i> – Domenica Matranga	153
Cittadinanzattiva – <i>Desertificazione sanitaria: verso una nuova alleanza per colmare il vuoto</i>	156
HealthDesk - <i>Le professioni sanitarie del futuro secondo Altems e J&J</i>	163

Il Sole 24 Ore - <i>Fnopi: l'assistenza domiciliare infermieristica funziona, il 91,7% dei pazienti è soddisfatto</i>	164
Il Sole 24 Ore - <i>Nursind: per ridurre le liste d'attesa 6 italiani su 10 chiedono più assunzioni di personale</i>	165
Infermiere on line - <i>La carenza infermieristica nella sanità territoriale</i> - G. Barbato, G. Piga	166
NIH, National Library of Medicine - <i>Protocols and their effects for medical device-related pressure injury prevention among critically ill patients: a systematic review</i> - Lee, H., Choi, S.	171
JAN – <i>Caratteristiche delle competenze di leadership nei dirigenti infermieristici: una scoping review</i> . S. Gonzales e altri	172
Quotidiano sanità – <i>Funzioni, relazioni interprofessionali ed evoluzione infermieristica: andare oltre lo status quo</i> – Walter De Caro	173
FNOPI – CRUI – <i>Incontro FNOPI CRUI: la buona università può fare la differenza</i>	175
Medicina territoriale e LTC	177
Il Sole 24 Ore - <i>Long Term Care: adeguare i sistemi ai cambiamenti sociali e all'aumento delle persone fragili</i> - Ivano Russo	177
Quotidiano sanità - <i>Un modello ADI che funziona, da non perdere</i> - Marinella D'Innocenzo	178
Quotidiano sanità - <i>Case della Comunità periferiche verso l'emarginazione</i> - Bruno Agnetti,	184
Quotidiano sanità - <i>PNRR. Gimbe: "Al 2° trimestre 2024 raggiunta unica scadenza europea: 2.700 borse di studio per MMG. Impossibile sapere se aggiuntive"</i>	185
Quotidiano sanità - <i>Case della Comunità: strada in salita, ma sosteniamo il cambiamento</i> - Mirella Silvani	186
Il Sole 24 Ore - <i>Anziani in Rsa, quale mix di personale (che manca) per i 360mila ospiti delle residenze</i> - Claudio Testuzza	188
Quotidiano sanità - <i>Ecco il nuovo Piano nazionale cronicità. Cure personalizzate, pazienti più coinvolti e presa in carico multidisciplinare. Ma non si prevedono nuove risorse</i> - Giovanni Rodriguez	190
Corte dei Conti – <i>Audizione su proposta di Legge sull'assistenza complementare - 2024</i>	196
Digitalizzazione e telemedicina	197
Salute Internazionale - <i>Social media e salute</i> - Chiara Lorini, Primo Buscemi	197
Il magazine - <i>Intelligenza artificiale e intelligenza umana</i> - Elio Borgonovi	199
Il magazine - <i>Il Futuro dell'Intelligenza Artificiale: Prospettive, Applicazioni e Sfide</i>	200
Il magazine - <i>Digital Twin: La Rivoluzione della Medicina Personalizzata</i>	204
Il magazine - <i>GPT-5: la prossima rivoluzione dell'IA e le sue potenziali applicazioni nella sanità italiana</i>	205
CRS - <i>Le Big Tech e il racconto dell'intelligenza artificiale</i> - Daniela Tafani	206
Economia e sanità	210
Il Sole 24 Ore - <i>Previdenza: con "Quota 100" poca occupazione e molte fughe dagli ospedali</i> - Claudio Testuzza	210
Il Sole 24 Ore - <i>Lavoro: Ocse, in Italia il maggior calo reale dei salari rispetto a pre-Covid</i>	211
La Repubblica - <i>Prosegue la corsa dei super ricchi nel mondo. L'Italia cresce più degli Usa. Da noi 1.136 Paperoni con lo sconto del Fisco</i> - Cecilia Rossi	212

L'attesa della cura

di S. Scelsi, G. Banchieri, A. G. de Belvis, A. Vannucci

Il problema esiste e sta peggiorando in tutti i Paesi dell'Ocse. Il Governo Meloni è intervenuto con due Decreti Legge, ora convertiti in Legge, ma la nostra storia e l'esperienza degli altri Paesi ci insegnano che anche questo approccio non sarà risolutivo



26 LUG -

Premessa

Nella nostra vita le attese sono spesso causa d'incertezza e di apprensione. Questi sentimenti sono amplificati quando ciò che aspettiamo ha a che vedere con la nostra salute, come fare un esame diagnostico o una visita medica o, ancor di più, un ricovero chirurgico.

Anche se dover aspettare non è necessariamente causa di un danno alla salute, o almeno così sembra nella maggioranza dei casi, viene comunque percepito come un inspiegabile ostacolo e come tale rifiutato, con l'effetto di minare la credibilità e la fiducia nel sistema sanitario e nelle persone che ci lavorano.

Nella società contemporanea fiducia, e quindi reputazione, sono elementi determinanti per i servizi per operare con efficacia ed avere un meritato successo. Anche un sistema pubblico, come quello sanitario, non sfugge a queste dinamiche e non basta voler distinguere tra "aspettative" e "bisogni", indentificando in quest'ultimi solo ciò che è correlato ai corpi ed ai loro malanni. Le aspettative sono diventate bisogni e come tali vanno considerate. Impossibili da negare, esse vanno semmai indirizzate. Istruzione, conoscenza ed alfabetizzazione sanitaria sono gli strumenti per operare in questo campo ed i soli che potranno concretamente mitigare le sofferenze e le insofferenze dei cittadini verso il servizio pubblico.

Alcuni dati sulle liste d'attesa

Diversi Osservatori sulla Sanità concordano sulla stima che nel 2023 il 7,6% della popolazione abbia dovuto rinunciare alle cure mediche per problemi economici, per lunghi tempi d'attesa o difficoltà di accesso di altro genere, in aumento rispetto al 7,0% del 2022.

Questo incremento corrisponde a circa 372.000 persone in più, portando il totale a circa 4,5 milioni di cittadini.

Questo incremento – sostiene ISTAT – sarebbe dovuto a liste d'attesa troppo lunghe.

Già nel 2019, prima della pandemia, si stimava che circa 1,5 milioni di italiani avevano dovuto rinunciare alle cure per questo motivo, ma nel 2023 il numero è quasi raddoppiato, arrivando a 2,7 milioni di cittadini.

Questa tendenza è attribuibile sia agli effetti diretti e indiretti della pandemia, come il recupero delle prestazioni rinviate per il COVID-19, sia alle difficoltà nell'organizzazione dell'assistenza sanitaria.

Secondo l'OCPI della Università Cattolica come per gli interventi programmati, anche le liste d'attesa per i test diagnostici erano in aumento già molti anni prima della pandemia. Il numero di pazienti in attesa per i 15 test diagnostici più comuni è cresciuto da circa 600 mila nell'aprile 2012 a oltre 1 milione nel febbraio 2020. Dall'inizio della pandemia il numero di pazienti in attesa è cresciuto a un ritmo significativamente più rapido, superando il milione e mezzo a maggio 2022 (+45% dall'inizio della pandemia).

Il Decreto-Legge n. 73 - 7 giugno 2024

Prevede misure urgenti per la riduzione delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie ed è stato emanato poco prima delle elezioni europee. È comunque un disegno di legge, che sta facendo il suo iter parlamentare. Prevede di destinare risorse aggiuntive alle contrattazioni integrative dei professionisti sanitari, introducendo un trattamento economico differenziato che tenga conto della specializzazione, della dirigenza, della tipologia di attività e della carenza di personale in alcune branche specialistiche.

Prevede di inserire il rispetto dei tempi massimi di attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie fra i LEA, e quindi come criterio per attribuire forme premiali da aggiungere alle risorse ordinarie previste per finanziare il FSN derivate dalla legislazione vigente.

Il Decreto Legge è articolato su tre linee di intervento:

1. Raccogliere informazioni per avere un quadro più coerente tra esperienze dei cittadini (visione soggettiva) e statistiche oggi disponibili (visione oggettiva, salvo flussi imprecisi);
2. Organizzare i servizi con un rafforzamento dei centri unici di prenotazione (CUP), un aumento degli orari di erogazione delle prestazioni e l'impiego delle prestazioni in intramoenia;
3. Incrementare il personale, stabilendo sia allentamenti degli attuali limiti di spesa che incentivi al personale in servizio.

Circa 1 - Viene prevista la realizzazione presso l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), di una Piattaforma Nazionale delle Liste di attesa.

La piattaforma dovrebbe garantire l'interoperabilità con le piattaforme delle singole Regioni e Province Autonome, come stabilito anche dall'obiettivo del PNRR *"Potenziamento del Portale della Trasparenza"*, e dovrebbe consentire il monitoraggio delle agende e dei tempi di attesa, questo con l'aiuto di verifiche affidate alla stessa Agenas.

Viene istituito un nuovo Organismo di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria presso il Ministero della Salute che dovrebbe, nelle intenzioni del Governo, rafforzare i controlli effettuati da parte del Sistema Nazionale di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria (SIVeAS).

Avrà il compito di verificare l'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e il corretto funzionamento del sistema di gestione delle Liste di attesa.

Circa 2 – Si prevede un rafforzamento dei CUP, stabilendo che tutti gli erogatori sanitari, sia quelli pubblici che quelli privati *"accreditati"*, debbano mettere a disposizione dei CUP regionali o infra-regionali e/o aziendali, gli slot delle loro visite specialistiche e diagnostiche per garantirne la fruizione da parte dei pazienti.

Verrà attivato un sistema digitale che permetta prenotazioni, pagamenti e disdette delle prenotazioni in modalità da remoto. Le aziende sanitarie non potranno più sospendere autonomamente le attività di prenotazione.

Qualora i tempi previsti dalle classi di priorità per l'erogazione dei servizi non possano essere rispettati, si potrà usufruire dell'attività libero-professionale intramuraria, per altro già prevista dal DL 124 del 1998. Verrà mantenuto però un limite per le attività in intramoenia: i singoli medici non potranno superare il numero di quelle che erogano col Servizio Sanitario Nazionale.

Verrà potenziata l'offerta assistenziale per visite diagnostiche e specialistiche estendendo la fascia oraria di erogazione ed includendo anche i giorni di sabato e domenica. Un provvedimento per altro già previsto nel Piano Nazionale di governo delle Liste di attesa 2019-2021 e che ha dimostrato nei fatti non poche difficoltà di attuazione e scarso impatto.

Circa 3 - Per le risorse di personale, il Decreto prevede un incremento del limite di spesa per il personale sanitario del 10% su base annua (e di un ulteriore 5% per le Regioni che ne faranno richiesta).

Dal 1° gennaio 2025 sarà poi abrogato il tetto di spesa, che verrà sostituito da una nuova metodologia di definizione del fabbisogno di personale sanitario.

Si cerca così di stimolare l'offerta di prestazioni incentivando il personale con l'introduzione di un'imposta sostitutiva dell'Irpef sulle prestazioni aggiuntive del personale sanitario, pari al 15%; il costo della misura viene stimato in circa 250 milioni di euro.

Criticità e punti deboli

Per l'applicazione del Decreto, tenendo conto dei diversi contesti regionali, ci sono però criticità di rilievo da gestire oltre le disponibilità finanziarie e le risorse professionali carenti:

- Aspettative dei pazienti e non solo “bisogni reali” di salute;
- Appropriately prescrittiva;
- PDTA e loro implementazione;
- Diffomità dei sistemi di classificazione dei pazienti nei SSR;
- Ritardi nell'evoluzione di sistemi di governance adeguati, con aziende ancora caratterizzate da modelli organizzativi a “silos” e approcci ancora solo prestazionali.
- Diffomità delle piattaforme e dei relativi dati, problemi di flusso dei dati

Aspettative e bisogni

Le aspettative dei pazienti verso la medicina possono essere “infinite” ma fortunatamente non sono sempre “bisogni” reali. Il tema è molto delicato in quanto comporta considerazioni etiche e politiche e ripropone l'EBM, Evidence Base Medicine, come base della appropriatezza prescrittiva. Nel concetto di appropriatezza clinica è quindi insito il concetto di applicazione delle *buone pratiche* e di aderenza a *linee guida basate sulle evidenze*.

Dell'espressione “buone pratiche” non esiste una definizione univoca ed esaustiva^[1], ma si può utilmente far riferimento a quella fornita da AGENAS^[2], condivisa con il Ministero della Salute e con le Regioni e PP.AA.:

... sono buone pratiche per la sicurezza dei pazienti interventi/esperienze attuati dalle organizzazioni sanitarie che abbiano dimostrato un miglioramento della sicurezza dei pazienti (suddivisi per tipologia in “raccolta dati”, “coinvolgimento del paziente”, “cambiamenti specifici”, “interventi integrati”) che rispondono ai seguenti criteri:

- Attuati a livello regionale, aziendale o di unità operativa;
- Basati su evidenze di letteratura;
- Realizzati secondo i principi del miglioramento continuo della qualità e rappresentati in accordo con linee guida internazionali (SQUIRE), con particolare attenzione alla metodologia di valutazione dell'efficacia e dei costi;
- Sostenibili nel tempo;
- Potenzialmente riproducibili/trasferibili in altri contesti...”

Appropriatezza prescrittiva

Confrontare i tempi d'attesa nei diversi Paesi è di scarsa utilità a causa delle diverse metodologie e definizioni utilizzate. Confrontando l'Italia con i 15 Paesi OCSE che rilevano questi dati, nel 2022 siamo quelli con i tempi più brevi: una mediana di 24 giorni (ridotta di 5 giorni rispetto al 2013).

Tav. 1: Tempo di attesa per diversi tipi di interventi ospedalieri nei principali Paesi OCSE (valori in giorni, 2022, mediana)

	Cataratta	Protesi anca	Protesi ginocchio	Isterectomia	Prostatectomia	Bypass coronarico	Angioplastica coronarica	Media operazioni	Δ 2013
Italia	17	33	30	33	34	7	11	24	-5
Ungheria	38	26	101	4	6	6	0	26	-10
Danimarca	37	77	104	23	36	10	15	43	11
Israele	77	56	85	25	36	5	/	47	/
Polonia	27	66	102	/	/	/	7	51	-187
Finlandia	52	79	84	56	56	9	21	51	-11
Svezia	53	81	133	36	49	9	/	60	/
Regno Unito	59	92	97	53	33	54	41	61	4
Portogallo	97	142	169	76	72	9	2	81	6
Spagna	79	132	142	66	86	39	35	83	-6
Canada	73	164	159	/	53	8	/	91	34
Nuova Zelanda	91	154	193	132	86	75	31	109	36
Norvegia	128	151	175	145	112	85	48	121	18
Australia	158	153	293	74	48	19	/	124	42
Estonia	187	117	106	/	/	/	/	137	-20
Cile	87	997	1.180	64	113	40	/	414	25
Media	79	158	197	61	59	27	21	95	-11

Fonte: elaborazioni OCPI su dati OCSE.

Questo risultato, sorprendente, trova però una spiegazione nel dataset di riferimento che non include i tempi di attesa per prime visite specialistiche, esami diagnostici, visite di controllo e screening oncologici che risultano essere le voci più critiche.

In particolare, queste quattro prestazioni rappresentano oltre il 60% del totale delle segnalazioni sulle criticità relative alle tempistiche delle Liste d'attesa.

Queste osservazioni confermano le difficoltà di mappatura del fenomeno e l'importanza di raccogliere informazioni più dettagliate, proprio uno degli obiettivi del DL 73/2024.

Decreto ministeriale, detto “Lorenzin”, del 9 dicembre 2015 e nuovi LEA

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 20 gennaio 2016, Il decreto elencava le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza di prestazioni di alcune specifiche branche specialistiche: Odontoiatria, Genetica, Radiologia diagnostica, Esami di laboratorio, Dermatologia allergologica, Medicina nucleare. Le reazioni del mondo medico furono vivaci.

Pochi mesi dopo, il 15/07/2016 furono presentati i nuovi LEA e venne abrogato il “Decreto appropriatezza”. Niente sanzioni per medici e maggiore libertà prescrittiva.

Fu di fatto un dietrofront sul “Decreto appropriatezza”. La novità, prevista nei nuovi LEA, era il risultato di una concertazione tra Ministero della Salute e FNOMCeO.

Venne presentato anche un “Manifesto sull'appropriatezza”, realizzato dal Ministero della Salute e dalla FNOMCeO, diffuso poi in tutti gli studi medici, ospedali e sedi delle ASL per informare i cittadini sulla novità introdotte dai nuovi Livelli Essenziali di Assistenza ...

Ad anni di distanza osserviamo però che c'è ancora strada da fare ... per una costante azione di recupero dell’“appropriatezza”.

La variabilità d'implementazione dei PDTA

In base al Report su “Conoscere i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) regionali approvati in Italia per affrontare il cambiamento della assistenza di prossimità: analisi quali-quantitativa del database PDTA Net” della Fondazione Ricerca e Salute (ReS), dal 2005 al 2021 sono stati approvati 729 PDTA regionali: 404 su patologie croniche a elevata prevalenza e 325 su malattie rare.

I PDTA delle malattie croniche, redatti maggiormente da Piemonte (45 PDTA), Campania (34) e Toscana (33), interessano soprattutto diabete (19), broncopneumopatia cronica ostruttiva (15), scompenso cardiaco (13), ictus, sclerosi multipla e neoplasie del colon-retto (12 ciascuna), neoplasie della mammella (11), demenza e insufficienza renale cronica (10 ciascuna).

Se si va a verificare i contenuti dei PDTA redatti si scoprono molte incongruenze, ovvero, esiste sempre una parte generale di riferimento a Linee Guida Internazionali e nazionali e, in alcuni casi anche regionali, ma mancano spesso dati di contesto quali l'analisi dei setting aziendali che il paziente dovrà attraversare nel suo percorso di cura e la loro capacità di offrire “garanzie” nel tempo organizzative, professionali, di qualità, sicurezza e prevenzione del rischio.

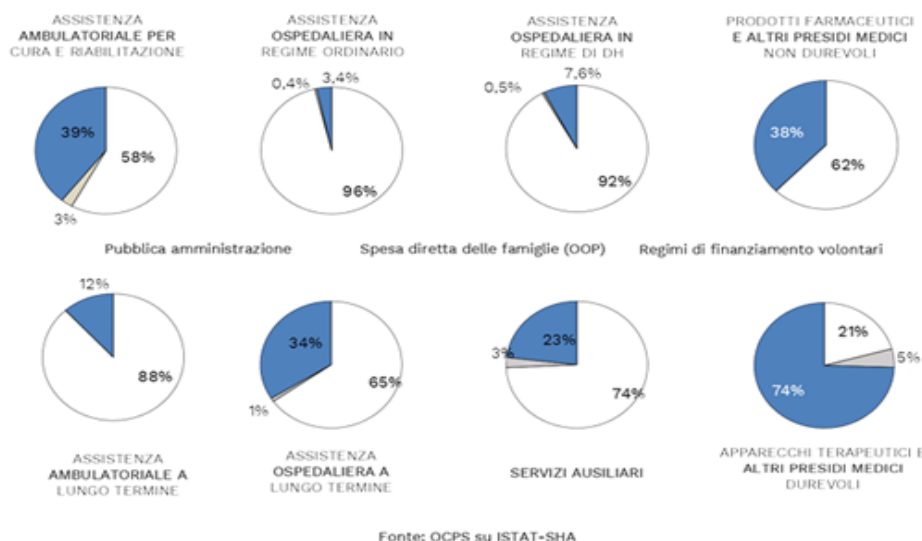
Questa parte dei PDTA è quella che li rende implementabili o meno e li caratterizza come strumenti di ottimizzazione organizzativa e assistenziale e li fa essere, come ribadito in letteratura scientifica, “strumenti di contesto” del singolo team assistenziale che li usa e manutiene nel tempo.

Inoltre si riscontra una sostanziale inapplicabilità legata al fatto che spesso questi strumenti non nascono dalle comunità di pratica che li devono applicare, ma vengono proposti dall'esterno in ottemperanza ad un obbligo esclusivamente formale

Le prestazioni sanitarie tra pubblico e privato

Secondo uno studio della Università “Bocconi” le percentuali di visite specialistiche e accertamenti diagnostici prescritti da un medico di famiglia o da uno specialista, che sono state prescritte ed effettuate nella sanità privata sono numerose.

Spesa per funzione e regime di finanziamento (servizi e beni)



In Italia, i consumi sanitari privati sono un fenomeno strutturale e crescono in misura proporzionale all'aumento del reddito: è questa una prima evidenza di uno studio dell'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità (OCPS) di SDA Bocconi School of Management.

La spesa privata pro capite più elevata si registra nelle Regioni a reddito più alto e in cui il sistema sanitario pubblico funziona meglio, come la Val d'Aosta e la Lombardia.

Per quel che riguarda la ripartizione della spesa tra *"pubblico"* e *"privato"*, la quota di spesa sostenuta direttamente dai cittadini risulta elevata soprattutto per l'acquisto di apparecchi terapeutici (74 per cento del totale) e di prodotti farmaceutici (38 per cento), per l'assistenza ambulatoriale (39 per cento) e per l'assistenza ospedaliera di lungo termine (34 per cento).

Al contrario, l'assistenza ospedaliera in regime ordinario e quella in day hospital risultano prevalentemente a carico della sanità pubblica (rispettivamente 96 e 92 per cento).

Secondo uno studio CENSIS recente il rapporto tra *"pubblico"* e *"privato"* è quello che si evince dalla due tabelle a seguire. Di fatto la sanità privata, sia essa *"accreditata"* o no, prevale in molte attività specialistiche e diagnostiche.

Visite svolte nella sanità privata prescritte da un medico (val. %)	
Visite specialistiche di cui	62,6
Visita oncologica	92,5
Visita chirurgia vascolare	88,3
Prima visita Cardiologica con ECG	82,4
Visita pneumologica	81,2
Visita urologica	80,7
Visita gastroenterologica	79,6
Visita neurologica	78,8
Visita fisiologica	78,4
Visita cardiologica	76,0
Visita ortopedica	74,6
Visita pediatrica	61,1
Visita otorinolaringoiatrica	58,7
Visita dermatologica	56,7
Visita oculistica	49,9
Visita ginecologica	43,6

Fonte: indagine Censis 2019

Visite svolte nella sanità privata prescritte da un medico (val. %)	
Accertamenti diagnostici	83,6
Artroscopia	100,0
Scintigrafia ossea	95,4
TC (es. addome superiore, addome inferiore, addome completo, torace, cranio-encefalo)	94,2
Gastroscofia	92,5
Risonanza Magnetica (es. addome inferiore, superiore, collo, colonna, ecc.)	91,5
RX (es. femore, caviglia, ginocchio, spalla gomito, ecc.)	90,9
Colonscopia	84,2
Densitometria ossea	83,5
Test genetici e immunogenetici	82,1
Ecografia (es. addome superiore, inferiore, completo, ecc.)	82,0
Elettrocardiogramma (ECG)	79,4
Elettroencefalogramma (EEG)	77,4
PSA	76,6
Mammografia	61,8
Audiometria	59,3

Fonte: indagine Censis 2019

(Fonte: Rapporto CENSIS 2022)

Gli slot per visite specialistiche e prestazioni diagnostiche sono fuori totalmente dalle disponibilità dei CUP regionali o aziendali e quindi non prenotabili, pur dovendo per legge *“integrare”* l’offerta *“pubblica”*. Sempre per legge è previsto, da anni, che le strutture private *“accreditate”* che non mettano a disposizione dei CUP regionali e aziendali (ASL di riferimento) possono essere sanzionate con la perdita dello stato di soggetti *“accreditati”*. Non ci risulta che qualche SSR abbia mai applicato tali norme già esistenti da ben prima il Decreto-Legge n. 73 del 7 giugno 2024.

Difformi sistemi di classificazione dei pazienti nei SSR

Come è noto la valutazione multidimensionale è parte fondamentale del processo di presa in carico globale del soggetto. In particolare, si tratta del momento valutativo che esplora in maniera sistematica le diverse dimensioni della persona nella sua globalità e multidimensionalità ed è anche il fulcro di qualsiasi nuova policy secondo l’approccio *“One Health”*.

Nel nostro Paese le schede di valutazione multidimensionale sono gli strumenti utilizzati dagli operatori dei servizi sociosanitari per definire le caratteristiche della situazione di bisogno dell’utenza. La caratteristica peculiare di questi moduli è quella di consentire l’analisi di varie dimensioni relative alla condizione della persona esaminata, e di permettere una conoscenza articolata della stessa.

Dalla valutazione deriva il PAI, Piano Individuale Assistenziale e, in vigenza di PNRR, il Piano Individuale di Salute con conseguente eventuale reclutamento del paziente in un PAC e in un PDTA integrato.

L’esigenza di rendere omogenei gli strumenti di valutazione multidimensionale è da tempo una delle priorità per la gestione dei servizi sanitari e socio-sanitari.

Necessità più evidente dopo l’emanazione dei Nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

La VMD avviene infatti sulla base di strumenti validi scientificamente che sono diversi da Regione a Regione, e che possono esserlo anche all’interno della Regione stessa. Le Regioni hanno cercato di uniformare a livello regionale gli strumenti valutativi senza però risultati significativi.

In quasi tutti i principali Paesi OECD i sistemi di valutazione tendono ad essere unici e uniformi a livello nazionale. Perché in Italia non sembra possibile?

Questa difformità regionali, anche *“aziendali”* spesso, è causa di disomogeneità prescrittive e genera variabilità di approccio clinico - assistenziale e, di conseguenza, inefficienze nelle agende di erogazione delle prestazioni necessarie.

Sistemi di governance ancora basati su modelli a *“silos”* e solo prestazionali.

Un’altra criticità che concorre a generare le liste di attesa è quando i modelli organizzativi tradizionali che generano le attività assistenziali non vengono messi in discussione.

Permangono modelli di organizzazione a *“silos”* *“verticali”* e ancora poco diffuse sono le esperienze di integrazione dei servizi per *“processi di cura”* ...

Gli ospedali organizzati con piattaforme a *“intensità di cura”* sono pochi e non costituiscono una tendenza innovativa diffusa. In altri Paesi OECD siamo già oltre, con la sperimentazione di modelli di *“ospedali senza letti”* o *“ospedali senza mura”*.

Piuttosto che continuare a discutere in merito ai rapporti tra cure ospedaliere e cure territoriali sarebbe il momento di focalizzare a quali modelli di ospedale vogliamo fare riferimento così come quali principi vogliamo adottare nel definire le comunità di persone e le cure che intendiamo rivolgere a loro.

Non è poi difficile perché esperienze ed evidenze se ne trovano numerose. Basta decidere e farlo, tenendo sì conto delle autonomie decisionali delle diverse Regioni, ma prima di tutto delle pratiche riconosciute in letteratura come quelle migliori.

Se anche in mercati *“privati/privati”* come quello USA siamo alla sperimentazione diffusa di queste innovazioni ci saranno motivazioni cogenti ... sicuramente una logica *“profit”* esasperata, ma anche esigenze di ottimizzazione dei modelli operativi, di diffusione delle nuove tecnologie, dei cambiamenti organizzativi e gestionali basate su studi ripetuti delle casistiche cliniche. La *Joint Commission Foundation* elabora da quasi cento anni i dati clinici, assistenziali e gestionali, verifica l’operatività in termini di efficacia e efficienza delle innovazioni cliniche, diagnostiche e tecnologiche e cambia, aggiornandoli, i suoi set di indicatori e di standard in base ai quali certifica i 18.000 ospedali USA annualmente.

Noi importiamo spesso questi modelli, come strumenti di ottimizzazione per efficientare i nostri SSR e le nostre Aziende sanitarie o almeno dovrebbe essere così.

Recuperare sprechi e margini gestionali per sistemi basati su una molteplicità di erogatori privati si traduce in maggiori margini di profitto. Per noi invece in maggiori opportunità di sostenibilità di “universalismo” ed “equità” ... o almeno così dovrebbe essere.

Altro problema, valorizziamo le attività erogate in base a criteri essenzialmente “prestazionali” e non valutiamo il percorso di cura del paziente, la sua centralità e la sua soddisfazione. Modelli più avanzati, basati su approccio “value-based” sono ancora a livello di poche e disperse sperimentazioni.

Vediamo quindi che ci sono margini importanti di ottimizzazione e di recupero di attività verso i pazienti e di conseguente riduzione delle Liste di attesa, ma che l’approccio richiede interventi che vanno ben oltre quelli ipotizzati dal decreto legge in discussione.

Misurare le liste d’attesa

Un aspetto che stenta ad affermarsi è quello di un criterio di misurazione della domanda valido ed omogeneo. Oggi grazie all’applicazione sistematica (con qualche variabilità tra le regioni) della ricetta dematerializzata si può osservare in tempo reale la vera domanda ed organizzare la risposta.

Un’esperienza della Regione Toscana, che data al 2019, mostrò che solo il 70% degli accertamenti richiesti dai medici entravano nelle agende dei CUP Aziendali e non ci sono ragioni per pensare che così non avvenga in molti luoghi. Se quindi gli Assessorati regionali quando misurano le attese lo fanno facendo riferimento ai soli pazienti registrati dai CUP il fenomeno rischia di essere sottostimato rispetto alla realtà.

Sfuggono, ad esempio, alla misurazione coloro a cui viene proposta una prima visita in tempi e luoghi che non accettano o quelli a cui viene comunicato che un’agenda è piena e momentaneamente bloccata.

In considerazione di ciò, in Toscana venne adottato un nuovo indicatore, poi riconosciuto anche a livello ministeriale: il *catchment index*, ovvero il rapporto fra il numero di persone con ricetta per una data prestazione che entrano in CUP e il numero totale di ricette formulate per quella prestazione nello stesso arco temporale.

In letteratura si definisce come fisiologica un 15% di perdita di casi. Riguardano in genere quei pazienti che dopo la richiesta del loro MMG decidono di andare direttamente da un professionista o da una struttura privata di sua fiducia. Quando però il *catchment Index* scende sotto il 60%, ed in alcune regioni accade, la situazione è davvero critica.

In base al monitoraggio affidato ad Agenas, come prevede il Decreto Legge approvato in questi giorni, il Ministero della salute è convinto che misureremo meglio la situazione reale. L’attuale fragilità dei flussi informativi provenienti dalle varie Regioni non si risolverà cambiando il punto d’arrivo delle informazioni. Se i meccanismi di raccolta non saranno solidi ed attendibili, come oggi non sono, il successo dell’operazione sarà improbabile.

Considerazioni ulteriori e conclusioni

Uno studio OCSE dimostra come in alcuni dei Paesi con una spesa sanitaria pro capite maggiore della media OCSE i tempi di attesa non costituiscano un problema rilevante, mentre in altri, nonostante livelli di spesa ingenti, si trovano in difficoltà così come i Paesi con una spesa inferiore alla media.

Anche in Paesi in cui vi è un numero di medici in rapporto alla popolazione maggiore della media OCSE, vedi l’Italia, i tempi di attesa restano una questione rilevante, così come avviene nei circa due terzi dei Paesi con una proporzione di medici inferiori alla media.

Meno evidente appare l’influenza sulle liste d’attesa in funzione della capacità produttiva delle strutture ospedaliere.

Questo per ribadire la complessità del problema liste di attesa, che non è riducibile al solo tema dell’adeguatezza delle risorse finanziarie e professionali.

Molti Paesi hanno tentato di affrontare il problema delle liste d’attesa adottando diverse politiche con risultati contrastanti. I tentativi sul fronte dell’offerta per aumentare la produttività degli erogatori sono stati sostanzialmente:

1. Utilizzare finanziamenti mirati per ridurre i tempi di attesa;

2. Usare incentivi monetari per il personale sanitario per remunerare le ore aggiuntive di lavoro;
3. Introdurre schemi di finanziamento delle strutture “pay-for-performance” (p4p) basati sul numero effettivo di pazienti trattati.

La prima misura è stata la più utilizzata nei Paesi OCSE ma non ha mai portato ai risultati sperati. Questi programmi hanno rappresentato spesso erogazioni temporanee di fondi che miglioravano la situazione solo nel breve termine. Inoltre, la dimensione di questi finanziamenti è generalmente contenuta e dunque insufficiente per aumentare significativamente la produttività nel medio-lungo termine.

La seconda e la terza misura forniscono un effettivo incentivo ad aumentare il numero degli interventi, tuttavia gli studi empirici hanno dimostrato come si riesca ad ottenere una riduzione delle liste d'attesa solo se gli stimoli alla produttività sono accompagnati da misure come l'aumento della capacità produttiva in termini strutturali e di personale.

Dal lato della domanda si sono proposte diverse soluzioni, prima fra tutte le raccomandazioni all'appropriatezza prescrittiva e l'uso di sistemi di prioritizzazione, che però dipendono quasi esclusivamente dall'autonoma scelta dei singoli medici: si deve fornire una valutazione dell'urgenza del paziente ma non siamo certi che ciò sempre avvenga secondo linee guida e prassi condivise

A questi sistemi è stata spesso combinata una “*garanzia di tempo di attesa massimo*”, soluzione che viene giustificata dall'idea che ciò possa indurre un miglioramento dell'efficienza produttiva del sistema sanitario.

Il rischio è che si crei un paradosso nel momento in cui pazienti con priorità più bassa devono essere fatti avanzare rispetto a quelli con priorità più alta solo per rispettare i tempi stabiliti.

Altre politiche di contenimento si sono concentrate poi sull'affiancare ad una “*garanzia di tempo massimo di attesa*” sistemi basati sul raggiungimento di obiettivi da parte dei soggetti erogatori, con politiche sanzionatorie in caso di mancato raggiungimento.

È giusto però ricordare un caso di successo, un'esperienza originale perché incentrata sull'equilibrio tra domanda ed offerta, non considerate separatamente e descritta nel libro di Carlo Tomassini per Il Pensiero Scientifico “*Liste d'attesa in sanità – la soluzione del Open Access*”. Il metodo, chiamato *Open Access*, è stato implementato a Pisa e provincia (250.000 abitanti) ed è in grado di garantire la prestazione entro i tre giorni successivi a quello della richiesta da parte del medico di medicina generale: un modello concreto anche per l'applicazione del nuovo PNGLA 2019-2021.

Tomassini, per dieci anni Direttore Generale della AOU di Pisa, e successivamente dell'assessorato Salute della regione Toscana, descrive analiticamente la costruzione del sistema di gestione dell'offerta e della domanda delle prestazioni. I concetti organizzativi sono semplici ma, se applicati con metodo e cura, permettono di ottenere risultati comunemente considerati irrealizzabili.

La domanda di prestazioni espressa da un territorio è unica mentre l'offerta di prestazioni è spesso molteplice, frammentaria e non coordinata. È pertanto necessario, senza modificare l'autonomia organizzativa e strutturale del sistema, far sì che i vari erogatori producano un'unica offerta per quest'unica domanda. La conoscenza della domanda è alla base della programmazione dell'offerta, ed è legata ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta presenti sul territorio. La domanda di prestazioni deve arrivare a un Centro Unico di Prenotazione (CUP). I modelli tradizionali di pianificazione o, più propriamente, di messa in lista, che si definisce *scheduling*, tendono a proteggere la capacità del giorno corrente, spingendo una gran parte della domanda di oggi nel futuro. Nel modello “*Open Access*” invece si protegge la capacità del futuro cercando di spingere la domanda del giorno nel giorno.

Vi sono due flussi di pazienti: quelli per cui il medico curante richiede una visita specialistica o un accertamento e quelli per cui è necessario un successivo approfondimento. I due flussi hanno esigenze diverse, specie nella dimensione del tempo di erogazione della prestazione; pertanto bisogna costruire percorsi differenziati che non permettano mai di provocare sovrapposizioni.

Il primo accesso deve essere visto il più presto possibile; è in gioco la potenziale sicurezza per lo stato di salute del paziente e il sistema *Open Access*, messo a punto nella realtà pisana, consente di attuarlo nel giro di tre giorni.

Per l'altro flusso non esistono “*liste di attesa*”, ma solo “*liste di prenotazione*”, vale a dire un appuntamento per un controllo/follow up che il paziente riceve non andando nuovamente al CUP, semmai dopo aver avuto un passaggio dal curante, ma al termine della visita specialistica, con una diretta “*presa in carico*”, realizzata dallo stesso medico che propone l'ulteriore approfondimento o controllo.

A volte, purtroppo, la retorica del legislatore rischia la farsa. Infatti nella Legge approvata pochi giorni fa si prevedono assunzioni sia al Ministero che nei territori per gestire quanto normato, come segue:

1. Assunzioni al ministero della sanità: un Direttore Generale, 3 Direttori e 20 impiegati per verificare che le Regioni facciano quanto previsto nella Legge approvata. È scritto che saranno assunzioni in deroga al blocco ed effettuate con fondi del Ministero (4 milioni), cioè dal FSN;
2. È consentito un superamento del tetto pari al 15%, ma del 15% dell'incremento previsto dal Decreto Calabria, che era del 5%. Di conseguenza il superamento del tetto è pari allo 0,75%...
3. Chi lavorerà per la riduzione delle liste di attesa pagherà solo il 15% di tasse. Questo comporterà un minor gettito di 580 milioni, che sarà ripianato attraverso una "diminuzione di pari importo" del FSN.

In conclusione, è superfluo dire che ci sarà ancora molto da lavorare, tutti ne sono consapevoli. anche a livello di ricerca sul campo, e sicuramente ci sono concause complesse quali, ed oltre, quelle evidenziate in questo articolo. Però ci sono anche esperienze che hanno dimostrato che il problema può essere anche gestibile.

La raccomandazione finale è però quella d'intervenire sempre non in una logica "short time", ma di cambiamenti organizzativi e gestionali duraturi e persistenti.

Non si tratta solo di questioni tecniche, ma anche sociali e politiche, perché hanno a che vedere con il percepire di vivere o meno in uno Stato con servizi all'altezza del compito, di essere cittadini e contribuenti di una società civile, dignitosa e solidale.

Silvia Scelsi,

Presidente ASQUAS, Responsabile Professioni Sanitarie IRCCS "Gaslini" Genova

Giorgio Banchieri,

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

Antonio Giulio de Belvis,

CDN ASQUAS, Professore Università "A. Gemelli", Roma

Andrea Vannucci,

Membro CTS ASQUAS, Docente DISM, Università Siena.

[1] Labella B, Caracci G., Tozzi Q. e De Blasi R: *L'Osservatorio Buone Pratiche di AGENAS*. In Monitor (Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) Anno XI numero 31 2012 pag 21-34

[2] Tozzi Q., Caracci G., Labella B.: *Buone pratiche per la sicurezza in sanità*. Il Pensiero Scientifico Editore (febbraio 2011) pag. 41.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=123733

LEPS: SERVIZI SOCIALI DI SOLLIEVO PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Franco Pesaresi, *membro CDN ASQUAS*

(Pubblicato su [welforum.it](https://www.welforum.it) il 3/7/2024: <https://www.welforum.it/leps-servizi-sociali-di-sollievo-per-anziani-non-autosufficienti/>)

Questo articolo è il nono di una serie di schede sui Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS). I precedenti articoli erano relativi ai LEPS del "Percorso assistenziale integrato", delle "Dimissioni protette", del "Pronto intervento sociale", della "Prevenzione allontanamento familiare - P.I.P.I.", dei "Servizi per la residenza fittizia per i senza dimora", dell'"Assistenza domiciliare sociale", della "Supervisione del personale dei servizi sociali" e del "Servizio sociale professionale", ora invece mi occupo dei "servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti" esplicitando

soprattutto i contenuti del Piano nazionale per la non autosufficienza per il triennio 2022-2024 e di altre normative.

Si tratta di schede che hanno l'obiettivo di fornire il quadro normativo di riferimento di ogni singolo LEPS con un taglio di tipo illustrativo-didattico per fornire un utile strumento agli operatori che dovranno realizzarli. Le informazioni che sono fornite derivano tutte da atti normativi citati in bibliografia mentre le valutazioni sono ridotte al minimo e funzionali allo sviluppo delle schede. In una seconda fase varrà la pena di tornare sull'argomento per valutarne la completezza e lo stato di applicazione.

Introduzione

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).

I Livelli essenziali sono previsti dall'art. 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, il quale, nel quadro delle competenze, attribuisce allo Stato l'esercizio della potestà legislativa esclusiva nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (LEP) da garantirsi su tutto il territorio nazionale.

Nel 2022, il Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024 (DPCM 3 ottobre 2022) sulla base di quanto contenuto nella legge di Bilancio 2022 (L. 234/2021, art.1 comma 162, lett.b) ha individuato i Livelli essenziali delle prestazioni sociali relativi all'assistenza degli anziani non autosufficienti.

La formulazione del Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024 definisce i nuovi LEPS in modo non abbastanza chiaro ma ciò che emerge è l'individuazione, confermata anche da parti successive del Piano, di tre nuovi Livelli assistenziali che consistono:

1. nell'assistenza domiciliare sociale (anche integrata) per gli anziani non autosufficienti;
2. nei servizi sociali di sollievo per gli anziani non autosufficienti;
3. nei servizi sociali di supporto per gli anziani non autosufficienti.

In questa scheda vengono, di seguito, descritte le caratteristiche del LEPS "Servizi sociali di sollievo per anziani non autosufficienti".

LEPS: SERVIZI SOCIALI DI SOLLIEVO PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Denominazione del LEPS

Servizi sociali di sollievo per gli anziani non autosufficienti.

Descrizione sintetica del LEPS

Ricostruire i contenuti del livello essenziale relativo ai "Servizi sociali di sollievo per gli anziani non autosufficienti" non è facile perché la prestazione viene presentata come singola mentre invece i servizi in essa contenuti sono diversi e di diversa natura. Non ci sono spiegazioni adeguate nella Legge di bilancio 2022 e nel Piano per la non autosufficienza 2022-2024 per cui l'unica soluzione è **interpretare** in modo letterale quanto contenuto nelle norme citate.

A questo proposito, si rammenta che Il DPCM 3 ottobre 2022 stabilisce che "si devono quindi considerare LEPS:

"b) servizi sociali di sollievo, quali:

b.1- il pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato;

b.2- un servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità;

b.3- l'attivazione e l'organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore nonché sulla base delle esperienze di prevenzione, di solidarietà intergenerazionale e di volontariato locali”.

La Legge di Bilancio 2022 (L. 234/2021, art. 1, comma 162 lett. b) aggiunge solo che il coinvolgimento degli enti del Terzo settore può avvenire anche mediante gli strumenti di programmazione e progettazione partecipata secondo quanto previsto dal codice del Terzo settore, di cui al [decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117](#).

Obiettivi

Secondo la normativa approvata il Livello essenziale relativo ai Servizi sociali di sollievo per gli anziani non autosufficienti deve garantire:

- Pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne che riguardano gli anziani non autosufficienti, gestito da personale qualificato;
- Servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità;
- Attivazione e organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore anche mediante gli strumenti di programmazione e progettazione partecipata.

Si delinea pertanto un nuovo Livello essenziale che contiene al suo interno tre diverse prestazioni unite dal medesimo obiettivo di fornire prestazioni di sollievo alle famiglie; tali prestazioni potranno essere fornite congiuntamente o singolarmente ai soggetti beneficiari. Si tratta di prestazioni in parte nuove ed in parte tradizionali ma che sicuramente non sono mai state concepite come facenti parte di un medesimo servizio. Questo dovrà comportare per tutti gli enti locali una riorganizzazione dei loro servizi domiciliari.

Destinatari

I destinatari del LEPS “Servizi di sollievo per anziani non autosufficienti, in realtà, sono:

- sia le persone anziane non autosufficienti e loro famiglie;
- sia le persone con disabilità.

Giova ripetere che i LEPS, così come declinati nella Legge 234/2021, si riferiscono principalmente alla platea degli anziani non autosufficienti, ma garantiscono l'accesso ai servizi sociali e socio sanitari, attraverso i PUA, a tutte le persone non autosufficienti, mentre è la legge n 227/2021 (“Legge delega in materia di disabilità”) che prevede che siano definite le procedure volte alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni specifici per i disabili. Pertanto, nella fase di transizione di cui al Piano 2022-2024, i servizi alle persone con disabilità saranno considerati quali obiettivi di servizio.

Modalità di accesso per i destinatari

Le modalità di accesso ai “Servizi di sollievo” non sono trattate nella normativa nazionale per cui devono essere disciplinate dalle singole Regioni o, in mancanza, dagli Ambiti sociali o dagli Enti locali.

Modalità operative

Gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS), nel rispetto della programmazione regionale e dei relativi modelli organizzativi regionali, assicurano l'erogazione dei Servizi di sollievo individuati al comma 162 e al comma 164 della legge n. 234/2021 (cd legge di bilancio anno 2022).

I LEPS sono realizzati dagli ATS, che costituiscono la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS medesimi.

Vale la pena di sottolineare che non sono stati individuati i singoli comuni per l'attuazione dei LEPS relative alla non autosufficienza ma gli Ambiti Territoriali Sociali.

Per il resto non vengono fornite indicazioni operative dalla normativa nazionale salva la precisazione che l'erogazione degli interventi avviene con la supervisione del servizio che ha preso in carico la persona e nel perseguimento degli obiettivi di salute definiti dal PAI.

Questo significa che le modalità operative di erogazione dei "Servizi di sollievo" dovranno essere definite dalle singole Regioni o, in mancanza, dagli Ambiti sociali o dagli Enti locali.

Professionalità coinvolte

Non ci sono indicazioni sulle professionalità coinvolte nell'erogazione del LEPS ma questo è un bene vista l'estrema eterogeneità di figure che possono partecipare. Sicuramente potrebbero essere coinvolte le assistenti sociali, le assistenti familiari (badanti), gli operatori del volontariato ed altre figure professionali e non che si occupano di assistenza.

Costi per il cittadino

Spetta agli enti locali stabilire l'eventuale presenza e dimensione della partecipazione alla spesa degli utenti che beneficiano dei servizi di sollievo.

Finanziamento

Il LEPS relativo ai "Servizi di sollievo per anziani non autosufficienti" viene finanziato, senza una riserva specifica di somme, attraverso il Fondo nazionale per le non autosufficienze, incrementato con ulteriori risorse. Il Fondo per le non autosufficienze è integrato 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, persistendo comunque gli interventi a valere sul fondo per le non autosufficienze alle persone con disabilità gravissima (a cui spetta la riserva del 50% del Fondo). Tali maggiorazioni hanno portato il Fondo per le non autosufficienze a 865,3 milioni per il 2023, a 915,3 milioni per il 2024 e a 965,3 milioni per il 2024.

Bibliografia e norme di riferimento

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 ottobre 2022: "Adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022-2024.

L. 30/12/2021, n. 234, *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024*":

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2022/12/17/294/sg/pdf>

Pesaresi F., *LEPS: l'assistenza domiciliare sociale (SAD)*, Welforum.it, 29/4/2024:

<https://www.welforum.it/leps-lassistenza-domiciliare-sociale-sad/>

LEPS: L'INDICATORE DELLA SITUAZIONE ECONOMICA EQUIVALENTE (ISEE)

Franco Pesaresi, membro CDN ASIQUAS

(Pubblicato su [welforum.it](https://www.welforum.it/leps-lindicatore-della-situazione-economica-equivalente-isee/) il 16/7/2024: <https://www.welforum.it/leps-lindicatore-della-situazione-economica-equivalente-isee/>)

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

Si tratta di schede che hanno l'obiettivo di fornire il quadro normativo di riferimento di ogni singolo LEPS con un taglio di tipo illustrativo-didattico per fornire un utile strumento agli operatori che dovranno realizzarli. Le informazioni che sono fornite derivano tutte da atti normativi citati in bibliografia mentre le valutazioni sono ridotte al minimo e funzionali allo sviluppo delle schede. In una seconda fase varrà la pena di tornare sull'argomento per valutarne la completezza e lo stato di applicazione.

Introduzione

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

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

A questo proposito occorre qui richiamare la definizione di legge dei *livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS)* che – secondo la L. 234/2021, art. 1 c. 159 - *sono costituiti dagli interventi, dai servizi, dalle attività e dalle prestazioni integrate che la Repubblica assicura con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità.*

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

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

Universale per i figli a carico che ha spinto molte famiglie a presentare per la prima volta una DSU (MLPS, 2024).

Nel corso degli anni sono emerse diverse criticità nell'uso dell'ISEE o più precisamente nei criteri di valutazione che ne stanno alla base che non mettono in discussione la permanenza dell'ISEE ma l'efficacia della sua capacità selettiva. Per questo diversi autori (Baldini & Toso (2023), Motta (2021, 2024), Pesaresi (2021)) hanno richiesto un aggiornamento ed un adeguamento delle norme per migliorarne l'efficacia ed anche per evitare l'attuazione di una norma snaturante introdotta con la Legge di Bilancio 2024 ma non ancora attuata che prevede che i titoli di stato italiani fino al valore di 50.000 euro non vadano più considerati nel calcolo dell'ISEE.

Denominazione del LEPS

Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)

Descrizione sintetica del LEPS

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

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

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

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

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

L'ISEE, utilizzato dal 1998, è stato disciplinato nuovamente dal D.p.c.m. 159/2013 che ha introdotto varie tipologie di ISEE (ISEE universitario, ISEE sociosanitario, ISEE socio sanitario per residenze, ISEE minorenni) e l'ISEE corrente, ovvero un ISEE aggiornato ai redditi e trattamenti degli ultimi 12 mesi qualora si siano verificate rilevanti variazioni del reddito o criticità quali la perdita del lavoro o l'interruzione dei trattamenti. Il nuovo ISEE è entrato in vigore nel 2015, dopo l'emanazione del decreto 7 novembre 2014, di approvazione del modello tipo della Dichiarazione Sostitutiva Unica a fini ISEE (DSU). Successivamente, sono intervenute ulteriori modifiche, prima fra tutte quella

introdotta dall'art. 10, comma 1, del D.Lgs. 147/2017, che, al fine di agevolare l'utente nell'inserimento dei dati utili al calcolo dell'ISEE, ha introdotto la Dichiarazione Sostitutiva Unica precompilata, caratterizzata dalla coesistenza di dati autodichiarati da parte del cittadino con dati forniti dall'Agenzia delle Entrate e dall'INPS (c.d. dati precompilati).

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

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

Viene inoltre introdotta la possibilità di presentare l'ISEE corrente nel caso in cui per almeno un componente si verifichi un'interruzione dei trattamenti previdenziali, assistenziali e indennitari, laddove non rientranti nel reddito complessivo ai fini IRPEF (in quest'ultimo caso, l'ISEE corrente può essere aggiornato a 2 mesi). Dal 1° gennaio 2020, il messaggio 20 settembre 2019, n. 3418 dell'INPS ha specificato che la validità delle DSU coincide con l'anno solare (quindi fino al 31 dicembre) e che i redditi e i patrimoni della DSU "sono aggiornati prendendo a riferimento il secondo anno precedente (quindi, nel 2020 il riferimento è al 2018 sia per redditi che per patrimoni). Inoltre, dal 2020 la validità dell'ISEE corrente è di 6 mesi, ma con l'obbligo del cittadino di aggiornarlo prima della scadenza se qualcuno del nucleo cambia la situazione occupazionale o se inizia a ricevere prestazioni assistenziali/previdenziali/indennitarie¹.

Obiettivi

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

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

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

Destinatari

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

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

¹ Per un maggior dettaglio di questi aspetti segnalo al lettore alcuni strumenti che l'INPS mette a disposizione per approfondire la tematica ed essere aggiornati:

- a) Istruzioni per compilare le diverse DSU, nonché le DSU stesse;
- b) Le FAQ su domande/risposte.

Reperibili in <https://servizi2.inps.it/servizi/PortaleUnicoIsee> e cliccando su "Cosa puoi fare".

Modalità di accesso all'Isee

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Modalità operative

Le certificazioni ISEE sono utilizzate, in genere, per definire l'ordine di priorità per l'accesso alle prestazioni agevolate comprese le eventuali esclusioni ed inoltre per contribuire a definire le quote di compartecipazione alla spesa agganciando i valori Isee o le fasce di valori ISEE alle quote di compartecipazione alla spesa per la fruizione dei servizi, stabilite negli appositi regolamenti degli enti locali. In genere, tutti coloro che richiedono l'accesso a prestazioni agevolate² sono tenuti a presentare la certificazione ISEE per essere collocati nei livelli di priorità o di compartecipazione stabiliti nei regolamenti.

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

E' però possibile – in base all'art. 2 c. 1 del DPCM 159/2013 - che gli enti erogatori e le regioni, *"possano prevedere, accanto all'ISEE, criteri ulteriori di selezione volti ad identificare specifiche platee di beneficiari, tenuto conto delle disposizioni regionali in materia e delle attribuzioni regionali specificamente dettate in tema di servizi sociali e socio-sanitari. È comunque fatta salva la valutazione della condizione economica complessiva del nucleo familiare attraverso l'ISEE"* con ciò escludendo che possano essere utilizzati altri parametri di valutazione della condizione economica del richiedente quali criteri selettivi. In sostanza, non si possono inserire criteri ulteriori che siano in contrasto con quanto disciplinato con DPCM 159/2013. Questo significa che gli eventuali criteri ulteriori hanno spazi di manovra molto ridotti e non possono intaccare i contenuti dell'ISEE (per

² Salvo i settori del welfare per i quali è escluso l'uso dell'ISEE.

esempio si potrebbero prevedere elementi che l'ISEE non include come, per fare un esempio, il possesso di autoveicoli sopra una certa cilindrata). Quindi, in sostanza, la normativa ISEE può essere integrata (non modificata) da atti regionali per cui per avere un quadro completo della normativa ISEE occorre verificare se la regione di competenza ha legiferato in materia.

Costi per i destinatari

La certificazione ISEE è gratuita per il cittadino sia se richiesta ai CAF, all'Inps o ad altri soggetti. Dall'ottobre del 2023, presso i CAF, è gratuito solo il primo ISEE, mentre i successivi si pagano 25 euro.

Finanziamenti

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

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

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

ATTESTAZIONE ISEE in base alla composizione del nucleo familiare	Costo del Servizio (IVA esclusa)
PRIMA FASCIA da 1 a 2 soggetti	€ 10,81
SECONDA FASCIA da 3 a 5 soggetti	€ 14,33
TERZA FASCIA oltre 5 soggetti	€ 17,35

Fonte: Inps, 2024.

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

Bibliografia e Norme di riferimento

- Baldini M., Toso S., Buoni del Tesoro fuori dall'Isee: una scelta sbagliata, Lavoce.info, 3/11/2023: <https://lavoce.info/archives/102656/buoni-del-tesoro-fuori-dallisee-una-scelta-sbagliata/>
- Caiolfa M., LEPS: geografia, origine, tipologie ed articolazioni – Parte I e II, Welforum.it, 15/11/2023 e 22/11/2023 : <https://www.welforum.it/la-geografia-dei-livelli-essenziali-delle-prestazioni-sociali-parte-i/> ; <https://www.welforum.it/la-geografia-dei-livelli-essenziali-delle-prestazioni-sociali-parte-ii/>
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 5 dicembre 2013, n. 159: Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE).
- Decreto Legge 9 febbraio 2017, n. 8 convertito con modificazioni dalla L. 7 aprile 2017, n. 45 (in G.U. 10/04/2017, n. 84) ha disposto (con l'art. 10, commi 1 e 3) la modifica dell'art. 9.
- INPS, Messaggio n.81 del 9/1/2024: Convenzione tra l'INPS e i Centri di assistenza fiscale (CAF) per l'attività relativa alla certificazione ISEE per gli anni 2024 – 2025: https://www.inps.it/it/inps-comunica/atti/circolari-messaggi-e-normativa/dettaglio.circolari-e-messaggi.2024.01.messaggio-numero-81-del-09-01-2024_14425.html


- Legge 30 dicembre 2020, n. 178 (con l'art. 1, comma 338): Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Rapporto di monitoraggio ISEE 2022, Roma, 2024: <https://www.lavoro.gov.it/notizie/pagine/disponibile-il-rapporto-di-monitoraggio-isee-2022>
- Motta M., Distorsioni prodotte dall'ISEE. Parte I e II, Welforum.it, 6/5/2024; 20/5/2024: <https://www.welforum.it/distorsioni-prodotte-dallisee-parte-i/> ; <https://www.welforum.it/distorsioni-prodotte-dallisee-parte-ii/>
- Pesaresi F., Il nuovo ISEE e i servizi sociali, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2015.
- Pesaresi F., Motta M., Che cosa non va nell'ISEE e cosa migliorare, Welforum.it, 10/6/2021: <https://www.welforum.it/che-cosa-non-va-nellisee-e-cosa-migliorare/>


THE LANCET

Questo diario Riviste Pubblicare Clinico Salute globale Multimedia Eventi Di

COMMENTO | ONLINE FIRST

Il mandato del governo del Regno Unito per il cambiamento deve dare priorità alla trasformazione della salute pubblica

Kevin Fenton  • [Greg è caduto](#) • [Guglielmo Roberts](#) • [Margherita Rae](#)

Pubblicato: 09 luglio 2024 • Fonte: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01432-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01432-6) •  Check for updates

Mentre il neo-costituito governo del Regno Unito inizia la sua amministrazione con una maggioranza storica per il partito laburista nel parlamento del Regno Unito dopo le elezioni generali del 4 luglio 2024, abbiamo visto i cittadini del Regno Unito esprimere un mandato per il cambiamento. In effetti, il manifesto del nuovo governo promette

¹

per il National Health Service (NHS) riflettono questa ambizione e includono una serie di impegni per la salute e l'assistenza, tra cui 1 miliardo di sterline per 40.000 visite mediche settimanali in più, operazioni e scansioni, formazione di più medici di base e garanzia di appuntamenti faccia a faccia.

Le nuove iniziative proposte dal governo del Regno Unito includono un moderno sistema di prenotazione NHS, prescrizione da parte di farmacisti comunitari, segnalazioni dirette da parte di ottici e centri sanitari di quartiere che integrano vari servizi sanitari.

Ulteriori impegni di finanziamento includono 125 milioni di sterline per visite dentistiche urgenti e 410 milioni di sterline per 8.500 operatori sanitari psichiatrici.

I piani per raddoppiare gli scanner TC e MRI NHS, fornire finanziamenti pluriennali alle autorità locali, anticipare una retribuzione equa per l'assistenza sociale e vietare il marchio di sigarette elettroniche mirato ai bambini sono identificati come priorità nel manifesto.

¹

Tra gli obiettivi ambiziosi per il miglioramento della salute rientrano il dimezzamento del divario di aspettativa di vita in buona salute tra le aree più ricche e quelle a più basso reddito in Inghilterra, l'avvio di un nuovo piano d'azione contro l'HIV in Inghilterra per porre fine ai nuovi casi di HIV entro il 2030, la chiusura del divario di mortalità materna tra le donne nere e asiatiche, la priorità al sostegno alla cessazione del fumo e all'azione contro lo svapo, il rafforzamento delle azioni contro la pubblicità di alimenti non sani e la priorità alla salute orale per i giovani.

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)01432-6/abstract?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)01432-6/abstract?dgcid=raven_jbs_aip_email)



Medicare Advantage e la nuova frontiera del consolidamento: il pericolo di UnitedHealthcare for All

Hayden Rooke-Ley, Soleil Shah, ed Erin C. Fuse Brown

Pubblicato il 6 luglio 2024

DOI: 10.1056/NEJMp2405438

UnitedHealth Group è stato recentemente criticato. Nel febbraio 2024, un attacco ransomware a Change Healthcare, la clearinghouse di reclami medici di proprietà di UnitedHealth, ha creato una crisi di flusso di cassa per ospedali, studi medici e farmacie. Gli enti regolatori statali e federali stanno esaminando attentamente numerose acquisizioni di alto profilo da parte del sussidiario lato fornitore di UnitedHealth, Optum Health, e il Dipartimento di Giustizia degli Stati Uniti (DOJ) sta intraprendendo un'indagine antitrust più ampia sulla società madre. Oltre a possedere Change Healthcare e un'ampia divisione di analisi dei dati, UnitedHealth è la più grande compagnia assicurativa e il più grande datore di lavoro di medici negli Stati Uniti. È anche il terzo più grande gestore di benefit farmaceutici (PBM) e gestisce farmacie e una banca.

Questo tipo di consolidamento verticale non è esclusivo di UnitedHealth. Humana è ora il più grande fornitore di servizi di assistenza primaria e post-acuta "incentrati sugli anziani" a domicilio. CVS, dopo aver acquistato Aetna nel 2018, ha acquisito studi medici e aziende che forniscono servizi di assistenza primaria a domicilio, che completano le sue catene PBM e di farmacie. Le principali compagnie assicurative Cigna, Centene ed Elevance stanno perseguendo simili strategie di crescita verticale. Sebbene questa nuova frontiera del consolidamento abbia il potenziale per generare efficienze, ci sono anche dei rischi: i conglomerati verticalmente integrati possono implementare una serie di tattiche finanziarie e impegnarsi in abusi di mercato che aumentano i costi, minano la concorrenza leale ed erodono la qualità dell'assistenza ai pazienti e il morale dei medici.

A guidare questo consolidamento verticale è stato il passaggio radicale dal pagamento per servizio al finanziamento "a pro-capite" nei programmi pubblici. Con questi modelli di finanziamento, il governo federale e i governi statali delegano la gestione dei costi sanitari totali di un paziente a un'"entità a rischio" privata, come Medicare Advantage o una compagnia assicurativa Medicaid gestita o un'organizzazione di assistenza responsabile nel Medicare tradizionale. La percentuale di beneficiari Medicare iscritti ai piani Medicare Advantage è più che raddoppiata dal 2010 e ora supera il 50%. Tali piani sono diventati estremamente redditizi: il governo pagherà circa 500 miliardi di dollari alle compagnie assicurative nel 2024 per amministrare il programma Medicare Advantage, incluso il 23% in più per beneficiario rispetto a quanto spende per il Medicare tradizionale, equivalente a 88 miliardi di dollari in più all'anno. ¹ Questa tendenza si è verificata parallelamente a una privatizzazione decennale dei programmi Medicaid statali, da cui le compagnie assicurative ricevono altri circa 500 miliardi di dollari all'anno.

Con questo capitale, le compagnie assicurative stanno acquisendo studi medici e società di assistenza sanitaria per eseguire una strategia a due punte che prevede la massimizzazione dei pagamenti pro-capite e la riduzione dei costi mediante controlli di utilizzo e "trasferimenti interaziendali" (vale a dire, il pagamento delle loro sussidiarie lato fornitore). Questi doppi obiettivi sono anche le chiavi del successo per altre entità che partecipano a modelli di pagamento basati sul valore e sul rischio, come le organizzazioni di assistenza sanitaria responsabili, che sono pronte a coprire tutti i beneficiari tradizionali di Medicare entro il 2030. Le compagnie assicurative possono ottenere l'accesso a questi "dollari di rischio" (ora circa 150 miliardi di dollari all'anno) acquisendo fornitori e stipulando contratti direttamente con il governo.

Questa ondata di consolidamento guidato dai pagatori rappresenta una nuova svolta su un vecchio concetto. Dall'avvento dell'assistenza sanitaria gestita, i decisori politici e gli enti regolatori hanno

incoraggiato l'integrazione verticale. Le entità sanitarie integrate verticalmente, che combinano molteplici aspetti della catena di fornitura, hanno promesso di facilitare il coordinamento dell'assistenza e generare maggiori efficienze grazie a costi di transazione ridotti ed economie di scala. Tuttavia, ci sono ancora poche prove che tali efficienze desiderate siano state raggiunte. ²

È plausibile che questa nuova ondata di consolidamento, che esclude in gran parte gli ospedali, sarà diversa. Poiché gli assicuratori cercano di ridurre il costo totale dell'assistenza dei loro beneficiari, possono implementare incentivi per i fornitori per prevenire costose visite al pronto soccorso e ricoveri ospedalieri e possono indirizzare i pazienti verso siti di cura a basso costo.

Inoltre, nel contesto del consolidamento dilagante del mercato, l'integrazione guidata dai pagatori può offrire alle organizzazioni di medici un'alternativa alle acquisizioni ospedaliere o finanziate da private equity.

Riteniamo, tuttavia, che i legislatori dovrebbero essere cauti sui rischi posti da una strategia politica che incoraggia il consolidamento guidato dai pagatori. Una preoccupazione è che controllando i dati dei medici e dei pazienti nelle pratiche mediche, i conglomerati possono massimizzare la codifica delle diagnosi e gonfiare i pagamenti governativi aggiustati per il rischio.

Transazioni come l'acquisizione di Change Healthcare da parte di UnitedHealth possono potenziare questi sforzi; grazie a questa acquisizione, UnitedHealth e le sue sussidiarie hanno accesso a codici di diagnosi, cronologie di reclami e altre informazioni per decine di milioni di pazienti. In Medicare Advantage, l'abuso dell'aggiustamento del rischio rappresenta 54 miliardi di dollari di spesa eccessiva all'anno, rispetto al Medicare tradizionale. ¹

Un'altra preoccupazione è il gioco dei requisiti del rapporto di perdita medica (MLR). Questa regolamentazione è intesa a limitare i profitti e i costi amministrativi degli assicuratori e a garantire che almeno l'85% (nella maggior parte dei casi) dei ricavi dei premi venga speso per l'assistenza ai pazienti.

Ma il consolidamento verticale consente agli assicuratori di spostare i profitti sul lato fornitore del libro mastro tramite trasferimenti interaziendali e quindi eludere i limiti MLR. ³ In effetti, UnitedHealth paga un quarto dei ricavi dei premi che riceve tramite trasferimenti interaziendali.

Altre cause di preoccupazione sono l'orientamento dei pazienti e il comportamento anti-concorrenziale. I conglomerati assicurativi possono coordinarsi tra le filiali per estromettere i concorrenti e incoraggiare i pazienti a utilizzare i loro servizi e prodotti.

L'assicuratore può tagliare i rimborsi agli studi indipendenti per fare pressione su di loro affinché vendano. ⁴

Quindi, dopo l'acquisizione, può spostare i pazienti dello studio nel piano assicurativo. I conglomerati assicurativi che possiedono PBM usano strategie simili per tagliare i pagamenti alle farmacie locali e indirizzare i pazienti, spesso verso le proprie filiali.

Queste tattiche privano i pazienti dell'accesso e della scelta dei medici, interrompendo relazioni di cura di lunga data.

Infine, questo consolidamento verticale favorisce la tendenza più ampia alla corporatizzazione dell'assistenza sanitaria, che contrappone l'obiettivo delle aziende di massimizzare i profitti all'obbligo etico professionale dei medici di dare priorità agli interessi dei pazienti.

La proprietà aziendale promette di liberare i medici dalle responsabilità amministrative, ma potrebbe essere un patto faustiano.

Con il controllo delle operazioni di studio, i proprietari aziendali possono dirigere il personale e la programmazione, dettare la durata e il numero di visite dei pazienti e arruolare i medici nell'adozione di strategie relative alla fatturazione e alla codifica per massimizzare i profitti.

Come proprietari di studi, gli assicuratori possono negare la copertura o scoraggiare l'uso dei servizi necessari.

Possono estromettere i leader esistenti, vincolare i medici a clausole di non concorrenza e a clausole di bavaglio che impediscono di esprimere preoccupazioni sull'assistenza ai pazienti e sostituire i medici con clinici a basso costo.

Per i decisori politici e gli enti regolatori, esistono vari strumenti per affrontare questa nuova frontiera del consolidamento.

Sebbene riteniamo che la recente regolamentazione Medicare Advantage dell'amministrazione Biden che mira a codificare in modo inappropriato l'adeguamento del rischio sia un buon primo passo, è necessaria un'azione più decisa da parte del Congresso per frenare i pagamenti in eccesso Medicare Advantage.

Il Congresso potrebbe anche destinare risorse a sostegno di un maggiore controllo antitrust sulle transazioni e sui comportamenti anticoncorrenziali da parte di entità consolidate verticalmente e dare agli enti regolatori antitrust maggiore autorità su questo comportamento.

Sebbene le linee guida sulle fusioni del 2023 del DOJ e della Federal Trade Commission (FTC) siano più scettiche sul consolidamento verticale rispetto alle linee guida precedenti, la mancanza di precedenti per bloccare tale consolidamento renderà difficile convincere i tribunali a fermare le transazioni anticoncorrenziali. In effetti, il DOJ ha perso la sua sfida all'acquisizione di Change Healthcare da parte di UnitedHealth nel 2022.

Il Congresso potrebbe perseguire un approccio antitrust più proattivo vietando alle compagnie di assicurazione e ai PBM di possedere studi medici, farmacie e altre entità fornitrici nella catena di fornitura di assistenza. In mancanza di una separazione così netta, il Congresso potrebbe rafforzare le leggi MLR regolamentando i trasferimenti interaziendali e richiedendo che i pagatori offrano gli stessi prezzi ai fornitori affiliati e non affiliati.

Un altro approccio sarebbe quello di rinvigorire i divieti sulla pratica aziendale della medicina che, prima della rivoluzione dell'assistenza sanitaria gestita, impedivano alle aziende come le compagnie di assicurazione di assumere o controllare i medici.

Molti stati hanno ancora queste leggi nei libri, ma l'ingegneria legale le ha rese inefficaci. Una legislazione rinnovata, sulla falsariga di una proposta di legge che i decisori politici in Oregon hanno recentemente tentato di approvare, potrebbe limitare il controllo aziendale sulle pratiche mediche. ⁵

Un approccio più moderato comporterebbe la messa al bando delle disposizioni contrattuali che cedono il controllo a entità aziendali, come restrizioni sulla capacità dei medici di controllare le azioni della loro pratica, clausole di riservatezza e, come recentemente finalizzato nella regolamentazione della FTC, accordi di non concorrenza.

Deliberatamente o meno, lo spostamento dei decisori politici verso un finanziamento basato sulla capitation, in particolare in Medicare Advantage, sta generando un'ondata di consolidamento verticale, mettendo una manciata di compagnie assicurative sempre più al controllo del sistema di erogazione dell'assistenza.

I decisori politici si trovano di fronte a una scelta: possono continuare a sostenere questo consolidamento, scommettendo sulle promesse di integrazione verticale, oppure possono perseguire una visione alternativa per la struttura dell'economia sanitaria.

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2405438?query=WB&ssotoken=U2FsdGVkX18xi%2BxmAS94BKVQhC03CdbutXvKeaGbmoNkF0C5f%2FzIYR%2FpjhnsMFC39L3pPbS0Q%2FSBwFwRFDxglo9zDTpxTTzReludurovpYl1zOGcaMChAAAn2b6Su%2F7nGsj5BV7cmExloCR4RWQYppqwWAkJ4dwQ0a68KGhdSs1mBkOwkL7L%2BtGhsUltIOLg%2BWR12pnuUdpxGufG4WnQ%3D%3D&cid=NEJM%20Weekend%20Briefing,%20July%206,%202024%20DM2349263_NEJM_Non_Subscriber&bid=-1892631860

Riforme istituzionali, associazioni e movimenti cattolici uniti: serve dialogo e condivisione oltre la maggioranza

Iacopo Scaramuzzi

Dalla settimana sociale dei cattolici a Trieste, l'appello congiunto che chiede al nuovo Parlamento europeo di impegnarsi per superare le guerre in corso con negoziati di pace

“Ogni qualvolta negli interventi di revisione costituzionale sia stato violato o venga ancora violato lo spirito di condivisione, a favore invece della ordinaria dialettica dei dibattiti parlamentari tra maggioranza e minoranza, a essere indebolita è la nostra democrazia”. E’ per questo che le associazioni e i movimenti cattolici firmano una nota congiunta – cosa più unica che rara – per chiedere “condivisione” e “dialogo” nell’affrontare le riforme istituzionali, premierato (non menzionata esplicitamente) e autonomia differenziata (citata espressamente), dopo la settimana sociale dei cattolici a Trieste, aperta dal Presidente della Repubblica [Sergio Mattarella](#) e chiusa da [Papa Francesco](#).

Già a maggio, in vista di Trieste, le diverse sigle del laicato cattolico avevano superato idiosincrasie e gelosie reciproche per firmare un [appello congiunto](#) che chiedeva al nuovo Parlamento europeo di impegnarsi concretamente per superare le guerre in corso con negoziati di pace.

La carica del laicato cattolico

Ora, dopo Trieste, il campo della convergenza si allarga: a firmare la “lettera” da Trieste “a difesa della Costituzione e dei principi democratici” (“Abbiamo a cuore la democrazia”, l’incipit, che riecheggia il motto della Settimana sociale, “al cuore della democrazia”), sono Azione Cattolica Italiana, ACLI, Associazioni, Associazione Guide e Scouts Cattolici Italiani, Comunità di Sant’Egidio, Fraternità di Comunione e Liberazione, Movimento Cristiano Lavoratori, Movimento Politico per l’Unità Focolari, Rinnovamento nello Spirito e Segretaria della Consulta nazionale delle aggregazioni laicali.

Il nodo dell’autonomia differenziata

“In un contesto di astensionismo allarmante, e in un quadro europeo e internazionale caratterizzato da spinte che mettono in discussione il senso stesso della democrazia, sentiamo il dovere di favorire in ogni modo il dialogo sulle [riforme costituzionali](#)”, si legge nel passaggio finale della lettera. “Desideriamo affermare che ogni riforma della Costituzione, nata da istanze sociali plurali e concorrenti, debba essere frutto di una comune responsabilità nell’incontro, che crediamo sempre possibile, tra le argomentazioni e le ragioni di ciascuna parte. Analogo metodo, concertato e improntato al dialogo tra forze politiche, sociali e culturali, chiediamo nella valutazione degli impatti complessivi dell’autonomia differenziata sull’unità sostanziale del Paese. Ogni qualvolta negli interventi di revisione costituzionale sia stato violato o venga ancora violato lo spirito di condivisione, a favore invece della ordinaria dialettica dei dibattiti parlamentari tra maggioranza e minoranza, a essere indebolita è la nostra democrazia. È necessaria oggi più che mai quella tensione costituente, che recuperi con magnanimità un desiderio di confronto reciproco nelle differenze, che superi il rischio di radicali polarizzazioni e che diventi impegno a realizzare, a ogni livello, quella “democrazia sostanziale”, la quale consiste nella piena concretizzazione dei diritti sociali per i poveri, per gli “invisibili” e per ogni persona nella sua infinita dignità che rappresentano – come ha ricordato papa Francesco – il cuore ferito della democrazia perché la democrazia non è una scatola vuota, ma è legata ai valori della persona, della fraternità e dell’ecologia integrale”.

La preoccupazione per la guerra

La lettera sottolinea che le diverse realtà del laicato cattolico italiano rappresentano “una realtà plurale, accomunata dall’appartenenza ecclesiale”, condizione che costituisce “una ricchezza che ci anima ancora di più nella ricerca quotidiana di ascolto attento, confronto leale, dialogo paziente e collaborazione costruttiva”. Viene ribadito l’impegno trasversale dei cattolici per la pace, di fronte alle guerre in Ucraina, Terra Santa, nel Sudan, in Congo e in altre regioni del mondo: “vogliamo affermare nuovamente il grande desiderio di pace che ci muove a chiedere di restituire all’Italia e

all'Europa una missione di pace. La pace è il fondamento della democrazia. La guerra corrode e corrompe la democrazia. Oggi per noi andare al cuore della democrazia significa confermare e chiedere alla società, alla politica, alle istituzioni una scelta per la pace che si faccia azione concreta”.

Sulla scia di Papa, Zuppi e Mattarella

Dopo avere affrontato il tema della democrazie e delle riforme, le sigle del [cattolicesimo associato](#) concludono confermando il proprio impegno, “a partire dall’ambito educativo, a dare vita ad una democrazia partecipata e dal basso, garantita dall’equilibrio di pesi e contrappesi dell’assetto istituzionale della Repubblica, e sostenuta dalla promozione delle autonomie locali in una prospettiva sussidiaria e solidale. Nella consapevolezza che, come ci ha ricordato il capo dello Stato: La democrazia non è mai conquistata per sempre. Nel solco tracciato in questa Settimana sociale di Trieste da papa Francesco, dal presidente della Repubblica Sergio Mattarella, dal presidente della Conferenza episcopale italiana, card. [Matteo M. Zuppi](#), dagli oltre 1000 delegati e 6000 partecipanti accorsi da ogni punto d’Italia”, è la conclusione, “sentiamo che questo profondo sogno di condivisione e non di divisione accomuni tante donne e uomini, bambini e anziani, giovani e adulti che hanno a cuore il bene e il futuro dell’Italia”.

https://www.repubblica.it/politica/2024/07/09/news/riforme_istituzionali_associazioni_movimenti_cattolici_uniti-423384367/?ref=RHVS-BG-P1-S1-T1

nature

Elezioni nel Regno Unito: gli scienziati accolgono con favore la vittoria schiacciante del Labour

Secondo i ricercatori, le università in difficoltà dovrebbero essere in cima all'agenda del nuovo governo.

Jonathan O’Callaghan

Il nuovo governo laburista del Regno Unito dovrà affrontare una lunga lista di problemi dopo aver ottenuto una vittoria decisiva alle elezioni generali di ieri. Gli scienziati [sperano che questo rimpasto porti un cambiamento positivo](#).

Dopo aver ottenuto una sostanziale maggioranza di oltre 170 seggi nel voto di ieri, il partito laburista formerà il prossimo governo del Regno Unito, ponendo fine a 14 anni di governo conservatore. Nel suo primo discorso fuori dal 10 di Downing Street, il nuovo primo ministro Keir Starmer ha affermato che il suo governo avrebbe "ricostruito la Gran Bretagna con la ricchezza creata in ogni comunità" mentre cerca di risolvere molti dei problemi che affliggono i servizi pubblici e le istituzioni del paese.

"Con questo risultato elettorale, il nuovo governo laburista guidato da Sir Keir Starmer ha una vera opportunità di guidare il cambiamento nel Regno Unito", ha affermato Alicia Greated, direttore esecutivo della Campaign for Science and Engineering, in una dichiarazione. "Scienza, ingegneria e R&S più in generale sono risorse enormi per la capacità del Regno Unito di innovare e produrre crescita economica".

Joe Marshall, amministratore delegato del National Centre for Universities and Business (NCUB), ha affermato che la sua organizzazione è stata "incoraggiata nel vedere quanto la ricerca e l'innovazione siano centrali nel manifesto del partito laburista" e che l'innovazione "dovrebbe essere in prima linea nel piano economico del governo per la ripresa e dovrebbe costituire la base della loro nuova strategia industriale".

Preoccupazioni finanziarie

Un'area che richiede attenzione immediata è il finanziamento delle università del Regno Unito, molte delle quali si sono trovate in gravi difficoltà finanziarie a causa di una combinazione di numeri di studenti internazionali in calo e tasse universitarie congelate dal 2017. Le finanze universitarie sono "una delle cose che potrebbero esplodere nei primi mesi di un governo laburista", afferma James Wilsdon, ricercatore di

politica scientifica presso l'University College di Londra. Si stima che il 40% delle università del Regno Unito quest'anno sia in deficit e alcune sono a rischio bancarotta, aggiunge.

Mentre erano al potere, i conservatori hanno aumentato le tasse sui visti e introdotto [criteri più severi per i ricercatori stranieri](#) che vengono nel Regno Unito per lavorare o studiare. Ciò ha peggiorato la situazione, con le domande internazionali alle università del Regno Unito in calo del 44% quest'anno. "Il vero problema degli ultimi 14 anni di governo è stato che le università sono state viste come organizzazioni del settore pubblico malvagie, liberali e 'risvegliate'", afferma Kieron Flanagan, ricercatore di politica scientifica presso l'Università di Manchester, Regno Unito. "I conservatori hanno avuto contemporaneamente una politica pro-scienza, pro-ricerca e anti-università".

Al contrario, il partito laburista ha "chiarito che non continuerà questa guerra contro le università", afferma Flanagan. Ma aggiunge che il partito è stato vago [nel suo manifesto](#) su come avrebbe affrontato la questione delle finanze universitarie. Ha un paio di opzioni, tra cui aumentare le tasse universitarie, il che sarebbe "politicamente sgradevole", afferma Flanagan, o aumentare la spesa pubblica per le università.

Per un finanziamento più ampio di ricerca e sviluppo (R&S), il partito laburista ha affermato nel suo manifesto di voler "eliminare i cicli di finanziamento brevi per le principali istituzioni di R&S", come [UK Research and Innovation \(UKRI\)](#), "a favore di budget decennali". Questa sarebbe una mossa popolare per gli scienziati. "La scienza lavora su scale temporali lunghe, quindi creare quella certezza aiuta ad attrarre investimenti privati", afferma Martin Smith, uno specialista politico presso l'ente di beneficenza per i finanziamenti biomedici con sede a Londra Wellcome. È improbabile che il nuovo governo faccia di questa riforma un obiettivo immediato, aggiunge. "Questo sarebbe il genere di cose che emergono nella revisione della spesa in autunno".

Nuovo ministro della scienza

Nei prossimi giorni, Starmer riunirà il suo gabinetto, che includerà la nomina di ministri per supervisionare la scienza e la ricerca. Mentre il partito laburista era all'opposizione, tali posizioni erano ricoperte da Peter Kyle, Shadow Secretary of State per la scienza, l'innovazione e la tecnologia, e Chi Onwurah, il ministro ombra per la strategia industriale, la scienza e l'innovazione. Kyle è "una figura influente vicina a Starmer e penso che la maggior parte delle persone considererebbe un risultato molto positivo se finisse per continuare a ricoprire quel ruolo", afferma Wilsdon. Smith afferma che Onwurah "è in circolazione da molto tempo e ha molta familiarità con la politica scientifica", e il settore scientifico "si troverebbe rassicurato se avesse un ruolo".

L'istituzione di un nuovo governo può anche comportare cambiamenti nei dipartimenti. Gli scienziati saranno interessati a vedere se il partito laburista manterrà il Department for Science, Innovation and Technology (DSIT), che il governo conservatore [ha istituito nel febbraio 2023](#). Smith afferma che è troppo presto per vedere se il DSIT ha avuto successo, ma in linea di principio il dipartimento consente "la capacità di coordinare l'agenda scientifica in tutto il governo".

Fonte: <https://doi.org/10.1038/d41586-024-02219-6>

Gentile direttore,

come forse ricorderete, circa un mese fa, sulle pagine di questo giornale ho proposto un “appello alla ragione”. (QS Salviamo la sanità. Un appello alla destra e alla sinistra. 25 giugno 2024)

Gli “appelli alla ragione” in realtà sono degli espedienti che si “escogitano”, cioè si inventano “ex cogito”, per necessità. La speranza è scuotere l’albero e far “accadere” qualcosa.

In realtà essi, come dimostrano quelli famosi fatti nella storia, sono dei paradossi logici, perché rivolgendosi in extremis alla ragione, nel tentativo di salvare il mondo, essi non dovrebbe essere ne ignorati e ne negati, ma siccome si rivolgono alla ragione solo perché la ragione non c’è più, e quindi prevale l’irragionevolezza, in genere, sono appelli regolarmente ignorati.

Quello, da noi proposto, non fa eccezione. Ma il suo significato resta tutto.

Consensi e indifferenza

L’appello alla ragione, suppone attraverso la condivisione di un interesse superiore (nel nostro caso l’art 32) di poter unire, per suo mezzo tutti, e quindi di poter “salvare il salvabile”. Al mio appello hanno risposto subito alcune persone che desidero ringraziare: Pizza, Agnetti, Agneni, Mancin, Morsiani, Asiquas, Giustini, Cocconcilli.

A costoro si sono aggiunti un sacco di mail e di messaggi telefonici che hanno voluto esprimere il loro appoggio e diversi “comitati di cittadini” sparsi nel paese cioè quei pezzi importanti di “società civile”, (Veneto, Emilia Romagna, Calabria) che mi hanno proposto dopo l’estate di organizzare iniziative di discussione pubblica. Grazie anche a voi.

Un appello snobbato

Ma, a fronte di tanti consensi, il dato politico che riscontro e che, come capirete, non posso ignorare, è che il mio “appello”, per quanto giustificato dalle circostanze, è stato sostanzialmente snobbato.

Prima di tutto dalla “politica” sia quella che è al governo sia quella che è all’opposizione, quindi dal sindacato in generale, confederale e categoriale senza nessuna eccezione, e da quei famosi “esperti”, con l’unica preziosa eccezione di Asiquas, che ringrazio, esperti che, dal governo Meloni in poi, a vario titolo, proponendosi addirittura come “bagnini”, vedendo la sanità affogare, si sono fatti avanti per “salvarla”.

Tutti gli appelli alla ragione come dimostra la storia, vanno in genere contro questa pesante indifferenza, rientrando tutti fenomenologicamente nel paradosso: se c’è una catastrofe e nessuno la vuole evitare non è perché è inevitabile ma perché anche se è evitabile, chi in un modo e chi in un altro, sia a destra che a sinistra, sia nei partiti che nel sindacato, ha un qualche “interesse” che avvenga.

Contro il nazismo molti furono gli “appelli alla ragione” ma il nazismo nonostante essi si affermò.

Oggi, per quanto possa sembrare paradossale, in sanità la catastrofe per ragioni diverse non la vorrebbe nessuno, ma chissà perché nessuno vuole davvero evitarla.

Il problema vero è “l’irragionevole”

Il ragionevole nella storia appare, suo malgrado, decisamente minoritario. Per una montagna di motivi anche in sanità sia a destra che a sinistra, si nega la “ragione” rappresentata dall’art 32 e dal SSN.

Cioè si nega il diritto universale alla salute. Se il diritto non fosse negato fare degli “appelli alla ragione” non avrebbe nessun senso. Che l’art 32 oggi sia negato cioè sia diventato nei fatti un diritto potestativo alla dipendenza del mercato, nessuno può negarlo. Come nessuno può negare molte altre cose: che da anni non si fa più prevenzione, che l’economia è in conflitto con la spesa sanitaria, che l’azienda è incongrua con l’art 32, che la “seconda gamba” è un regalo al liberismo ecc .

Attraverso il “patto della ragione”, ho proposto di ricontestualizzare l’art 32 che, lo dico soprattutto a Asiquas che invita alla cautela non significa solo ribadirlo come se fosse una petizione di principio dichiarandone teoricamente l’intangibilità, ma significa rimuovere tutto ciò che lo ha messo all’angolo, quindi rimpicciolito, immiserito, svenduto. Se Asiquas accettasse come ha scritto di ricontestualizzare l’art 32 essa dovrebbe liberarlo prima di tutto dal neoliberalismo degli anni ‘90 e inventare altre politiche quindi superare ad esempio l’ideologia del compatibilismo alla quale anche alcune delle sue proposte continuano a ispirarsi.

Liberismo e compatibilismo vanno a braccetto ma i diritti come dimostrano le controriforme sanitarie e i vari accordi sindacali, no. Tra diritti e liberismo l'idiosincrasia è tale che è praticamente impossibile renderli compatibili.

Il nostro "appello alla ragione" è stato snobbato in parte perché va contro certi interessi, in parte perché crea problemi politici, in parte perché accentua contraddizioni negli schieramenti politici molto dolorose. L'esempio del PD e della Cgil è da manuale. Una volta si parlava di "cinghia di trasmissione" ma oggi sulla sanità, la Cgil e il Pd, funzionano come se fossero una cinghia di trasmissione:

- la prima in competizione contro la sanità pubblica difende con i contratti di lavoro nazionali, il welfare aziendale
- il secondo prevede la "seconda gamba" cioè ha posto la sanità pubblica in competizione con il mercato, welfare aziendale compreso.

Entrambi sostengono la teoria che si è affermata soprattutto dopo la batosta elettorale del PD del 2018 (Sanità pubblica addio 2023) e che ho chiamato della "insostenibilità sostenibile" cioè chiedono tout court di rifinanziare la sanità a sistema pubblico privato invariante che, considerando in generale la situazione economica del paese, è una richiesta semplicemente "populista". Rifinanziare la sanità che c'è vuol dire rifinanziare tutto ciò che oggi ci costringe a giocare la carta del patto della ragione.

Ragione e populismo

Il mio appello si è rivolto alla "ragione", cioè precisamente a un valore universale come è l'art 32 della Costituzione, pensando di abbattere in questo modo le antinomie le differenze e i conflitti che dividono la sanità quindi pensando di poter coinvolgere anche chi teorizza la "l'insostenibilità sostenibile".

Chi teorizza ciò come il PD e la Cgil è evidente che non possono essere d'accordo con l'appello alla ragione perché anche se si riforma il fisco o si prendono i soldi dalla difesa per darli alla sanità. non si può dare nessuna insostenibilità sostenibile? La "sostenibilità insostenibile" a parte essere, nel sistema capitalistico dato, un tragico ossimoro che porta alla morte il sistema pubblico, è puro populismo.

Se quindi l'appello alla ragione, governo a parte, ha lasciato sia la Cgil che il PD del tutto indifferenti non è un caso ma è la scelta dello struzzo che, davanti alle proprie contraddizioni, nasconde la testa sotto la sabbia

Un patto per l'art 32

In sanità, diversamente dalla scuola, (DPR 235/2007) mai e poi mai è stato sottoscritto un "patto di corresponsabilità" per la difesa dell'art 32. Al contrario sono stati sottoscritti molti "patti per la salute" (il più famoso è del 2019) ma che erano nulla di più che accordi programmatici tra governo e regioni finalizzati a spendere meglio per spendere meno. Cioè a ridurre la spesa storica del SSN.

Forse date le circostanze sarebbe il caso di pensare ad un "patto di corresponsabilità" per salvare l'art 32. In fin dei conti, l'appello alla ragione, è un accordo di corresponsabilità tra interessi e diritti che dovrebbe essere sottoscritto dalla politica e dal sindacato per salvare l'art 32.

Se siamo arrivati a tirare in ballo il "patto della ragione" ciò è dovuto ad una vasta corresponsabilità politico- sociale che coinvolge tutti i principali protagonisti della sanità che potremmo addirittura chiamare per nome e per cognome e addebitare, a ciascuno di loro, uno specifico tornaconto. Tutti costoro, chi un modo e chi in un altro, per ragioni di interesse, hanno partecipato alla festa organizzata contro l'art 32. Cioè hanno fatto fuori l'albatros. (Sanità pubblica addio 2023)

La questione della corresponsabilità

Ma se nei confronti della catastrofe c'è una diffusa corresponsabilità di tutti per questo l'appello alla ragione ha poche possibilità di passare. Perché mai tutti costoro si dovrebbero flagellare con l'autocritica? Non è facile far sottoscrivere a tanti interessi diversi, alla sinistra al sindacato al governo, un accordo sulla ragione. Non è facile individuare le vere controparti politiche di questa proposta. Non è facile l'analisi fenomenologica delle loro rispettive responsabilità politiche e andare oltre le apparenze e i ruoli. Non è facile rispetto all'appello considerare ad esempio il PD, la Cgil, delle controparti e non alleati. Cioè non è facile capire rispetto alla ragione chi sono i veri alleati e chi sono i veri avversari.

Teoricamente i sostenitori del mio appello dovrebbero essere la sinistra e la Cgil il M5S, la Bindi ma allora perché costoro lo hanno snobbato come se fosse una eresia?

Ricorrere alla ragione è una impresa difficile ma non infondata. Il Pd e la Cgil e la Bindi vogliono la botte piena e la moglie ubriaca cioè vogliono sia l'art 32, sia l'azienda, sia la seconda gamba e il welfare aziendale e, dal momento che ci siamo, pure la prevenzione nei luoghi di lavoro. E questo è davvero irragionevole.

Se si sta dalla parte del diritto il ruolo degli interessi non devono essere negati ma devono essere riconosciuti nei diritti. Cioè devono essere compossibili. Ma a questo il PD ma anche la Cgil e pure la Bindi e nonostante gli sforzi, anche il M5S, culturalmente ancora non ci sono arrivati, Restano tutti prigionieri del compatibilismo degli anni 90 e del populismo che sotto sotto vuole rifinanziare la svolta neoliberista del PD.

Come se ne esce?

A tutto questo gran casino se ne deve aggiungere un altro che sembra teorico ma in realtà è drammaticamente pratico. Non è facile mantenere nel caso della sanità la distinzione storica tra “struttura economica” e “sovrastuttura sociale”, alla quale anche io mi sono riferito tante volte per criticare ad esempio le politiche neoliberiste dell’Ulivo.

In sanità dopo la svolta neoliberista del PD questa storica distinzione, non ha più senso perché in sanità la sovrastuttura sociale in pratica non è null’altro che una estensione della struttura economica.

In sanità oggi nella cd “sovrastuttura sociale” rientrano:

- la maggior parte degli interessi speculativi e corporativi quindi tutti gli accordi fatti con il governo dai sindacati
- tutte le leggi fatte dal parlamento per contro-riformare la sanità della sinistra e che sono state concordate con il sindacato anche quello di sinistra
- tutte le norme fatte per favorire certi interessi a scapito dei diritti si pensi all’intra moenia, alla seconda gamba alle grandi intese tra certi sindacati medici e il grande capitalismo speculativo (recentemente l’accordo Fimmg Lega nazionale delle cooperative)

In sanità solo se è possibile distinguere il diritto dall’interesse cioè l’economia dall’etica è possibile distinguere la struttura economica di Marx dalla sovrastuttura sociale di Gramsci. Nel momento in cui cade questa distinzione come è avvenuto in sanità la struttura economica va oltre l’etica e si estende alla sovrastuttura sociale diventando populismo.

Gramsci e la sanità

Non ho mai nascosto come è noto il mio debito teorico nei confronti di Gramsci che per me resta ancora il vero maître a penser e che come ha spiegato magistralmente Bobbio (1) ci propone una concezione di sovrastuttura che non avrebbe un carattere strutturale come in Marx. Ma questa volta devo, umilmente segnalare che in sanità le cose sono diverse. In sanità la cd “sovrastuttura” è, direbbe Freud, in realtà “sovradeterminata” o, come direbbe Althusser, “surdeterminata” perché essa è determinata da una pluralità di fattori economici gestionali organizzativi e da **una moltitudine eterogenea di influenze economiche e non solo**, anche culturali e politiche.

Come faccio a fare un accordo della ragione con questa sovrastuttura che per i suoi interessi ha venduto ciò che non era suo e non poteva vendere perché un bene universale vale a dire l’art 32 della costituzione?

Struttura sovrastuttura e società civile

Ma se in sanità struttura e sovrastuttura sono sostanzialmente la stessa cosa e in sanità “il più pulito”, come si dice a Roma, “ha la rogna” a chi possiamo proporre un patto della ragione?

Oggi l’unica distinzione politica che ha senso è quella tra struttura/sovrastuttura da una parte e società civile dall’altra.

Se questo è vero non ha senso proporre, come ho fatto io anche un po ingenuamente, un patto della ragione erga omnes cioè rivolto sia agli interessi che ai diritti. Meglio sarebbe stato distinguere gli interessi dai diritti e lavorare sulle loro contraddizioni cioè scrivere una proposta per la loro compossibilità. Questo è il salto che si dovrebbe fare e che mi permetto di segnalare ad Asiquas che si preoccupa di riscrivere tale e quale l’art 32 dimenticando che ormai l’art 32 è stato controriformato di fatto dal pensiero neoliberista del PD

Ma scrivere un patto della ragione per la “società civile” significa almeno tre cose:

- assumere da parte dei comitati quindi da parte dei cittadini un ruolo politico importante
- assumere la politica tutta cioè tanto la struttura economica che la sovrastuttura sociale (sia i partiti che i sindacati) come la propria controparte, sinistra compresa
- negoziare con la politica sinistra compresa le soluzioni che garantiscano la ri-contestualizzazione dell’art 32

Un processo per salvare l'art 32

Alessandro Giustini sul “patto della ragione” ci ha dato, qualche settimana fa, un contributo importante (QS 8 luglio 2024). Alla fine del suo articolo si chiede come si possa innescare un “processo” che conduca oltre le antinomie alla sottoscrizione di un eventuale “patto della ragione”.

Ha ragione lui ci vuole un “processo” cioè una successione di atti e di argomenti politici aventi come denominatore comune l'art 32

Un processo che parta dal basso quindi dalla società civile e arrivi in alto quindi alla politica ai partiti al sindacato agli esperti.

Per mettere in moto questo “processo” per prima cosa si tratta di organizzare la società civile con i comitati per l'art 32 in tutto il paese quindi in ogni regione, con un forte lavoro di coordinamento (come nel Veneto).

Per farlo crescere bisogna definire una proposta di “patto della ragione”, da presentare alla politica tutta, quindi sia al governo che all'opposizione

Per renderlo operativo si tratta di mettere in piedi un board da nominare con legge, dal governo, con il mandato esplicito di definire la compatibilità tra diritti interessi i modi e le soluzioni per ricontestualizzare l'art 32.

Conclusione

Se non sarà possibile fare un accordo della regione tra politica e società civile allora perderemo la sanità pubblica ma se accadrà ciò sappia il governo che, nei prossimi anni, dovrà fronteggiare un vasto e pericoloso conflitto sociale che sicuramente, insieme a quella bravata del regionalismo differenziato, alla sua reputazione non gioverà. Con i diritti ormai non si scherza e nessuno è disposto a tornare in dietro. Stia attenta la Meloni sulla sanità il suo governo rischia di scottarsi. Se fossi in lei la prima cosa che farei sarebbe quella di cambiare il ministro. Con quello che abbiamo si va tutti nel fosso.

Alla ripresa autunnale al direttore di Qs proporrò di riprendere, con il vostro aiuto, la discussione. Avremo la legge di bilancio e vedrete in modo inequivocabile che con il patto di stabilità firmato dal governo in sede UE e con il ministro della salute che c'è si rischia davvero di brutto.

Nel frattempo vi invito a leggere “Salviamo la sanità. Una riforma necessaria per garantire il diritto di tutti” (Castelvecchi 2024) dove in circa 150 pagine troverete le proposte che personalmente scriverei in un patto per la ragione e che se fossi io il ministro della salute proporrei al mio governo.

PS

Mentre pubblicavo la proposta di “patto della ragione” è nata Livia la mia prima nipotina che in cuor mio vi confesso ho desiderato molto e che per me senz'altro controbilancia i tanti dispiaceri che in particolar ora mi sono causati dalla sanità. Ormai sia nella vita che nella sanità sono un nonno. Ciao Livia benvenuta. Benvenuto sia il significato della speranza.

1. Norberto Bobbio *La concezione della società civile* Feltrinelli, Milano, 1976,

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=123585



Investimenti finanziari e salute

Benedetto Saraceno, *Lisbon Institute of Global Mental Health*

Una tassonomia per correlare finanza e salute rappresenterebbe molto di più che un semplice strumento di misura ma potrebbe trasformarsi in una forza trainante per mobilitare governi e popolazione generale a una più attiva difesa della agenda della salute e non permettere che tale agenda sia passivamente obbediente alla agenda economica.

Con la finalità di orientare industria e finanziatori a fare investimenti non solo sostenibili ma compatibili e proattivi allo sviluppo della salute pubblica, la Commissione Europea ha sviluppato una tassonomia, ossia un sistema classificatorio che assiste aziende e investitori a identificare e finanziare attività sostenibili dal punto di vista della tutela dell'ambiente. La tassonomia europea permette i cosiddetti "*climate focused investments*" che realizzano, almeno parzialmente, un equilibrio fra l'agenda del *business investment* e l'agenda ambientalista. L'esperimento ha dato frutti significativi perché, guidati dalla tassonomia che classifica gli investimenti da altamente compatibili con la difesa dell'ambiente a totalmente incompatibili, gli investitori hanno orientato le loro scelte verso obiettivi ambiente-compatibili. La tassonomia opera attraverso una gradazione che cerca di bilanciare le due agende (finanziaria e ambientalista) non necessariamente e ineluttabilmente incompatibili e inconciliabili.

La Organizzazione Mondiale della Salute sembra interessata all'esperimento della tassonomia europea e intende applicarlo alla salute. Il 23 novembre del 2020 il direttore generale della Organizzazione Mondiale della Salute, Tedros Ghebreyesus, aveva istituito il *Council on the Economics of Health for All* (1). Si tratta di un organismo consultivo che ha come missione principale quella di ripensare al modo in cui il valore della salute e del benessere viene misurato, prodotto e distribuito. Il *Council* dovrà formulare raccomandazioni sui modi di orientare l'economia verso obiettivi di costruzione di società sane, giuste, inclusive, eque e sostenibili. È all'interno della logica del *Council* che l'OMS oggi apre un grande dibattito sulla relazione fra investimenti finanziari e promozione/difesa della salute e dedica un intero numero del Bollettino ufficiale della OMS a questi temi (2). Nell'editoriale di apertura il direttore generale della OMS Tedros Ghebreyesus cita come esempio del valore di una armonica collaborazione fra agenda economica e agenda della salute un dato risultante dalle analisi condotte dagli economisti del *Council*: il costo del montaggio di un sistema globale di prevenzione e risposta alle pandemie sarebbe di 1 dollaro e 30 centesimi a persona contro il costo della pandemia che ha determinato una contrazione del 3,1% del prodotto nazionale lordo (GDP) del pianeta. In altre parole, la inazione in salute costa di più della azione, ossia la salute non è un costo ma un investimento. Ciò che OMS ora cerca di creare sono condizioni di dialogo e collaborazione fra investimenti finanziari e salute, nel tentativo di imitare l'esperienza relativamente positiva della Commissione Europea e della sua tassonomia concepita in relazione a finanza e ambiente. OMS ha l'ambizione di riprodurre quel modello sostituendo all'ambiente la salute. C'è da chiedersi legittimamente se tale ambizione del direttore generale di OMS, pur lodevolissima, non sia destinata all'insuccesso come molte iniziative globali che implicano un impegno diretto degli stati membri e, soprattutto del settore privato *business oriented*. Tuttavia, non c'è dubbio che la idea di una tassonomia che classifichi le attività e gli investimenti economici in base al loro maggiore o minore impatto positivo sullo stato di salute della popolazione e lo sviluppo di sistemi sanitari equi e costo effettivi, è una idea affascinante ora sostenuta anche da molti influenti economisti. Ad esempio, una azienda alimentare che riducesse la presenza di sostanze chimiche nei propri prodotti sarebbe classificata come una organizzazione impegnata positivamente nella difesa della salute, alla stessa stregua di come viene oggi classificata positivamente una compagnia che riduca le emissioni di CO₂.

Sono tuttavia ben prevedibili le diffidenze verso queste iniziative globali che cercano, come è nella natura istituzionale delle agenzie ONU, di fare quadrare il cerchio o, più esplicitamente, di creare sinergie talvolta pericolose fra agende intrinsecamente contraddittorie. E quanto siano pericolose tali sinergie lo abbiamo visto ogni volta che si è chiamata l'industria a praticare una qualsivoglia *social responsibility* (l'esempio del brutale sabotaggio della *Global Strategy on Harmful Use of Alcohol* da parte dell'industria delle bevande alcoliche è forse il più clamoroso, ma anche l'industria alimentare ha sempre mostrato una palese ostilità alle iniziative orientate al promuovere una nutrizione sana e alla limitazione degli zuccheri o dei grassi nei prodotti alimentari industriali).

Tuttavia, sarebbe miope non riconoscere che, seppure con lentezze e mediazioni a volte inaccettabili, si sono significativamente modificate le sensibilità dei governi e dunque si è sviluppata una loro maggiore capacità regolatoria nei confronti di un mercato totalmente liberalizzato e *legibus solutus*. Una tassonomia che correli investimenti industriali e salute globale nel senso di una riduzione delle più eclatanti incompatibilità, potrebbe generare nuove metriche, capaci di misurare, ad esempio, gli indici di qualità delle acque, la presenza di sostanze nocive negli alimenti industriali ma anche gli effetti di investimenti abitativi o industriali sull'accesso alle cure primarie o sul grado di raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile dell'ONU (*Sustainable Development Goals* – SDG). Come è avvenuto grazie ai movimenti ambientalisti e alle allerte per il

cambiamento climatico, alcune aziende nazionali e multinazionali hanno riorientato in senso positivo i propri investimenti, anche grazie a un misto di campagne di sensibilizzazione e di incentivi economici. La sfida lanciata dalla OMS, analogamente, dovrebbe mettere al centro delle agende dello sviluppo economico la questione della salute globale e dell'accesso alla sanità pubblica (3).

Se è vero, come ampiamente dimostrato, che i determinanti sociali sono responsabili per il 30%-55% delle condizioni di malattia (4), una forte iniziativa globale è necessaria e urgente per consentire la misurazione dell'impatto negativo o positivo sulla salute delle scelte di politica economica e industriale. Tale tassonomia dovrebbe essere approvata e adottata dagli Stati membri. Si tratterebbe, dunque, di costituire un consorzio misto costituito dalla OMS, dai governi, da esperti indipendenti e dal settore privato allo scopo di raggiungere un consenso tecnico. Una tassonomia per correlare finanza e salute rappresenterebbe molto di più che un semplice strumento di misura ma potrebbe trasformarsi in una forza trainante per mobilitare governi e popolazione generale a una più attiva difesa della agenda della salute e non permettere che tale agenda sia passivamente obbediente alla agenda economica.

Tuttavia resta irrisolta la questione controversa se la presenza del settore privato non costituirebbe una seria ipoteca sulla capacità di tale consorzio di produrre una tassonomia non solo realistica ma applicabile e applicata: un vecchio andantino anglosassone ci mette infatti in guardia dalla *"fox guarding the henhouse"* ossia dalla volpe messa a guardia del pollaio.

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/07/investimenti-finanziari-e-difesa-della-salute/>



Chi finanzia l'OMS

Benedetto Saraceno

La fondazione dei Gates è un decisore chiave della salute globale e c'è da chiedersi se la "governance" della salute globale vada consegnata a un ente privato che, per motivazioni non necessariamente malevole, ha il potere di decidere quali siano le emergenze sanitarie o le malattie che meritino maggiori investimenti.

Kelley Lee, docente di salute pubblica alla Simon Fraser University e autrice di un libro sull'OMS (1), ha affermato che l'agenzia soffre di "una cronica carenza di risorse che ostacola la sua capacità di adempiere con successo al suo mandato originario".

Negli anni '90 i 194 Stati membri hanno infatti deciso di congelare i loro contributi e, dunque, il bilancio biennale dell'OMS si assottigliato sempre di più nel corso del tempo.

Secondo Lawrence Gostin, direttore dell'O'Neill Institute for National and Global Health Law alla Georgetown University e direttore del Centro collaboratore dell'OMS per il diritto sanitario, l'agenzia sanitaria globale di Ginevra ha un budget annuale inferiore a quello di un singolo grande ospedale universitario negli Stati Uniti e a un quarto del budget del "Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie (CDC)" di Atlanta.

L'OMS riceve parte dei propri finanziamenti dagli Stati membri che pagano un contributo obbligatorio, calcolato sul PIL di ciascun Paese e concordato ogni due anni in occasione dell'Assemblea Mondiale della Sanità.

Questi contributi coprono meno del 20% del bilancio totale dell'OMS. Ed è a causa del congelamento di una parte del suo bilancio, che l'OMS ha fatto sempre più affidamento sui contributi volontari, la cui quota è passata da circa un quarto del bilancio totale negli anni '70 all'attuale 80%.

Ciò significa che oltre l'80% dei finanziamenti dell'OMS si basa su "contributi volontari", ovvero qualsiasi somma di denaro donata liberamente dai donatori, siano essi Stati membri, ONG, organizzazioni filantropiche o altri enti privati.

Questi contributi volontari sono in genere destinati a progetti o malattie specifiche, il che significa che l'OMS non può decidere liberamente come utilizzarli. Dunque, l'OMS ha il pieno controllo solo su circa un quarto del suo budget. C'è dunque da chiedersi quale sia il grado di autonomia e indipendenza che l'organizzazione ha nello stabilire l'agenda della salute globale e formulare il ranking delle priorità che risulta, invece, fortemente influenzato dai donatori più ricchi, siano essi Stati Membri oppure fondazioni private.

La Fondazione Bill & Melinda Gates insieme ad altri filantropi privati è divenuta il secondo maggior donatore della OMS rendendo la organizzazione non solo dipendente nelle proprie scelte strategiche ma soprattutto dipendente nella sua stessa possibilità di sopravvivere. E fra questi donatori filantropi, la Bill & Melinda Gates costituisce certamente il maggior contribuente in quanto rappresenta l'88% dell'importo totale donato dalle fondazioni filantropiche private, seguita da Bloomberg Foundation, Wellcome Trust e Rockefeller Foundation. Giulia Carbonaro, una brillante reporter di Newsweek basata a Londra, nel suo documentatissimo articolo pubblicato da Euronews (2) non solo fornisce questi importantissimi dati ma mostra come gli Stati Uniti nel 2018-2019 siano stati il primo donatore con 893 milioni di dollari e la Bill & Melinda Gates il secondo con 531 milioni di dollari. **In buona sostanza questo significa che gli Stati Uniti hanno un controllo decisivo sulle finanze della OMS.**

Come si è già precedentemente ricordato questi contributi volontari sono destinati a programmi specifici identificati dal donatore e spesso devono essere utilizzati in paesi specifici, ancora indicati dal donatore. Come dire che sono i donatori che decidono per cosa spendere e dove spendere: l'eradicazione della polio, ad esempio, è stata a lungo il programma meglio finanziato dell'OMS, soprattutto perché gran parte dei contributi della Fondazione Gates sono stati indirizzati a questa malattia. **Ma la concentrazione su malattie specifiche lascia l'OMS praticamente a mendicare finanziamenti per altre malattie** che non interessano i donatori e per progetti di sanità pubblica come, ad esempio, la copertura sanitaria universale o la medicina di base. In altre parole i donatori seguono una logica verticale finanziando interventi su singole malattie e ignorano la logica di sanità pubblica che si concentra orizzontalmente su aspetti sistemici.

La fondazione dei Gates è dunque oggi un decisore chiave della salute globale e, malgrado le intenzioni lodevoli dei due filantropi, c'è da chiedersi se la "governance" della salute globale vada consegnata a un ente privato che, per motivazioni non necessariamente malevole, ha il potere di decidere quali siano le emergenze sanitarie o le malattie che meritino maggiori investimenti. Il risultato è che abbiamo i settori delle malattie non trasmissibili (tumori, malattie cardiovascolari e respiratorie, diabete e malattie mentali) decisamente sotto finanziati e, conseguentemente, **campagne importantissime quali quelle sull'uso nocivo dell'alcol o sulla influenza dell'industria alimentare sulla dieta malsana che restano le Cenerentole della salute globale pubblica.**

Tuttavia, la questione non è tanto di dare la croce addosso alle fondazioni filantropiche e alla loro indebita influenza sulle scelte della OMS ma piuttosto quella della latitanza dei governi nel garantire finanziamenti adeguati alla organizzazione. Secondo Lawrence Gostin i problemi di finanziamento dell'OMS potrebbero essere risolti semplicemente aumentando le quote obbligatorie.

In un contesto sempre più globalizzato anche la salute diviene un fattore di politica globale, e basti pensare alla risposta frammentata alla pandemia del Covid 19 e alla tuttora irrisolta questione del costo dei vaccini e dei loro brevetti. È dunque necessaria una governance globale per cui la OMS possa in piena autonomia e secondo logiche dettate dalla sanità pubblica e dalla epidemiologia prendere decisioni globali, fare scelte di investimento, dare voce ai paesi più poveri e alle condizioni

patologiche più orfane. A questo proposito il dibattito durante la assemblea generale della OMS del maggio 2024 per l'approvazione del "trattato pandemico" è un indicatore significativo delle tensioni intorno alla governance globale della salute pubblica in contrapposizione alla miope sovranità nazionale. Vi è certamente un progressivo inquinamento del discorso e dell'azione della Salute Globale dovuto alla crescente influenza di logiche economiche e di interessi commerciali (3).

Tale stato di cose impone un serio dibattito su questioni che non sono solo etiche ma anche politiche e tecniche, questioni che richiedono chiare scelte di campo e una intensa attività di Diplomazia della Salute. Si tratta infatti di costruire quel dialogo fra "agenda economica" (spesso inevitabile) e la "agenda di salute pubblica". La cosiddetta "Health Diplomacy" consiste in quella concertazione fra spinte economiche talvolta promosse dagli stessi paesi poveri (si pensi a economie basate magari esclusivamente sulla produzione di sostanze nocive per la salute: a Cuba lo zucchero, il tabacco e l'alcol, ad esempio) e spinte verso il miglioramento della salute pubblica. Tali contraddizioni sono in parte multinazionali ma spesso anche spesso semplicemente interne ad un paese. Tale dialogo è necessario ed urgente.

Nei prossimi dieci anni i governi e le istituzioni internazionali pubbliche e private dovranno confrontarsi su questioni divenute ineludibili (4):

1. **Quale equilibrio fra interventi nel campo della salute attraverso organismi multilaterali (le agenzie delle Nazioni Unite) e organismi bilaterali (le agenzie della cooperazione internazionale dei singoli governi)?** Alla indubitabile burocrazia, inefficienza e alti costi delle Nazioni Unite si contrappone la maggiore efficienza e efficacia della relazione bilaterale fra paesi donatori e paesi recipienti. Ma non c'è dubbio che l'intervento multilaterale non promuove interessi alieni alla salute mentre quello bilaterale è spesso parte di una logica criptocoloniale e di *do-ut-des* che diminuisce la sovranità del paese recipiente.
2. **Quale equilibrio fra interventi promossi dalla filantropia privata (Bill e Melinda Gates Foundation, Bloomberg e molti altri) e interventi finanziati dai governi, ossia di natura pubblica?** Al maggiore costo-efficacia degli interventi privati bisogna tuttavia contrapporre la maggiore trasparenza degli interventi pubblici che non celano interessi alieni alla salute pubblica. Inoltre, la identificazione delle priorità globali della salute non può essere lasciata nelle mani di un ristretto gruppo di ricchissimi filantropi che si pagano i loro tecnici e i loro consiglieri strategici.
3. **Quanto è reale la nozione di Globale?** Le strategie della salute globale sono il più delle volte pensate, concepite, organizzate e programmate da centri di ricerca e da esperti esclusivamente occidentali. L'argomento spesso utilizzato per giustificare tale stato di cose è che la qualità tecnica è superiore negli ambienti di ricerca occidentali ma tale argomento non contempla il rischio della ignoranza dei bisogni e delle realtà sociali e culturali dei paesi a medio e basso reddito che non sono mai rappresentati nei comitati di esperti e nelle scelte strategiche. **È necessario trovare un equilibrio fra l'eccesso di "globale" e l'eccesso di "locale" nelle strategie e negli interventi di salute globale.** Se la influenza del globale può costituire un vantaggio dal punto di vista dell'impatto politico, la assenza del locale rende gli interventi astratti e privi di radicamento nelle realtà locali. Di converso, l'esclusiva logica locale degli interventi, anche se garantisce un maggior radicamento nella realtà, spesso è priva di capacità politica e di possibilità di generalizzazione su larga scala. In altre parole, pensatori che non operano e operatori che non pensano sono parimenti fonte di fallimenti. La stretta collaborazione fra globale/politico e locale/tecnico è indispensabile.

Tuttavia, dobbiamo essere consapevoli che i crescenti venti di sovranismo e nazionalismo indeboliscono l'idea di una comunità globale solidale e indipendente per rafforzare invece isolazionismo e egoismo sanitario. Il risultato è, come sempre, quello dell'impoverimento sanitario dei più poveri e dell'arricchimento dei più ricchi: democrazia è anche salute per tutti.

Bibliografia

1. Lee K. *The World Health Organization*. Abingdon, 2008
2. Carbonaro G. How is the World Health Organization funded, and why does it rely so much on Bill Gates? 03/02/2023.
3. Saraceno B. (2021). La sconfitta delle strategie globali. *Salute Internazionale*. 14 luglio.
4. Tribunale Permanente dei Popoli. (a cura di Fraudatario S, Tognoni G). *Diritti dei popoli e disuguaglianze globali*. I 40 anni del Tribunale Permanente dei Popoli. Altreconomia Editore. Milano, 2020

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/07/chi-finanzia-loms/>



Inclusiva, orientata alla ricerca, accessibile. Ecco la sanità pubblica che vogliono i giovani italiani

Fiducia nel SSN, che deve però diventare più accessibile, superando differenze socioeconomiche, geografiche ed etniche. E poi due priorità su tutte; investimenti in ricerca scientifica e maggiori risorse economiche. È questa la “foto” della sanità scattata dai giovani italiani (18-30 anni) che hanno partecipato all’indagine “Giovani e sanità: il futuro che vogliamo”, promossa da Novartis e condotta da AstraRicerche

Marco Landucci

Il **Servizio Sanitario Nazionale** riscuote la fiducia del **41% degli italiani tra i 18 e i 30 anni**. Una percentuale consistente di giovani, dunque, si dichiara convinta che, in caso di malattia o necessità mediche, il SSN possa offrire loro le migliori cure disponibili e le più avanzate innovazioni scientifiche.

Ma gli under 30 accendono i riflettori anche su altri aspetti che riguardano il mondo della sanità. Il primo focus è sul **superamento delle differenze**, a partire da quelle **socioeconomiche** (reddito, stato economico, professione) ritenute da 7 giovani italiani su 10 (69,6%) la causa principale di **disuguaglianze nell’accesso alla sanità**. Il 45,9% dei giovani mette in evidenza le **differenze geografiche** nella qualità dell’erogazione dei servizi sanitari disponibili, mentre il 30,4% ritiene in questo senso rilevanti le **differenze etniche**; si guarda anche con grande attenzione alle **differenze intergenerazionali** (25,3%) e di **genere** (24,2%).

Sono questi i dati che emergono con maggiore evidenza dall’indagine “*Giovani e sanità: il futuro che vogliamo*”, promossa da Novartis nell’ambito del percorso intrapreso al fianco di tutti gli attori del Sistema Paese per re-immaginare la sanità del futuro. In primo piano l’ascolto delle nuove generazioni, avviato con 6 tavoli di lavoro con oltre 40 under 35 e un successivo Board di ascolto con diversi interlocutori sanitari, per identificare la visione e le aspettative dei giovani verso la sanità del futuro.

“In Novartis siamo convinti che, per migliorare concretamente la vita delle persone, l’innovazione debba essere sostenuta da un impegno collettivo, volto a garantire un accesso equo e tempestivo alla cura, affinché l’innovazione sia effettivamente disponibile per chi ne ha bisogno. – commenta **Valentino Confalone, Country President Novartis Italia** – Per questo lavoriamo al fianco delle istituzioni, della comunità medica e dei pazienti, su diversi fronti di azione, per favorire l’evoluzione della sanità verso nuovi modelli in grado di affrontare le sfide che ci attendono. A questo si aggiunge l’ascolto e il dialogo aperto con le nuove generazioni che rappresentano un punto di partenza fondamentale per reimmaginare il futuro della sanità”.

Le priorità per gli under 30

Investimenti in ricerca scientifica (26,8%) e **maggiori risorse economiche** (19,1%) sono le priorità, secondo i giovani intervistati, per affrontare le sfide sanitarie del futuro. Una lista in parte diversa da quella degli “over

30”, che mettono al primo posto la necessità di nuove assunzioni di medici e infermieri (25,5% “over 30” vs. 13,9% degli “under 30”).

Le differenze socioeconomiche rappresentano per la metà dei giovani (55,7%) la grande priorità su cui concentrare interventi volti a garantire una sanità equa e accessibile per tutti. Rispetto alle generazioni precedenti, il divario tra giovani e meno giovani sale a 10 punti percentuali per quanto riguarda la priorità attribuita alle differenze etniche come fattore prioritario su cui intervenire per garantire una sanità equa (13,9% “under 30” vs. 3,7% “over 30”).

“I giovani si mostrano più sensibili delle generazioni precedenti per quanto riguarda le disuguaglianze generate a livello sanitario dalle differenze etniche e di genere – sottolinea **Cosimo Finzi, direttore AstraRicerche, che ha condotto il sondaggio** – Un divario che emerge anche in altri ambiti, dove i giovani si mostrano in generale più ottimisti rispetto agli “over 30”. Ad esempio, se interrogati sulla accessibilità per i cittadini dei servizi del SSN, il 37,6% dei giovani “under 30” ritiene che i servizi del SSN siano fisicamente vicini e accessibili ai cittadini. La maggioranza degli “over 30” si esprime invece in termini meno positivi, con solo il 30,3% che dà una valutazione positiva e ben il 34,5% che ritiene i servizi poco o per niente accessibili”.

Maggiore attenzione alla salute

Circa 8 giovani italiani su 10 si dichiarano consapevoli dell'importanza della **prevenzione** (76,8%) e quasi 6 su 10 affermano di sottoporsi a visite ed esami a scopo preventivo ogni uno o due anni (58,2%). La **prevenzione oncologica** è al primo posto per rilevanza attribuita (74,7%), ma i giovani attribuiscono più importanza rispetto alle generazioni precedenti alla prevenzione per la **salute mentale** (45,9% vs 30,3%) e delle **malattie infettive** (43,3% vs 28,8)

Per quanto riguarda le informazioni sulla salute, i **medici** – MMG e specialisti – rimangono la principale fonte per tutte le fasce d'età (80,8% “over 30” e 75,8% “under 30”), ma tra i 18 e i 30 anni sono sempre di più coloro che si rivolgono al “**dottor Web**”, con il 37,1% degli “under 30” intervistati (vs. il 24,2% degli “over 30”) che dichiara di utilizzare **siti web di informazione o social media**, mentre il 9,8% usa servizi online di tele-consulto e tele-visita (vs. il 6,2% degli “over 30”).

“Partner per il futuro”

Dopo i tavoli di lavoro e un Board di ascolto e confronto con alcuni interlocutori del Sistema Salute, “Partner per il Futuro” di Novartis continuerà con un percorso di lavoro con le istituzioni che sfocerà nella definizione di linee d'azione concrete per intervenire sulle tematiche chiave emerse dai tavoli di lavoro e confermate dall'indagine, quali la prevenzione e l'accesso all'innovazione, con l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze sanitarie. Il progetto “Partner per il Futuro” fa da sfondo al piano di investimenti in Italia di circa 350 milioni di euro entro il 2025, con progetti che puntano a valorizzare la qualità e l'attrattività del Sistema Salute italiano a livello europeo e globale.

<https://www.sanitainformazione.it/salute/inclusiva-orientata-alla-ricerca-accessibile-ecco-la-sanita-la-sanita-pubblica-che-vogliono-giovani-italiani>

Finanziamento Ssn. Corte dei conti: “Nel 2028 spesa sanitaria out of pocket sopra i 47 miliardi”

"Nel periodo 2021-2023 la spesa privata a valori correnti è passata da circa 41 a 43 miliardi di euro. L'incidenza della spesa privata sul Pil nel 2023, dopo aver registrato una lieve flessione nel 2020 all'inizio della pandemia da Covid, è tornata sui valori del 2019 (2,1 per cento)". Ma è destinata a salire fino a 47,3 miliardi nel 2028. "La distribuzione della spesa privata appare accentuare le differenze già percepibili nei livelli di consumo delle famiglie".

19 LUG -

La spesa sanitaria out of pocket, quella sostenuta di tasca propria dalle famiglie italiane è destinata a salire fino a raggiungere i 47,3 miliardi, ossia il 2% del Pil, nel 2028. A spiegarlo è stata la Corte dei Conti audita sulla proposta di legge relativa a “Disposizioni concernenti il finanziamento, l'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario nazionale nonché delega al Governo per il riordino delle agevolazioni fiscali relative all'assistenza sanitaria complementare”, in corso di esame nella commissione Affari Sociali della Camera.

La necessità di valutare un incremento delle risorse da destinare alla assistenza sanitaria pubblica, spiega la Corte dei Conti, deriva anche dall'esame della spesa sanitaria privata. "Nel periodo 2021-2023 la spesa privata a valori correnti è passata da circa 41 a 43 miliardi di euro. L'incidenza della spesa privata sul Pil nel 2023, dopo aver registrato una lieve flessione nel 2020 all'inizio della pandemia da Covid, è tornata sui valori del 2019 (2,1 per cento). La distribuzione della spesa privata appare accentuare le differenze già percepibili nei livelli di consumo delle famiglie.

Se, infatti, dai dati Istat relativi al 2022 si evidenzia una distribuzione della spesa privata diseguale in base al reddito (in media il totale della spesa privata del 20 per cento della popolazione con spese totali per consumi più elevate, euro 55.511, e quindi più abbienti, è pari a 3,5 volte quello del venti per cento che ha i livelli più bassi di spesa, euro 15.966), tale differenza cresce considerevolmente guardando ai soli consumi sanitari: 2.430 contro 510 euro, 4,7 volte quindi gli importi riconducibili alle classi di reddito più contenute. Un risultato che ben rappresenta la differente possibilità di trovare risposte privatistiche sul fronte della assistenza alla salute".

La proposta di legge, per superare la sperequazione esistente nel territorio nazionale nell'ambito della ripartizione del Fondo sanitario nazionale, prevede si tenga conto anche dei fattori ambientali, socioeconomici e culturali e di un peso non inferiore al 50% a valere sull'intera quota capitaria per l'indice di deprivazione economica individuato annualmente dall'Istituto nazionale di statistica, tenendo conto delle carenze strutturali, delle condizioni geomorfologiche e demografiche presenti nelle regioni o nelle aree territoriali che incidono sui costi delle prestazioni.

"La proposta di usare l'indice di deprivazione insieme ad altri parametri ambientali, socioeconomici e culturali, appare coerente con la letteratura e le evidenze disponibili a livello internazionale, che indicano come la spesa sanitaria sia influenzata anche da variabili relative alle condizioni socioeconomiche e come anche le carenze strutturali, le condizioni geomorfologiche e demografiche che incidono sui costi vadano considerati nella determinazione dei fabbisogni. Peraltro, i criteri di riparto, storicamente complessi, sono stati rivisti e applicati dei nuovi criteri che, seppur per una quota limitata, tengono conto della deprivazione", spiega la Corte.

Più in generale si spiega poi come da un punto di vista metodologico, "sembra opportuno rilevare come paesi o regioni autonome che basano l'allocazione delle risorse su formule capitarie trasparenti e i cui criteri e risultati in termini di allocazione delle risorse sono resi pubblici anche sul web, come, ad esempio, il Regno Unito, non attribuiscono pesi a priori alle variabili su cui si basa il riparto come qui si propone. I pesi sono usualmente stimati sulla base di calcoli che tengono conto di tutti le potenziali determinanti della spesa e sulla base dei dati raccolti nel tempo, tenendo conto del contributo relativo che ogni variabile fornisce a spiegare l'andamento osservato della spesa. Questo anche perché le formule di allocazione non dovrebbero contenere dati troppo prevedibili e/o potenzialmente manipolabili dai destinatari delle risorse, né dovrebbero rappresentare un incentivo al permanere di situazioni di inefficienza".

Sulla revisione dei Lea: "Non si può non osservare, inoltre, che dopo anni di sperimentazione di un nuovo sistema¹⁹ condiviso con le regioni, che attualmente ha raggiunto una notevole complessità, includendo

ora ben 88 indicatori, non è chiaro il motivo per cui questo debba essere messo in discussione nuovamente".

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=123570



<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1721383335.pdf>

XIV Premio Andrea Alesini per le Buone pratiche in Sanità,

57 i progetti concorrenti al **XIV Premio Andrea Alesini per le Buone pratiche in Sanità**, promosso da **Cittadinanzattiva** e dedicato in questa edizione agli ambiti dell'innovazione digitale e del welfare culturale come strumenti per promuovere l'umanizzazione delle cure. La cerimonia di premiazione si è svolta oggi a Roma, presso la Fondazione Enpam, alla presenza della giuria e dei **quattro soggetti vincitori** e dei **tre menzionati**.

Per l'area **innovazione digitale**, la giuria ha selezionato il **progetto StomyCraft** della Federazione Associazioni Incontinenti e Stomizzati che ha puntato sulla gamification come strumento per migliorare l'autogestione del paziente pediatrico, e il **progetto Tobia** della Azienda ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma, che mette la teleconsulenza al servizio di pazienti con grave disabilità intellettiva e con autismo.

Per l'ambito **welfare culturale** sono stati selezionati il **progetto Spes** – a cura di Asl Torino, Cultural Welfare Center, Società psichiatria, Social Community Theatre Centre – che prevede un percorso di formazione per insegnanti finalizzato a prevenire e identificare precocemente adolescenti a rischio suicidario, e il **progetto HelloPet!** della Azienda sanitaria di Biella, che punta sulla pet therapy come strumento per migliorare la salute psicofisica dei pazienti costretti a lunghe degenze in ospedale, in particolare bambini e persone con malattie in fase terminale. I progetti menzionati sono tre: servizi di elettroencefalogramma a domicilio per pazienti fragili ed anziani (presidi ospedalieri di Ravenna, Faenza e Lugo); una app per migliorare l'aderenza terapeutica, in particolare per l'assunzione dei farmaci, nei pazienti con artrite reumatoide (Coordinamento Malattie Rare Piemonte e Valle d'Aosta); la realizzazione di una cartella clinica elettronica per i pazienti in riabilitazione, particolarmente innovativa perché incentrata sull'analisi dei bisogni individuali e sulla valorizzazione del lavoro di equipe medica (Lega del Filo d'oro).

"Il Premio Alesini è da anni per noi il premio alla sanità che funziona perché mette al centro del sistema le donne e gli uomini, restituendo ai servizi sanitari quella dimensione umana che per natura dovrebbe contraddistinguerli, come ricordava Andrea Alesini, il medico al quale il Premio stesso è dedicato" dichiara **Anna Lisa Mandorino, Segretaria generale di Cittadinanzattiva**. *"La sfida, che da oggi ci impegniamo a portare avanti, è costruire una Rete della buona sanità, fatta di innovazione tecnologica e digitale, di strumenti culturali e di sistema che siano a supporto di servizi sanitari a misura di cittadino e attenti ai loro bisogni di cura ed umanità. E vogliamo farlo insieme ai cittadini e alle associazioni civiche e di pazienti e a tutti i professionisti e alle aziende sanitarie qui presenti e premiati, che ancora una volta mostrano un forte attaccamento al Servizio Sanitario Nazionale, nonostante le difficoltà e le carenze oggettive con le quali facciamo i conti da tempo"*. Il Premio Alesini è promosso da Cittadinanzattiva con il contributo non condizionante di Farmindustria, come già in altre edizioni. L'elenco e la descrizione completa delle esperienze pervenute sono disponibili al [questo link](#).

Di seguito un dettaglio dei quattro progetti vincitori

AREA INNOVAZIONE DIGITALE IN SANITÀ

Progetto: STOMYCRAFT FAIS – Federazione Associazioni Incontinenti e Stomizzati

StomyCraft è un progetto innovativo che utilizza *Minecraft* come piattaforma educativa per migliorare la gestione delle stomie nei pazienti pediatrici. Attraverso l'uso di tecniche di gamification, il progetto simula la gestione del presidio sanitario e promuove una corretta alimentazione. StomyCraft affronta la carenza di risorse educative per questa condizione, creando un ambiente virtuale coinvolgente che insegna pratiche di autogestione, migliorando il

benessere psicofisico dei pazienti. La natura digitale del progetto facilita inoltre la comunicazione tra pazienti, caregiver e operatori sanitari ed ha portato ad un incremento dell'accettazione della condizione da parte dei pazienti, al potenziamento dell'empowerment e della gestione autonoma della stomia, alla riduzione della necessità di accesso alle strutture sanitarie.

Progetto: SERVIZIO TOBIA - Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

Il Servizio TOBIA (Team Operativo per i Bisogni Individuali Assistenziali), avviato nel 2019, include una formazione specifica per il personale ospedaliero e utilizza la teleconsulenza per migliorare e ridurre la necessità di viaggi verso l'ospedale dei pazienti disabili a cui vengono erogate nella stessa giornata le cure di cui hanno bisogno, utilizzando lo schema 3A: Accoglienza - si basa sulle informazioni ricevute dai caregiver che forniscono un quadro di riferimento del grado di collaborazione e di complessità del paziente; Ascolto - è svolto attraverso il telefono e gli approfondimenti documentali, utili alla preventiva valutazione clinica, sono inviati dai familiari per email al Servizio. In seguito, si organizza un appuntamento in ospedale; Accompagnamento nel percorso interno ospedaliero - tutti i pazienti sono attesi all'ingresso del padiglione ospedaliero e accompagnati da un membro del Team Tobia che assiste alla visita o all'esame, fornendo supporto per i bisogni espressi dal disabile e dai caregiver. L'erogazione del servizio è diventata trasversale in tutte le aree dell'Azienda Ospedaliera San Camillo e ad oggi viene erogata anche in altre 3 aziende sanitarie del Lazio: ASL Rieti, PTV, Azienda Ospedale San Giovanni Addolorata, Azienda Ospedaliera Sant'Andrea.

AREA WELFARE CULTURALE

Progetto: SPES - SOSTENERE E PREVENIRE ESPERIENZE DI SUICIDALITÀ - Piemonte, Social Community Theatre Centre, Cultural Welfare Centre, Dipartimento Materno Infantile dell'ASL Città di Torino, Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile - sezione piemontese.

Il progetto SPES nasce per dare una risposta alla crescente fragilità di salute mentale degli adolescenti, accentuata dalla pandemia di COVID-19, ed in particolare all'aumento in questa fascia di età della suicidalità (ideazione suicidaria e tentativi di suicidio). È stato creato un format di formazione diretto ad insegnanti (e indirettamente ai ragazzi) che ha consentito loro di acquisire maggiori competenze, sia in termini di conoscenze sanitarie di base sia in termini di "soft skills", al fine di identificare precocemente adolescenti a rischio suicidario, attraverso l'uso della metodologia teatrale.

Il progetto ha voluto promuovere il dialogo tra mondo della cura, della scuola e della cultura nell'ottica di una intersectorialità che contrasti disuguaglianze e supporti il benessere della popolazione. Sono state effettuate 5 repliche dello spettacolo teatrale in Piemonte e Valle d'Aosta e sono stati realizzati 5 workshop teatrali. È stato inoltre condotto uno studio scientifico su 191 docenti, che ha messo in luce come la formazione abbia notevolmente migliorato la capacità degli insegnanti coinvolti di riconoscere i segnali di disagio tra gli studenti.

Progetto: HELLOPET! - Azienda Sanitaria di Biella

Ideato da due infermieri, il progetto permette incontri tra i pazienti e i loro animali d'affezione per migliorare la qualità dell'assistenza, ridurre lo stress dell'ospedalizzazione e superare l'isolamento emotivo, soprattutto nel fine vita, per pazienti pediatriche e coloro che sono in degenza da più di 15 giorni. L'idea dei due infermieri è nata nel 2019 quando un signore ancora giovane era ricoverato con una diagnosi che non lasciava scampo. Il suo ultimo desiderio era quello di poter riabbracciare un'ultima volta il suo adorato cane ma nonostante gli sforzi non è stato possibile. Da quel momento è iniziata, in concreto, la sfida per riuscire a realizzare il progetto.

Gli incontri avvengono in spazi sicuri e privati dell'ospedale, ai quali i pazienti accedono in sedia a rotelle o letto, contribuendo al loro benessere psico-fisico.

HEALTHDESK

La guerra torna a far paura ai ragazzi italiani

Indagine sugli adolescenti. Fragili, impauriti, si sentono al sicuro solo nel mondo circoscritto a familiari e amici. Intanto, i social cambiano le abitudini sessuali e li espongono a nuovi rischi

Dopo quasi un secolo la guerra è tornata a popolare gli incubi degli adolescenti italiani. Per quasi due su tre è un pensiero ricorrente. È forse questo il dato più forte che emerge dall'annuale Indagine nazionale sugli stili di vita degli adolescenti che vivono in Italia realizzata dal Laboratorio Adolescenza e Istituto di ricerca IARD. «È probabilmente la prima volta, dal dopoguerra ad oggi che una generazione di adolescenti teme realmente (fondato o meno che sia questo timore) la possibilità di una guerra che ci coinvolga direttamente come Italia e come Europa. Un pensiero, o un "incubo", che ha il 63% degli adolescenti intervistati e la percentuale, passando dai più piccoli ai più grandi, sale ulteriormente al 67%», dice il presidente del Laboratorio Adolescenza Maurizio Tucci. «Impossibile che questa sorta di spada di Damocle che pensano di avere sulla testa non condizioni anche tutto il resto».

L'indagine, che ha coinvolto 3.427 studenti tra i 13 e i 19 anni, in effetti lo conferma. Il 68,7% (e 85,0% delle ragazze) si sente (spesso o qualche volta) triste senza riuscire ad attribuire questa tristezza ad una causa specifica e con l'età il fenomeno aumenta. Il 39% (49% delle ragazze) afferma anche che questi momenti di tristezza immotivati sono aumentati rispetto al recente passato.

Ciò ha conseguenze su diversi aspetti della vita. Il sonno, per esempio. Il 60% delle ragazze e il 45% dei ragazzi fa frequentemente fatica ad addormentarsi. Se la più frequente causa per cui gli adolescenti dicono di non riuscire ad addormentarsi è la scuola, sono in crescita le motivazioni legate non a cause specifiche, come il "nervosismo" e la tristezza.

Resta critico il rapporto con l'alcol, soprattutto per il bere "da sballo". Tra i non astemi, il 75% si è ubriacato almeno una volta, il 32% dei quali più di tre volte. Preoccupa soprattutto la scarsa percezione dei rischi connessi all'alcol. La gran parte degli adolescenti ritiene infatti che bere alcol faccia molto meno male alla salute che fumare sigarette o di una vita stressante.

In costante evoluzione è il rapporto con i social network.

Instagram e Tik Tok sono in testa, mentre è pressoché scomparso Facebook. È in crescita, invece, OnlyFans, frequentato dal 10% delle ragazze e dal 20% dei maschi. A preoccupare il fatto che, potenzialmente, su questo social è possibile postare e vedere (a pagamento) contenuti ad esplicito riferimento sessuale (al quale, peraltro, i minorenni non potrebbero accedere). «Se il ruolo dei maschi è prevalentemente quello di "voyeur", quello delle ragazze è verosimilmente quello di protagoniste attive», scrivono gli autori dell'indagine.

Tra i generi di siti maggiormente frequentati si contendono la vetta i siti che parlano di salute (56,3% femmine e 43,7% maschi) e i siti porno (42,8% femmine e 64,3% i maschi).

Tra i dati emersi dall'indagine il nuovo ruolo dei social nella vita sessuale dei ragazzi. Il 15% delle ragazze e il 10% dei maschi ammette di aver postato sui propri profili social, almeno una volta, proprie foto o video dal contenuto sessualmente provocante. E la percentuale, se ci spostiamo nella fascia 17-19 anni, arriva al 18%. Ancora più frequente l'invio di foto intime al proprio partner: a farlo è il 55% delle ragazze e il 52% dei maschi, ma se si arriva alla fascia di età più alta, rispetto al campione considerato, la percentuale è del 75% (tra le ragazze supera l'80%).

Un fenomeno, quest'ultimo, che è qualcosa di più complesso di una semplice cattiva abitudine.

«Condividere immagini o momenti intimi attraverso la rete ha un nome ben preciso, sexting, ed è espressione di come anche la sessualità si sia trasformata con l'utilizzo delle nuove tecnologie. Vale per gli adulti e, dobbiamo farcene una ragione, vale anche per gli adolescenti», dice Loredana Petrone, psicologa e sessuologa dell'Università di Roma.

«Dobbiamo accettare l'idea che gli adolescenti hanno diritto alla sessualità; e dobbiamo renderci conto che la rete oggi – per gli adolescenti come per gli adulti – è un “luogo” (non deve essere il solo) dove questa sessualità si esprime», aggiunge. «Solo facendo così avremo la serenità di parlare con gli adolescenti di queste cose e cercare di evitare che si imbattano nel revenge porn o nella sextortion (estorsione sessuale) che rappresentano – questi, sì – dei rischi gravissimi».

A proposito della sessualità dei ragazzi, l'indagine ha rilevato che il 3,6% dichiara di non identificarsi nel genere femminile o maschile. «Non dobbiamo commettere di ignorare il fenomeno o cercare ipocritamente di occultarlo, perché sarebbe una imperdonabile disattenzione», commenta Piernicola Garofalo, endocrinologo, già presidente della Società italiana di medicina dell'adolescenza.

L'indagine rileva inoltre segnali di sfiducia dei ragazzi verso le figure di riferimento della società. Poco più del 50% si fida delle forze dell'ordine, il 48% degli insegnanti, il 29% dei sacerdoti, il 25% dei giornalisti, il 10% degli influencer, il 20% classe politica. Unici soggetti di cui gli adolescenti si fidano in pieno sono i genitori (si fida di loro il 90%) e gli amici (86%).

Una buona notizia, quest'ultima. Ma non troppo.

«Fidarsi, e quindi sentirsi al sicuro solo nel mondo circoscritto a familiari e amici è inequivocabilmente un segno di disagio ad affrontare il mondo esterno», afferma Maurizio Tucci. «Ma ritirarsi nel guscio come le tartarughe quando hanno paura a sedici anni, quando il desiderio dovrebbe essere quello di esplorare, e possibilmente conquistare il mondo, è una sorta di preoccupante contraddizione in termini sulla quale dovremmo riflettere».

<https://www.healthdesk.it/scenari/guerra-torna-far-paura-ragazzi-italiani>



Gentilissima, Gentilissimo,

Con "**Umanità della Diversità**", vogliamo ridefinire l'ecosistema delle Malattie Rare attraverso un approccio profondamente umano e innovativo.

Il Forum Salute | Leopolda 2024, con il tema "**La chiameremo Umanità**", si propone di elevare l'approccio alle malattie rare a paradigma per l'intera sanità, sviluppando il concetto di "Umanità della Diversità" e **riconoscendo alla diversità un valore trasformativo**.

Al Forum organizzeremo un dibattito nazionale da cui emergeranno approcci, strumenti e soluzioni innovative per **trasformare l'ecosistema delle malattie rare**.

Questo confronto si inserisce nella più ampia visione di "Umanità", che mira a ridefinire la sanità in modo olistico, ponendo al centro il benessere completo dell'individuo e della collettività.

Attraverso questo dibattito, esploreremo come integrare le tecnologie avanzate e l'intelligenza artificiale nel campo delle malattie rare, mantenendo sempre l'elemento umano al centro dell'assistenza sanitaria.

La collaborazione attiva tra tutti i soggetti dell'ecosistema, comprese le associazioni dei pazienti, le istituzioni, i professionisti socio-sanitari, il sistema sanitario, le imprese del settore, le reti delle malattie rare e i media, sarà fondamentale per sviluppare approcci, strumenti e soluzioni innovative che possano trasformare radicalmente l'ecosistema delle malattie rare.

L'obiettivo è sviluppare soluzioni che non solo migliorino la diagnosi e il trattamento, ma che promuovano anche un approccio più empatico e inclusivo, valorizzando la diversità come risorsa preziosa per l'intero sistema sanitario.

In preparazione a questo evento, che si terrà a Firenze il 12 e 13 novembre 2024, La invitiamo a partecipare alla nostra iniziativa di coinvolgimento collettivo, condividendo le Sue riflessioni sui seguenti temi, nonché su altri che Lei reputi importanti:

1. Come possiamo integrare le tecnologie avanzate (IA, IoT, telemedicina) nella cura delle malattie rare, mantenendo al centro l'elemento umano?
2. Quali strategie possiamo adottare per promuovere un'assistenza più empatica nell'era digitale, specialmente per i pazienti con malattie rare?
3. In che modo l'Intelligenza Artificiale può essere utilizzata per migliorare la diagnosi precoce e il trattamento delle malattie rare?
4. Come possiamo ripensare l'organizzazione sanitaria per valorizzare la diversità e l'unicità di ogni paziente con malattia rara?
5. Quali innovazioni nella formazione del personale sanitario potrebbero migliorare la comprensione e la gestione delle malattie rare?
6. Come possiamo sfruttare la tecnologia per creare reti di supporto più efficaci per pazienti e famiglie colpite da malattie rare?
7. Quali misure potrebbero favorire una maggiore inclusione sociale e lavorativa delle persone con malattie rare?
8. Come possiamo utilizzare i big data e l'analisi avanzata per accelerare la ricerca sulle malattie rare, rispettando al contempo la privacy dei pazienti?

Il Suo contributo sarà utile per stimolare un dibattito costruttivo su come l'innovazione tecnologica e l'empatia umana possano convergere per creare un sistema sanitario più inclusivo ed efficace, specialmente nell'ambito delle malattie rare.

Per condividere le Sue idee, La preghiamo di compilare il FORM disponibile [QUI].

Attendiamo con interesse le Sue riflessioni.

Forum della Leopolda 2024 - "La chiameremo Umanità"Gentilissima, Gentilissimo,

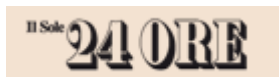
<https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox/FMfcgzQVxlNtTfnbgJWfQspMggdNNqit>

IX RAPPORTO

SULLA SANITÀ PUBBLICA, PRIVATA E INTERMEDIATA

**ANNUALITÀ
2019-2020**

<https://www.ibs.it/ix-rapporto-sulla-sanita-pubblica-libro-vari/e/9788894420999>



Cantiere Ssn/ L'Upb: Ssn resiliente ma affrontare squilibri e carenze esistenti. Con un aumento all'8% del Pil primo balzo di spesa a 41 mld

di B. Gob.

Il Servizio sanitario nazionale «sembra mostrare una certa resilienza che tuttavia sarà difficile mantenere nel tempo se non si affrontano le carenze e gli squilibri attualmente presenti».

Questo considerando, pure a fronte di indicatori «piuttosto favorevoli come un'elevata speranza di vita a 65 anni e contenuti tassi di mortalità evitabile», che la spesa sanitaria pubblica del Paese nel 2021 è al 7% del Pil a fronte di una media Ue27 all'8,8% e di un'area euro al 9,1%, mentre anche la spesa pro capite pari a 2.144 euro si colloca al di sotto dei 2.893 euro della Ue27 e dei 3.280 dell'area euro.

Così l'Ufficio parlamentare di bilancio (Upb) nella memoria illustrata dal consigliere Giampaolo Arachi in audizione davanti alla Commissione Affari sociali della Camera, sulla Pdl del 13 luglio 2023 (AC 1298), «Disposizioni concernenti il finanziamento, l'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario nazionale nonché delega al Governo per il riordino delle agevolazioni fiscali relative all'assistenza sanitaria complementare».

La Pdl, presentata un anno fa e che quindi come si legge nella memoria «necessiterebbe di essere aggiornata per tenere conto delle modifiche alla normativa apportate da quella data», ha l'obiettivo dichiarato di migliorare gli standard di cure sul territorio e di affrontare carenze e squilibri.

A questi fini prevede innanzitutto di aumentare la spesa sanitaria pubblica fino all'8% del Pil dal 2024.

Target che, ha spiegato Arachi, «richiederebbe nel 2024 un incremento della spesa di circa 34 miliardi rispetto alle previsioni tendenziali del Def mentre, se valutiamo l'incremento che si dovrebbe avere rispetto alla spesa da consuntivo 2023, questo incremento sarebbe pari a 41 miliardi».

Il testo prevede poi un incremento del finanziamento del Ssn pari annualmente al doppio del tasso di inflazione - misura che come rileva l'Upb comporterebbe per il 2024 e il 2025 aumenti non adeguati a un incremento della spesa all'8% del Pil (v. allegato) - e introduce provvedimenti di riorganizzazione che implicano nuovi oneri, individuando coperture per 4 miliardi dal 2025 al 2030, da trovare con interventi di spending review e, se non sufficienti, con incremento del gettito tramite riduzione delle spese fiscali e aumenti delle aliquote di imposta.

Quest'ultima sarebbe secondo l'Ufficio parlamentare di bilancio una «modalità più immediata per generare risorse sufficienti a dare copertura finanziaria all'incremento del finanziamento e della spesa sanitaria» ma «sarebbe opportuno - argomenta ancora l'Upb - che la Pdl fornisse l'indicazione di quali imposte e aliquote interessare specificando inoltre l'ambito di variazione».

Quanto alle proposte di revisione del meccanismo di riparto dei finanziamenti Ssn, che «hanno un qualche fondamento nelle analisi dei determinanti del bisogno sanitario», l'Upb rileva che il peso dei principali fattori (fasce di età e deprivazione economica) andrebbe commisurato con maggiore attenzione alla loro rilevanza relativa nell'influenzare lo stato di salute, mentre ai fini dell'introduzione di altre variabili (criteri ambientali, socio-economici e culturali, livelli dei prezzi) andrebbero analizzate le interazioni tra di esse e i relativi effetti di incentivo/disincentivo a comportamenti opportunistici.

Le altre misure specifiche riferite al personale e alla riorganizzazione del Ssn, tra interventi sui Lea, revisione dei raggruppamenti omogenei di diagnosi, aumento dei posti letto ospedalieri, provvedimenti per il sistema di emergenza-urgenza, per l'abbattimento delle liste di attesa e per il potenziamento della ricerca, «affrontano opportunamente alcune importanti criticità, ma risultano in alcuni casi non ben definite e non del tutto coordinate con la legislazione vigente, e sarebbe necessario rendere più solida la coerenza finanziaria tra i relativi oneri, le coperture e gli obiettivi di evoluzione complessiva del finanziamento e della spesa», rileva ancora l'Upb.

Infine, il capitolo assistenza sanitaria integrativa: per l'Upb la Pdl "ripristina l'opportuna distinzione tra prestazioni sostitutive di interventi Ssn e prestazioni integrative" per limitare le applicazioni improprie, mirando a escludere le prime dai benefici fiscali.

Ai fini della trasparenza, sono definite "positive le proposte volte a rafforzare e rendere disponibili le informazioni dell'anagrafe dei Fondi sanitari".

L'Ufficio parlamentare di bilancio ha infine osservato che "sarebbe molto utile, sia a fini di analisi che di disegno delle politiche, se vi fosse anche una piena disponibilità dei dati amministrativi in possesso dell'Agenzia delle entrate relativi al minore gettito dovuto a tali agevolazioni".

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/in-parlamento/2024-07-17/cantiere-ssn-l-upb-ssn-resiliente-ma-affrontare-squilibri-e-carenze-esistenti-un-aumento-all-8percento-pil-primo-balzo-spesa-41-mld-145035.php?uuid=AFF0bvuC&cmpid=nlqf>

quotidianosanita.it

"Whatever it takes" per il Servizio sanitario nazionale: il bombo diventerà ape o scarafaggio?

Franco Cosmi, *Medico Cardiologo, Perugia*

10 LUG -

Gentile Direttore,

il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è un bene troppo prezioso per rischiare di perderlo. Bisogna fare tutto ciò che è necessario per mantenerlo e migliorarlo. "Whatever it takes" diceva Mario Draghi con una frase diventata famosa quando doveva salvare l'euro dalla speculazione. Draghi paragonò l'euro al bombo che, a vederlo non dovrebbe essere in grado di volare, mentre ci riesce. Era però tempo che il bombo diventasse una vera ape. Anche il nostro SSN da bombo dovrebbe diventare ape? Ce la può fare? Come? Le ricette sono molteplici. Per far diventare ape il bombo SSN è importante il contributo sinergico, non rimpallabile, di almeno 4 figure fondamentali: il politico, il medico, lo scienziato, il paziente, in ordine casuale e non di importanza.

IL POLITICO. Conciliare le esigenze sanitarie con quelle economiche e sociali ravviva tensioni, paure ed egoismi, in una società caratterizzata dall'aumento dei vecchi e dalla riduzione dei giovani. Il finanziamento del SSN è naturalmente fondamentale ma è solo parzialmente l'elemento chiave. Molti costi sono dovuti alle prestazioni in assenza di decisioni. Il sistema è diventato un "prestazionificio". Prestazioni sanitarie, tecniche, burocratiche, amministrative, deliberative, autorizzative e così via. Le prestazioni, si sa, sono come le ciliegie: una tira l'altra. Alimentano il mercato e il PIL ma non necessariamente la salute. Non sono direttamente proporzionali e in casi particolari addirittura inversamente proporzionali al miglioramento della salute. Se si inseguono le prestazioni, il finanziamento non sarà mai sufficiente perché esse sono alimentate per motivi, interessi e convenienze di parte da tutti e 4 gli attori considerati. Compito del politico dovrebbe essere quello di definire il costo sostenibile del SSN, ma soprattutto pretendere la fedeltà fiscale dei cittadini, la correttezza amministrativa dei dirigenti e la buona burocrazia dell'organizzazione per non alimentare ulteriormente un debito già poco sostenibile. Non si può rubare sulla salute, perché la conseguenza della infedeltà fiscale, della corruzione e della cattiva burocrazia è la condanna certa del bombo a diventare scarafaggio.

IL MEDICO. In un SSN non si può decidere che in base alla evidenza scientifica se si vuole agire con equità, efficienza, efficacia ed economicità. Finita la medicina paternalistica il medico deve condividere le scelte con il paziente secondo il processo decisionale condiviso. Il successo o il fallimento di una terapia deve essere merito e responsabilità di entrambi. Il medico, insieme allo scienziato e al politico, deve assumersi la responsabilità dei mezzi, il paziente quella di partecipare al finanziamento e alla decisione. Bisogna decidere il rischio accettabile e il livello di sicurezza desiderato secondo i principi di probabilità e casualità, distinguendo chiaramente l'errore dall'insuccesso. Bisogna evitare, come si dice a Perugia che, se va bene viva Michele, ma se va male abbasso Pasquale. Una cultura più avanzata del

sospetto diagnostico e del rischio in prevenzione può migliorare gli esiti clinici ma può anche portare più facilmente alla overdiagnosis e al conseguente overtreatment con danni al paziente e sprechi di risorse. L'incertezza ha bisogno della condivisione del "Che fare?" e del "Chi paga?".

LO SCIENZIATO. La ricerca è fondamentale e va adeguatamente finanziata. Una cura per avere un reale valore terapeutico aggiunto deve essere comparata con una già di dimostrata efficacia rispetto al placebo e questo per dimostrare il suo effetto illusorio deve essere comparato con il decorso naturale della malattia. Senza sperimentazione è inevitabile operare con incertezza, affidandosi alla intuizione. Questa è la realtà di cui il paziente dovrebbe essere consapevole. Il compito dello scienziato non è quello di arroccarsi nella inviolabile, criptica e talvolta capziosa torre conoscitiva ma di aiutare paziente e medico fornendo loro alcuni dati fondamentali per la decisione condivisa: rischio basale nel paziente "medio", riduzione rischio assoluto, numero di pazienti da trattare per evitare l'evento, numero di pazienti da trattare per avere un danno, rischio residuo, prolungamento dell'aspettativa e della qualità di vita, costo del provvedimento in termini finanziari ed organizzativi.

IL PAZIENTE. È facile proporre ed approvare scelte compassionevoli. Suscitano emozione e ammirata approvazione. Pongono però problemi politici ed etici. Far pagare la collettività è il solito modo per avere consenso o privilegi con i soldi degli altri. Bisogna decidere chi paga l'appropriatezza e l'inappropriatezza e quale è il livello sostenibile. Il problema è certamente divisivo ma bisogna trovare una soluzione condivisa. Per ridurre la domanda bisogna sostituire l'irrefrenabile bulimia diagnostica e terapeutica con un sobrio regime di attenta prevenzione e un saggio governo del rischio accettabile, della sicurezza possibile e della rassegnazione inevitabile. Non si può pretendere dal Servizio l'inappropriatezza che si può chiedere al Mercato. Il 50% delle malattie ce le infliggiamo da soli anche se ci è difficile ammetterlo. Continuare a perseguire stili di vita incongrui e pretendere di ridurre il rischio con le "prestazioni" diagnostiche e terapeutiche significa continuare ad essere "bombo", rinunciare a diventare "ape" e rischiare di diventare "scarafaggio" che ha le ali ma non sa volare.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=123345

quotidianosanita.it

Siamo ai tempi supplementari per il Ssn?

Alessandro Giustini,

08 LUG –

Gentile direttore,

fortunatamente i contributi e gli studi, in queste pagine ed anche in tante altre occasioni di confronto tra tecnici e politici, si moltiplicano verso la comune convinzione che sia urgente una Riforma profonda e complessiva del Sistema che deve tutelare la Salute degli Italiani per ritornare a rispettare nel modo migliore la gratuità, unitarietà, validità, tempestività ed accessibilità delle prestazioni per tutti come era nelle indicazioni della 833.

Sono sempre più condivise e sostenute le analisi del prof. Cavicchi su come negli ultimi 30 anni sia proseguita una opera di oggettiva controriforma a cura di tutti i Governi che si sono succeduti, controriforma che progressivamente ha messo in crisi questi principi fondanti del SSN. Parimenti sempre più condivise sono le valutazioni del fallimento in campo sanitario del compito che la modifica del Titolo V affidò alle Regioni (e per loro alle Aziende) : riduzione , frammentazione ,disparità territoriale dell'offerta di servizi, aumento delle attese, gravissimi errori nelle programmazione delle attività e delle risorse di personale, crescita della burocrazia e della "lontananza" dalle Persone, perdita di credibilità verso i cittadini e verso tutti i professionisti sempre più insoddisfatti.

E questo in contemporanea con la assoluta perdita di controllo dei costi e del management che almeno poteva esser un pregio della aziendalizzazione. Peraltro, usare il termine Azienda è stato il modo migliore per certificare che la Salute diventava a tutti gli effetti una merce!

I nuovi bisogni derivanti dalla trasformazione sociale ed epidemiologica dell'utenza non hanno ricevuto tempestivamente le doverose analisi e risposte; altrettanto purtroppo è stato fatto nel settore della

formazione che poteva e doveva prevedere con facilità i fabbisogni professionali ed ha clamorosamente fallito.

Negli ultimi giorni alcuni interventi hanno di nuovo ben sottolineato questi ed altri aspetti delle urgenze e di come potrebbero esser affrontate. Centrale è il tema del finanziamento adeguato da garantire al SSN : ma definendo “adeguato a cosa ?”.

Quindi non certo versare altro liquido in un secchio oramai sfondo che perde continuamente: come ha scritto Ornella Mancin, richiamando l’ottimo contributo del Prof. Scilieri, “non più toppe ma ci vuole un vestito nuovo”

Poi sono molto chiari e forti i contributi di Agnetti e di Maria Luisa Agneni prima di tutto sulla esigenza di affrontare la questione con onestà intellettuale, evitando difese miopi ed ipocrite rispetto a decisioni e comportamenti del passato di politici ed amministratori.

Dobbiamo cercare di costruire una convergenza quanto meno di liberi intendimenti per cominciare ad operare concretamente : le forze politiche che si riempiono la bocca del metavalore “one health” non producono nulla di serio (basta vedere la Proposta di legge del PD che a dir poco è superficiale nelle analisi e nelle proposte) ma anche il Governo potrebbe affrontare la questione con ben altra organicità e perché no con vera “innovazione” (che non sia però quella della ulteriore regionalizzazione che prosegue e aggrava un errore a suo tempo commesso in Parlamento).

Ed allora i tanti tecnici che si sono a più riprese espressi in questi mesi potrebbero tentare di impostare un confronto culturalmente aperto e “laico” (sicuramente molto complesso e difficile) cercando di dare ordine ai tantissimi problemi che la crisi del SSN ha messo in luce avendo come unico faro la esigenza di dare attuazione oggi ai principi che la 833 e la Costituzione prima hanno fissato.

“Dentro il nostro tempo e nella nostra complessità” (Agnetti)

Ricordare Diritti e definire Servizi coerenti da garantire in rapporto alle attuali esigenze della popolazione, alle disponibilità scientifiche, tecnologiche e finanziarie, rivedere le norme che hanno indebolito quei diritti e l’offerta di servizi generalisti , ripensare alla formazione degli operatori ed al loro ruolo centrale nella presa in cura dei pazienti e non solo come erogatori di prestazioni, rivedere l’organizzazione ed il management centrale e periferico che possa riconquistare credibilità, fiducia ed affidamento da parte dei cittadini (che è una preconditione essenziale per la efficacia di prevenzione, cura e riabilitazione). Tantissimi sono i punti critici , tutti interconnessi tra loro, dal riordino delle cure primarie alla rete ospedaliera ed ai suoi compiti , dalle attività di tutela delle persone anziane e con bisogni speciali , alla tutela dell’ambiente ed alla prevenzione nel suo complesso.

Io provo a riprendere l’appello alla ragione del Prof. Cavicchi ai politici, ma anche ai tecnici che possono stimolare e facilitare l’approfondimento, per una azione bipartisan, forse utopica ma necessaria come era utopica molta parte della Legge 833 che però ha dimostrato di saper esser per molto tempo pragmaticamente efficace.

E’ palpabile la carenza politica e strategica che avvolge tutte le forze politiche e si vedono anche molti “bagnini che non sapendo neppure nuotare “ vorrebbero salvare tutti. L’appello del Prof. Cavicchi sta già raccogliendo tanti sostenitori e potrebbe esser il gancio a cui legare l’inizio di questa Riforma che ha bisogno del contributo attivo di tutti , opposizione e governo fuori dai pregiudizi e dagli schemi.

Con massimo rispetto e consapevole della difficoltà, chiedo proprio al Professore di valutare se e come si possa innescare questo processo . Sono certo che tanti sarebbero disponibili a collaborare.

Altrimenti che valore potrà avere questo crescente dibattito , queste significative riflessioni che stanno pesino superando gli steccati e le posizioni manichee di destra e sinistra, di pubblico e privato etc.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=123282

03 LUG -

Gentile direttore

se una persona seria, nota per la sua indiscussa competenza e per la sua grande esperienza dei problemi della sanità come il prof Cavicchi arriva al punto di pubblicare un “appello alla ragione” per “salvare il salvabile” della sanità pubblica vuol dire semplicemente che siamo alla fine. (I. Cavicchi [Salviamo la sanità. Un appello alla destra e alla sinistra. QS 25 giugno 2024](#))

Se un autore come lui, per molti me compresa, l'unica vera testa pensante che abbiamo, prima, scrive “sanità pubblica addio” (I. Cavicchi Sanità pubblica a addio. Il cinismo delle incompetenze Castelveccchi 2024) e subito dopo che l'Europa ha sanzionato il nostro paese per eccesso di debito pubblico scrive “Salviamo la sanità. Una riforma necessaria per garantire il diritto alla salute per tutti” allora vuol dire che davvero siamo alla tanto citata “catastrofe”. (I Cavicchi La teoria della catastrofe QS 15 maggio 2023). Io non ripeto le analisi di Cavicchi alle quali rimando perché non saprei farlo meglio di lui ma una cosa mi sta a cuore: certo che c'è il problema delle risorse ed ha ragione il PD e tutti gli altri a sottolinearlo ad ogni piè sospinto, ma il vero problema in realtà è quello delle idee e delle politiche che servono per “salvare il salvabile”.

Che anche la Schlein purtroppo mostra di non avere. Ma a parte la Schlein che personalmente vedo come una speranza, mi chiedo che cosa ha proposto il nostro ministro della salute per far fronte alla procedura di infrazione dell'EU sapendo che il prezzo più grande sarà la sanità a pagarlo? La risposta è niente. Nulla.

La responsabilità più grande di questo governo, ma secondo me anche dell'opposizione oggi è progettuale e strategica. Stiamo andando alla rovina e nessuno sa, nell'interesse del paese, come evitarla. L'appello alla ragione del prof Cavicchi è praticamente un SOS disperato che parte dal paradosso dei bagnini che vorrebbero salvare la sanità ma non riescono a farlo perché nelle complessità politiche attuali, semplicemente non sanno nuotare.

Un bel paradosso. Il prof Cavicchi prova a rimediare a questo deficit politico e culturale proponendo un accordo da fare tra destra e sinistra per salvare politicamente più che tecnicamente il valore universale dell'art 32. Cioè suggerisce un accordo per “salvare il salvabile”. Di fronte a questa idea i “bagnini che non sanno nuotare” mi sembra di capire che sono evidentemente in imbarazzo. Tacciono praticamente tutti.

Tutti tacciono e Cavicchi, per il bene del paese, propone l'intesa politica cioè va oltre le antinomie e le contrapposizioni, va oltre le ideologie e gli schieramenti.

Quando egli scrive “Per me in sanità i processi di controriforma sono andati troppo avanti per sperare di invertirli, cioè per me oggi è difficile se non impossibile rimettere tutto il dentifricio che soprattutto a sinistra abbiamo versato e sprecato di nuovo dentro il tubetto dell'art 32 e della 833. Come si fa a cancellare 50 anni di errori e di tradimenti?” pone un problema che per qualsiasi persona onesta è difficile da negare. Questa volta si sta rischiando il punto di non ritorno e con la complicità di chi a parole la sanità vorrebbe salvarla.

Quando il prof Cavicchi chiudendo il suo l'articolo già citato riferendosi a Ebner Eschenbac “non ho paura di chi controbatte ma di chi elude” evidentemente con tutta la sua esperienza, sa bene con chi ha a che fare.

Dice il mio collega Agnetti che “l'appello bipartisan, bicamerale al fine di creare una azione riformatrice politica comune è una idea geniale, saggia, conciliatrice per affrontare la complessità e dovrebbe interessare molti.” Aggiungendo “Chi dovesse rifiutare un impegno, in questo senso, per un'opera pubblica così importante farebbe una grama figura”. (B. Agnetti Salviamo la sanità. Da dove iniziare QS 1° luglio 2024)

Come non essere d'accordo con lui? È una idea geniale ma che rischia però di imbarazzare la politica alla quale si chiede di trascendere le sue solite contrapposizioni e di venir meno alle sue abitudini e ai suoi riti. Per fare quello che propone Cavicchi ci vuole una politica prima di tutto libera dalle proprie abitudini. Una cosa come l'art 32 non può ammettere contrapposizioni politiche.

Forse è per questo che G.C Pizza, sicuramente uno che conosce come pochi il pensiero di Cavicchi e che io leggo sempre volentieri, nel condividere il suo appello alla ragione si dichiara a malincuore scettico “Se guardo al panorama politico attuale e ai profondi dissidi che si evidenziano tra le diverse forze

politiche in campo, basate soprattutto su aspetti che a me paiono sostanzialmente ideologici, temo che la proposta di Cavicchi sia destinata a non essere ascoltata.

Confesso, però, che mi piacerebbe molto essere smentito. La speranza è sempre l'ultima a morire" (G. Pizza Salviamo la sanità. La speranza è l'ultima a morire 28 giugno 2024)

Se è così io credo che a parte rileggerci quel libro straordinario di Jane Goodall sugli scimpanzé (Le ragioni della speranza) bisognerebbe tornare noi tutti, operatori, esperti, politici a chi la speranza non può permettersi di perderla, pena il rischio di perdere i suoi diritti fondamentali quindi di perdere il nostro grado di civiltà tanto faticosamente conquistato.

Cioè tornare ai cittadini alla società civile, alla comunità ai territori. Fare assemblee, riunioni di tutti i tipi, discussioni per far capire a tutti la vera posta in gioco che è l'art. 32 della Costituzione. Seppellire la politica di mozioni odg messaggi.

La vera tragedia, a parte la privatizzazione della sanità pubblica, è la riduzione del diritto fondamentale alla salute a mercato.

Cioè è il trionfo del pensiero neoliberista a scapito dei diritti delle persone. Riduzione oggi come sappiamo tutti favorita dal sindacato, dalle associazioni professionali, oltreché dalla lobby delle assicurazioni e dalla sanità privata.

Al centro dell'appello alla ragione del prof. Cavicchi prima della sanità pubblica vi è infatti la questione dell'art 32, la questione del famoso "metavalore" spiegato magistralmente in "sanità pubblica addio" cioè la questione di chiarire le condizioni culturali e istituzionali organizzative e finanziarie senza le quali questo diritto resta acqua fresca, cioè una petizione di principio.

Non si tratta di difendere il principio come notoriamente fa la Bindi con la sua associazione ma di tradurre il principio in concreto cioè tradurre il principio in metavalore. Ma nessuno lo fa. Neanche coloro che parlano di one health.

Tornare alla speranza vuol dire certo chiedere più soldi per la sanità, perché ne abbiamo tanto bisogno, ma anche e soprattutto chiarire con un accordo "bipartisan" come scrive Agnetti in questo contesto economico, come si ri-contestualizzerebbe l'art 32. Cioè come reinventarlo andando oltre la 833. Ormai è del tutto evidente che con la definizione in costituzione del diritto all'ambiente il paradigma "sanitario" che abbiamo usato fino ad ora deve cambiare.

Come è del tutto evidente che cambiare il paradigma su questo punto è il primo passo sicuro per rifinanziare la sanità pubblica e per mettere dei paletti alla sua privatizzazione ma soprattutto per garantire la famosa sostenibilità in nome della quale in questi anni e ancora oggi si fa ogni scempio.

L'intera proposta di "quarta riforma" che ormai conosco a memoria per averla letta e riletta non so quante volte a me pare poggia su questo presupposto (I. Cavicchi La quarta riforma 2016 E book. Quotidiana sanità edizioni) La quarta riforma parte dall'art 32.

Ho ordinato il libro di Cavicchi "Salviamo la sanità Una riforma necessaria per garantire il diritto di tutti" (Castevecchi editore) ma ancora non mi è arrivato. Ho letto però il suo articolo prima citato. Ho pensato di intervenire ora ma solo per favorire una discussione che per tante ragioni tende ad essere schivata come temeva Ebner Eschenbac e a disconoscere ed evitare le questioni politiche che oggi spiegano e giustificano un improvviso appello alla ragione.

Un appello, che la politica tutta non dovrebbe ignorare. In particolare, modo la sinistra che proprio sulla salute deve farsi perdonare i suoi storici tradimenti e i suoi innegabili fallimenti. Ma che in particolare il PD ancora non ci ha detto se l'appello alla ragione intende sostenerlo e farlo proprio. Ma soprattutto se intende a tal proposito mettere in campo una iniziativa politica nei confronti del governo e promuovere nel paese una vasta mobilitazione sociale.

Io penso che toccherebbe alla sinistra tutta prendere per primi l'iniziativa per trasformare l'appello alla ragione in un accordo politico con il governo.

L'appello alla ragione che ci ha proposto il prof Cavicchi è una idea sicuramente geniale come ha scritto Agnetti ma molto scomoda e disagiata prima di tutto per il famoso "campo largo". Ma se il campo largo e i movimenti sulla salute presenti nel nostro paese snobberanno l'appello alla ragione di Cavicchi sarà davvero finita. Speriamo nel campo largo sull'art. 32 per cambiare la musica.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=123194

Ma veramente la sanità è al collasso?

Stefano Scillieri, *Docente di Clinical and health care engineering – Scuola Politecnica UNIGE-DIBRIS*

02 LUG - *Gentile direttore,*

da settimane leggo sulla Vs prestigiosa testata molti interventi di Personalità che definiscono il nostro SSN al collasso. Trovo esagerati questi allarmi e propongo di riportare il fenomeno denunciato entro i suoi reali limiti. Da 20 anni docente Universitario di Ingegneria clinica e ingegneria per la sanità ed autore del Libro dal titolo omonimo (a fine luglio esce la terza edizione), ho speso gran parte della mia vita professionale ad occuparmi di sanità a livello industriale e non solo accademico. Certamente non penso che il SSN funzioni perfettamente: ma mi permetto sostenere che nel lanciare allarmi bisogna essere più obiettivi e soprattutto informati.

Specie in un ambito così delicato che muove, tra pubblico e privato, quasi 180 miliardi di Euro l'anno: ma è troppo banale dire che i soldi sono pochi e che la Sanità per questo è malata. Se al posto dei circa 140 miliardi del budget pubblico ce ne fossero 160, pensare che le cose potrebbero andare meglio è utopico. Gli allarmisti non potevano ovviamente perdere l'occasione della Legge la 86/24 sulla autonomia differenziata per dire che sicuramente nel Meridione la sanità peggiorerà sempre più. Il recente XII Rapporto 2024 CREA Sanità (Centro per la ricerca economica applicata in sanità) "Opportunità di tutela della salute: le performance regionali", segnala un elemento essenziale che non si può trascurare: negli ultimi 5 anni a livello nazionale "si è registrato un miglioramento del 46% della performance, che ha interessato tutte le ripartizioni geografiche e, in maggior misura le Regioni del Mezzogiorno (+75,9% in media) ".

Negli ultimi anni quindi, secondo il Centro si è realizzata una riduzione delle distanze in termini di opportunità di tutela della salute tra Meridione e Settentrione e non si vede perché la Legge dovrebbe invertire questo percorso virtuoso: pur in uno scenario ove "non sembra che le regioni con performance migliori riescano a registrare significativi passi avanti", probabilmente – denuncia CREA-per l'esistenza di limiti strutturali nell'attuale assetto del Servizio sanitario. Il SSN ed i SSR soffrono indubbiamente di problematiche strutturali: il problema non sono i soldi, ma soprattutto la managerialità, l'organizzazione ed il controllo di gestione tematiche tutte nelle quali il nostro Paese è molto debole. Non voglio confondere la spesa corrente (cui torneremo) con gli investimenti: ma è opportuno ricordare che l'art. 20 della Legg 67/88 stanziava 36 anni fa ben 30.000 miliardi di vecchie lire per l'ammodernamento della rete ospedaliera italiana; la maggior parte delle Regioni non fu in generale neanche capace di presentare tempestivamente a Roma nemmeno i progetti delle opere desiderate.

Quindi in assenza di progetti gran parte di quei fondi non poterono essere impegnati né utilizzati: nonostante il bisogno, visto che ancora oggi la stragrande maggioranza dei circa 1.300 ospedali italiani può essere definita obsoleta per vetustà e non rispetto delle attuali norme antisismiche. Nel marzo 2023 la Commissione X del Senato ha emesso il documento Indagine conoscitiva sulla ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, dando luogo ad una audizione di rappresentanti della Ragioneria generale dello Stato e dell'Ispettorato generale per la spesa sociale. Il documento testimonia quanto accaduto: nel 1996 (circa 10 anni dopo l'avvenuto stanziamento delle Legge 67/88) è stata certificata una spesa di solo il 31% dei fondi disponibili: difficile sostenere che siano mancati i soldi. Ed il documento della stessa fonte nel maggio 23 cita uno dei nodi strutturali del sistema, gravissimo, e cioè che, a fronte di fabbisogni per investimenti e attrezzatura in crescita, le aziende sanitarie hanno fatto negli ultimi anni un crescente ricorso all'autofinanziamento. Ciò si è tradotto nell'utilizzo di risorse di parte corrente stornate per essere destinate ad investimenti.

Una soluzione che, considerando il crescere delle esigenze per la copertura dei bisogni di salute a fronte di risorse che tendono a ritornare su profili più contenuti, quali quelli precedenti la pandemia, rischia di incidere sulla qualità dei servizi. Molto facilmente (qui sono io a fare fosche previsioni) questa incapacità gestionale affliggerà il corretto utilizzo dei fondi del PNRR, da spendere - come noto - entro il 2026. Questi fondi, circa 16 miliardi per la sanità, non sono soldi trovati ma purtroppo per circa il 65% sono un debito perché l'Italia, a differenza della quasi totalità dei Paesi Europei che ha "preso" dall'Europa solo la parte a dono dei fondi del PNRR, ha ritenuto di prendere anche una enorme quantità di fondi a debito, mentre non utilizzava 11 miliardi di fondi strutturali europei a fondo perduto.

Certo l'Italia è sempre alla ricerca di fonti di finanziamento: ma qui qualcuno si è dimenticato del fatto che bisognava spendere questi soldi in 4 anni: e a metà 2024 i pochi dati ufficiali disponibili denunciano un "avanzamento lavori" di pochi percento. Giusto ricordare gli sprechi quali recentemente – per fare un solo esempio - gli acquisti di DPI irregolari e pericolosi per 1,25 miliardi acquistati dalla Struttura del Commissario straordinario per l'emergenza, come verificato nell'aprile 2024 dalla Procura di Roma: per non parlare anche delle centinaia di milioni di € spesi solo in sanità per le opere incompiute ed abbandonate (mediamente una per Regione come riportato da QS del 18 settembre 2015, situazione che certamente è come minimo la stessa ad oggi). Ricordiamo il fenomeno della medicina difensiva che vale circa 11 miliardi l'anno sui 140 su citati, fenomeno generato in gran parte dalle Leggi attuali e dalla evidente necessità di depenalizzare l'atto medico, visto che il 95% delle circa 35mila denunce ricevute ogni anno dai medici si conclude con l'assoluzione del medico o con l'archiviazione. La auspicabile riduzione di questo fenomeno genererà cassa.

E ricordiamo ancora il fenomeno degli accessi impropri ai DEA: le statistiche rilevano che circa l'85/90% degli accessi sono codici 4 e 5 (bassa e bassissima gravità) che intasano inutilmente una struttura che si deve occupare di patologie e codici più gravi. Stiamo parlando dell'85/90% di un totale di 25 milioni di accesso l'anno: non è azzardato considerare che circa 20 milioni di persone, se si escludono gli accessi plurimi, si recano inutilmente ogni anno ai DEA: diciamo che ogni accesso costa al sistema regionale almeno 500 €? Parliamo di dieci miliardi di €. Dietro a questo fenomeno il difetto principale è l'incapacità di gestione, non certo la mancanza di fondi. Ma per onestà bisogna puntare un faro sulla inefficienza della medicina del territorio cui il DM 77/22 cerca di mettere rimedio.

Una statistica OECD ci ricorda che la sanità pubblica nei vari Paesi copre in media il 74% dei bisogni, valore simile a quello del nostro Paese: certo bisogna migliorare. Ma emergono anche aspetti positivi, in genere dimenticati dagli addetti ai lavori ; e cioè che in Italia la copertura pubblica per le cure ospedaliere è del 96% contro una media OCSE dell'87%, quella della spesa farmaceutica 62% contro una media del 58%. Per contro è innegabile verificare che la copertura pubblica delle cure non ospedaliere nel nostro Paese risulta molto inferiore alla media internazionale (60% contro il 77%) e qui bisogna lavorare. Dovremmo parlare ora di numero posti letto, di posti di TI, di mancanza di medici ed infermieri: ma sarà possibile farlo successivamente. Il testo è già troppo lungo. In conclusione: necessitano più soldi? Forse... cominciamo però a dedicarci all'efficienza

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=123189

quotidianosanita.it

“Il Ssn è a un punto di rottura. Su liste d’attesa solo un maquillage organizzativo”. I sindacati della sanità lanciano la protesta

Medici, veterinari, farmacisti, psicologi, biologi, chimici, infermieri, tecnici, amministrativi, operatori e dipendenti delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere del Servizio Sanitario Nazionale dei sindacati Fp Cgil, Uil Fpl, Nursind, Nursing Up, Aaroi Emac, Fassid, Fp Cgil Medici, Fvm e Uil Fpl Medici lanciano un movimento unitario.

06 GIU -

“La sanità pubblica universalistica e solidale è il più grande patrimonio di cui dispongano i cittadini di questo Paese. Eppure, decenni di distruzione sistematica hanno portato il SSN al punto di rottura. Ma le lavoratrici e i lavoratori del SSN non sono corresponsabili di questo sfascio, e oggi che il clima nei luoghi di lavoro si è arroventato oltre ogni sopportabilità non intendono far da capro espiatorio e lo denunciano pubblicamente a tutta la cittadinanza”. Riuniti a Roma in una iniziativa comune: medici, veterinari, farmacisti, psicologi, biologi, chimici, infermieri, tecnici, amministrativi, operatori e dipendenti delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere del Servizio Sanitario Nazionale dei sindacati Fp Cgil, Uil Fpl, Nursind,

Nursing Up, Aaroi Emac, Fassid, Fp Cgil Medici, Fvm e Uil Fpl Medici hanno messo in moto un movimento che si identifica nella rabbia di centinaia di migliaia di lavoratori della sanità e ne raccoglie le energie.

“Non si può accettare – proseguono - che un patrimonio pubblico di solidarietà e eccellenza professionale sia svenduto sul mercato privato per incapacità, o per monetizzare le possibilità di cura a vantaggio delle assicurazioni o di altri commercianti di salute. Una delle vergogne di questo paese è quella di avere 6 milioni di poveri, anche di lavoratori poveri, alle cui famiglie deve essere garantita almeno un’assistenza sanitaria del livello consono a un paese del G7, e che invece sono lasciate senza cure, nelle diseguaglianze di una autonomia differenziata che porterà la sanità del sud a distanze siderali da quella del nord. Questo non è da paese civile e la misura è colma!”.

“Le nostre colleghe e i nostri colleghi – denunciano - non possono continuare a lavorare in condizioni sempre più precarie e pericolose per dare alla popolazione un’assistenza sanitaria sempre meno garantita dalle varie forze politiche che succedendosi di volta in volta al governo dovrebbero invece porsi come priorità per mandato elettorale, ma che invece immancabilmente da decenni la tagliano per mancanza di risorse. E invece non è vero che in Italia non ci sono le risorse per finanziare la sanità pubblica come in Germania o in Francia, non è vero che il declino del SSN è inevitabile”.

“Lo sarà – rilevano - sino a quando alla rinuncia a 600 miliardi di euro di tasse non pagate negli anni passati e all’impunità di cui continua a godere un’evasione fiscale che ogni anno sottrarre alle risorse pubbliche 80 miliardi all’anno faranno da contraltare maggiori garanzie di salute per gli evasori rispetto a quelle per chi invece le tasse le paga tutte, oltre che tagli sulle pensioni e incrementi agli stipendi pubblici inferiori all’inflazione. Questo è il vero di “pizzo di stato”.

“I dipendenti del SSN non possono assistere passivamente a questa accelerazione verso il disastro del SSN – continua la nota - mentre dovrebbero anche sopportare di continuare ad essere usati come un bancomat silenzioso, e intanto, con il decreto sulle liste di attesa, dal tempismo elettorale per lo meno discutibile, si fanno operazioni di maquillage organizzativo che, senza risorse, aumenteranno i carichi di lavoro dei professionisti e favoriranno l’esternalizzazione delle prestazioni. È arrivato il momento di investire sul personale per potenziare i servizi sanitari, per dare risposte alle domande inevase, per incentivare la prevenzione, la diagnostica precoce e gli screening che hanno anche il pregio di far risparmiare il Servizio sanitario nazionale se le malattie si prevengono o si curano appena sono riscontrabili”.

“È arrivato il momento di rivendicare senza indugi l’esigibilità dei diritti fondamentali dettati dalla Costituzione. Noi operatori assumiamo la responsabilità collettiva di aprire la vertenza in difesa del SSN ai cittadini per mettere in discussione ruoli e funzioni, posizioni di rendita e inefficienze di sistema, fuori da fallimentari logiche di appartenenza corporativa. L’iniziativa di oggi che ha approvato per acclamazione una mozione unitaria rappresenta l’apertura di una vertenza che interesserà tutti i lavoratori del SSN ma che, soprattutto, coinvolgerà i cittadini che ne sono utenti sempre più insoddisfatti. La sanità pubblica la facciamo noi operatori per tutti i cittadini, ogni ora del giorno, ogni giorno dell’anno. Tutti devono e possono fare qualcosa per riavere la loro sanità gratuita, accogliente, solidale, professionale, equa ed efficiente”, concludono.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=122685



PIATTAFORMA CONDIVISA IN DIFESA DEL SSN

Oggi le delegate ed i delegati di 7 organizzazioni Sindacali del Comparto e della Dirigenza del SSN sono riuniti a Roma in una iniziativa comune in rappresentanza di medici, veterinari, farmacisti, psicologi, biologi, chimici, infermieri, tecnici, amministrativi, operatori e dipendenti delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere del Servizio Sanitario Nazionale, per avviare un movimento che si identifica nella rabbia di centinaia di migliaia di lavoratori della sanità e ne vuole raccogliere le energie, per costruire un percorso di mobilitazione che sensibilizzi e coinvolga tutta la cittadinanza nella difesa del diritto alla salute sancito dall'Art 32 della Costituzione.

Da una parte non possiamo accettare che un patrimonio pubblico di solidarietà e eccellenza professionale sia svenduto sul mercato privato per incapacità, o per monetizzare le possibilità di cura a vantaggio delle assicurazioni o di altri commercianti di salute.

Dall'altra è una vergogna di questo paese quella di avere 6 milioni di poveri, anche di lavoratori poveri, alle cui famiglie deve essere garantita almeno un'assistenza sanitaria del livello consono a un paese del G7, e che invece sono lasciate senza cure, nelle disuguaglianze di una autonomia differenziata che accentuerà le insopportabili differenze che già esistono fra le diverse realtà nel paese.

I dipendenti del SSN non possono assistere passivamente a questa accelerazione verso il disastro del SSN, mentre dovrebbero anche sopportare di continuare ad essere usati come un bancomat silenzioso, e intanto, con il decreto sulle liste di attesa, dal tempismo elettorale per lo meno discutibile, si fanno operazioni di maquillage organizzativo che, senza risorse, aumenteranno i carichi di lavoro dei professionisti e favoriranno l'esternalizzazione delle prestazioni.

È arrivato il momento di rivendicare senza indugi l'esigibilità dei diritti fondamentali dettati dalla Costituzione.

Noi operatori assumiamo la responsabilità collettiva di aprire la vertenza in difesa del SSN ai cittadini per mettere in discussione ruoli e funzioni, posizioni di rendita e inefficienze di sistema, fuori da fallimentari logiche di appartenenza corporativa. Per questo abbiamo condiviso una piattaforma comune che identifica criticità, strategie e programmi.

Un recente SONDAGGIO IPSOS di Gennaio 2024 ha messo in evidenza che:

- il 69 % degli italiani afferma che la sanità sia l'area su cui il governo dovrebbe investire più urgentemente (in particolare sui Servizi di Emergenza, assistenza Ospedaliera, Territorio, Prevenzione);
- per il 70% circa l'art 32 della Costituzione non viene rispettato in tutto o in parte.

Le principali criticità che gli italiani riscontrano nell'ambito del Servizio sanitario sono:

- tempi di attesa lunghi per fare gli esami diagnostici necessari e per avere una prima visita;
- carenza di personale del ruolo sanitario.

Il 50% circa della popolazione concorda sul fatto che i pazienti debbano essere attivamente coinvolti nei processi decisionali di cura, e solo il 18% sostiene fermamente che

veniva data la giusta attenzione ai bisogni specifici del paziente nel percorso diagnostico-assistenziale.

A tal proposito si sottolinea quanto il ruolo delle associazioni dei pazienti sia importante per promuovere insieme agli operatori sanitari processi di cura condivisi ed integrati utili a fornire informazioni chiare sulle condizioni cliniche e sulle opzioni di trattamento, per valorizzare il rapporto paritario come unico veicolo di riforma condivisa del SSN per rappresentare gli interessi delle persone, operatori ed utenti, nelle politiche di sanità pubblica.

I processi di sensibilizzazione e di coinvolgimento di tutti gli attori protagonisti del SSN, dopo anni di politiche di desensibilizzazione della cittadinanza sui temi riguardanti la propria salute, sono obbiettivo complicato, ma ineludibile per lo sviluppo di una coscienza critica diffusa, non solo finalizzata alla costruzione di una mobilitazione partecipata, ma soprattutto per il rilancio di modelli organizzativi incentrati sul coinvolgimento attivo delle persone nella promozione della loro stessa salute.

La legge 833 del 1978 fondava le sue radici su modelli partecipativi incentrati sui distretti che avrebbero dovuto essere luoghi di incontro e di incrocio sui territori tra la cittadinanza, la politica ed i servizi sanitari per la rilevazione dei bisogni di salute di quello specifico territorio e per la programmazione di interventi integrati sui determinanti della salute pubblica: istruzione, cultura, ambiente, infrastrutture, lavoro, relazioni sociali e familiari, alimentazione, igiene, educazione fisica, psichica e sociosanitaria.

Necessaria a tal proposito, la promozione di attività di informazione/formazione rivolta ai cittadini di ogni fascia di età circa le evidenze scientifiche più aggiornate per far crescere una maggiore consapevolezza sull'uso appropriato di farmaci, di prestazioni diagnostiche e visite mediche, al fine di evitare il ricorso ad un inutile consumismo sanitario, e contribuire di conseguenza alla sostenibilità del SSN pubblico. La sostenibilità è da perseguire anche attraverso la diffusione di Pratiche socio sanitarie integrate da implementare in contesti comunitari per ridurre la diffusione di malattie infettive. (Guida ECDC 20 marzo 2024)

Tale attività di sensibilizzazione recupererebbe quella tanto auspicata alleanza tra le persone e gli operatori sanitari; una alleanza che negli anni è stata inasprita da politiche denigratorie volte ad identificare nei professionisti i capri espiatori dell'inefficienza dei servizi defianziati, destrutturati disorganizzati e malgovernati. In quest'ottica è fondamentale che i cittadini siano consapevoli delle ricadute che la carenza di organico hanno:

- sulle liste d'attesa e sulla perdita della qualità prestazionale dell'erogatore pubblico;
- sul peggioramento delle condizioni di lavoro organizzative ed economiche, che inducono gli operatori sanitari a preferire rapporti di lavoro libero professionali e favorisce quindi l'esodo dai servizi pubblici, da ultimo verso gli altri paesi Europei ed extra Europei.

Oggi è più che mai necessaria una riforma strutturale del SSN

Il modello di organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale deve rispecchiare un modello di società incardinata sulla relazione, sul mutuo soccorso e sulla reciprocità, i cui principi ispiratori, secondo la 833 del 1978 dovevano essere, solidarietà, equità ed universalità.

Oggi questi principi sono profondamente disattesi dal progressivo insinuarsi di una cultura individualista alimentata da politiche economiche concorrenziali e competitive tra le

persone che hanno generato una società frammentata in cui è venuta meno la coesione sociale.

Il Servizio Sanitario Nazionale nella sua dimensione intrinsecamente democratica della cura e intrinsecamente sociale del prendersi cura, può rappresentare il volano su cui costruire una società equa e solidale, a patto che recuperi il suo ruolo strutturante del benessere delle persone.

Per fare questo è necessario superare questa terribile e lunga fase storica nella quale, il SSN è al servizio dell'economicismo, dell'individualismo e del profitto, in cui il cittadino è fruitore autonomo di prestazioni sanitarie che allungano le liste d'attesa, rendono inefficienti ed insostenibili i servizi pubblici, spianando così la strada al profitto del privato e della sanità integrative a danno della salute dei cittadini che è un bene universale non subalterno ad alcun interesse di parte.

Il modello organizzativo deve essere:

a) Universale ed equamente diffuso sul territorio nazionale

L'autonomia differenziata espone l'intero Paese ai rischi di una frammentazione insostenibile delle politiche pubbliche chiamate a definire una strategia nazionale per la crescita, l'inclusione sociale e il rafforzamento del sistema delle imprese.

La minaccia dell'autonomia differenziata è la prima mina che rischia di far definitivamente deflagrare un sistema che faticosamente si tiene ormai solo grazie alle competenze ed all'abnegazione degli operatori sanitari, una miccia che va disinnescata con precisione e tempestività.

"Il Mezzogiorno, secondo gli indicatori BES (Benessere Equo e Sostenibile) sulla salute, è l'area del Paese caratterizzata dalle peggiori condizioni di salute, sia in termini di speranza di vita (nel 2022 inferiore di 1,5 aa rispetto al Nord) sia di mortalità evitabile per deficit di assistenza e prevenzione".

Il bilancio nazionale della sanità non copre integralmente il costo del LEA, che dovrebbero essere offerti in quantità e qualità uniformi in tutto il territorio nazionale. La distribuzione regionale delle risorse, basata sul rapporto tra dimensione ed età della popolazione, non rispecchia gli effettivi bisogni di cura ed assistenza dei diversi territori, che sono condizionati anche da fattori socio-economici non contemplati nei criteri di riparto.

La SVIMEZ (Associazione per lo Sviluppo dell'Industria nel Mezzogiorno) stima che le funzioni delegate assorbirebbero larga parte dell'IRPEF regionale: il 90% circa nel caso del Veneto, quote tra il 70 e l'80% per Lombardia ed Emilia-Romagna.

*Rilevanti sarebbero gli effetti in termini di contrazione del bilancio nazionale, con la conseguente riduzione degli spazi di azione della finanza pubblica centrale. Il gettito IRPEF trattenuto dalle tre regioni risulterebbe pari a circa il 30% del gettito nazionale.**

Con l'autonomia differenziata si rischierebbe dunque di aumentare la sperequazione finanziaria tra SSR e di ampliare le disuguaglianze interregionali nelle condizioni di accesso al diritto alla salute.

È necessaria una governance Stato-Regioni potenziata, con maggior controllo centralizzato sull'operato delle Regioni, in particolare riguardo all'integrazione pubblico-privato e ai criteri di accreditamento delle strutture, per garantire equità di accesso e sicurezza delle cure.

Utilizzare strumenti di monitoraggio della erogazione dei LEA da parte delle Regioni adeguati a evidenziare e correggere le criticità (ad es. Programma Nazionale Esiti).

- b) **Pubblico**: metà della popolazione, soprattutto al nord, concorda sulla necessità di potenziare il sistema sanitario pubblico e il 29% si aspetta che il nuovo Governo intervenga proprio a favore della sanità pubblica rispetto a quella privata (Informazioni SVIMEZ 2024)
- c) **Integrato**, in cui i servizi siano prossimi alle persone il cui cuore pulsante sia organizzato in modo reticolare sul territorio in cui si articolino e si integrino le diverse funzioni che rispondono ai bisogni di salute e di cura nelle diverse fasi della vita delle persone, per superare quella "guerra dei mondi" tra territorio ed ospedale che mette in competizione ciò che dovrebbe essere unito più che integrato, e che è causa del sovraffollamento dei PS e degli Ospedali.
- d) **Multiprofessionale e interprofessionale** nella valorizzazione di tutte le professionalità del ruolo sanitario, nella contaminazione continua delle competenze, nel confronto e nell'integrazione dei percorsi terapeutico assistenziali.
- e) **Governato**: la frammentarietà dei rapporti di lavoro, che spesso rispecchia la frammentarietà del sistema, è la causa principale dell'ingovernabilità dei servizi, soprattutto in quelle forme libero professionali che generano solitudine, individualismo e autoreferenzialità in cui il professionista di fatto è un prestatore d'opera che non ha sostegno amministrativo, gestionale e organizzativo. Stessi diritti, stesse tutele e stessa governance per tutti i professionisti.

Oggi uniti chiediamo:

il finanziamento strutturale del SSN, a partire dal personale, contestando il principio strettamente economicistico e tendenzioso che il personale in sanità sia un costo invece che un investimento.

"Rispetto al 2022 la spesa sanitaria nel 2023 si è ridotta dal 6,7% al 6,3% del PIL e di € 555 milioni in termini assoluti. Il 2023 è stato segnato da un netto definanziamento in termini di rapporto spesa sanitaria/PIL (-0,4%), in presenza di un'inflazione che nel 2023 ha raggiunto il 5,7% su base annua". Il Def 2024 non pone affatto le basi per ridurre progressivamente anzi, il rapporto spesa sanitaria/Pil scende a 6,3% nel 2025-2026 e al 6,2% nel 2026, valori inferiori al 2019 (6,4%), confermando che la pandemia non ha insegnato proprio nulla. Il definanziamento pubblico aumenterà la distanza con i paesi europei e affonderà definitivamente il Ssn, compromettendo il diritto costituzionale alla tutela della salute delle persone, in particolare per le classi meno abbienti e per i residenti nelle Regioni del Sud" (GIMBE).

"Il Servizio Sanitario Pubblico italiano nel confronto europeo risulta sottodimensionato per stanziamenti di risorse pubbliche (in media 6,6% del PIL contro il 9,4% di Germania e l'8,9% di Francia), a fronte di un contributo privato comparativamente elevato (del 21,4% di spesa privata per la sanità sostenuta dalle famiglie italiane) l'out of pocket in Francia raggiunge appena l'8,9% del valore totale, mentre in Germania si ferma all'11%". (SVIMEZ e Report Corte dei Conti)



I NOSTRI OBIETTIVI:

- Reale e finanziata abolizione del tetto di spesa per il personale, in particolare per quello socio-sanitario: assunzioni a tempo indeterminato, basta precariato e rapporti di lavoro atipici.
- Mettere fine ai processi imperanti di appalto del personale e al lucro delle cooperative.
- Razionalizzare il ricorso alle prestazioni aggiuntive, che, sebbene siano una modalità temporanea prevista dal CCNL per l'abbattimento delle liste di attesa, oltre che un argine alla inaccettabile esternalizzazione dei servizi e dei professionisti, non devono aumentare indiscriminatamente oltre i limiti delle strette necessità e modalità per le quali sono previste, distraendo in tal modo risorse preziose per l'obiettivo irrinunciabile delle assunzioni di nuovo personale dipendente.
- Finanziare le retribuzioni dei professionisti sanitari con risorse contrattuali a tutt'oggi drammaticamente sottofinanziate, 5,78% di aumento previsto dalla legge di bilancio per il CCNL 2022-2024, a fronte di un'inflazione maturata nel triennio che raggiunge il 17%, una perdita di potere d'acquisto di 11,22 punti che non ha eguali neanche con il blocco contrattuale perdurato per 6 anni dal 2010 al 2016.
- Finanziare adeguatamente la formazione di tutti i professionisti attraverso la revisione del numero programmato e con l'introduzione del contratto formazione lavoro per le specializzazioni, mettendo fine all'utilizzo indiscriminato e improprio degli specializzandi perappare le carenze di personale.
- Programmare una sicura transizione digitale alla quale si dovranno adeguare i sistemi e le pratiche sanitarie.

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1717673031.pdf>



Verso una sanità più sostenibile

Marco del Riccio e Patrizio Zanobini

L'attenzione crescente al cambiamento climatico e alla crisi ambientale ha portato all'emergere dell'alfabetizzazione sanitaria ambientale o environmental health literacy (EHL). L'EHL permette agli individui ed alle comunità di prendere decisioni informate e agire per proteggere e migliorare la salute pubblica, specialmente in risposta al cambiamento climatico, promuove una comprensione più profonda di come i fattori ambientali, tra cui la qualità dell'aria e dell'acqua, l'inquinamento e l'esposizione a sostanze pericolose, possano influenzare la salute

Un recente articolo ha sottolineato l'importanza della sostenibilità nei sistemi sanitari, evidenziando come le dimensioni sociali, economiche e ambientali siano fondamentali per garantire un'assistenza sanitaria equa e robusta. In questo contesto, l'alfabetizzazione sanitaria (*Health Literacy* – HL) svolge un ruolo centrale, facilitando la comprensione e l'uso efficace delle informazioni sanitarie, riducendo le disparità e migliorando la sostenibilità complessiva dei servizi sanitari (1).

Introduzione alla sostenibilità dei sistemi sanitari

L'invecchiamento della popolazione, l'incremento delle malattie croniche, le recenti crisi sanitarie ed il cambiamento climatico hanno evidenziato in maniera sempre più pressante la necessità di adottare sistemi sanitari resilienti e sostenibili. Il concetto di sostenibilità in sanità si sviluppa attraverso tre dimensioni fondamentali: sociale, economica e ambientale (2). La **sostenibilità sociale** è incarnata nei principi di equità, inclusività e giustizia sociale, e sottolinea l'importanza di fornire servizi sanitari in modo culturalmente appropriato e che rispondano alle diverse esigenze della popolazione (3).

La **sostenibilità economica** implica un uso accorto delle risorse per garantire che i servizi sanitari siano accessibili per tutte le fasce della popolazione; evidenzia l'importanza di un'erogazione dei servizi sanitari che sia costo-efficace ed efficiente (4).

La **sostenibilità ambientale**, d'altro canto, dipende dalla relazione tra il settore sanitario e l'ambiente naturale: il sistema sanitario esercita un impatto significativo sull'ambiente, tramite una sostanziale produzione di CO₂ e di rifiuti. Passare a pratiche sanitarie che siano anche ambientalmente sostenibili è fondamentale per favorire l'impegno della collettività nella lotta al cambiamento climatico (5).

Centrale per raggiungere un sistema sanitario sostenibile è l'**empowerment** dei singoli individui e delle comunità attraverso il miglioramento dell'alfabetizzazione sanitaria o **health literacy (HL)**, definita come la combinazione di competenze personali e risorse situazionali necessarie affinché le persone possano accedere, comprendere, valutare e utilizzare informazioni e servizi per prendere decisioni riguardanti la salute (6).

La HL, già trattata in alcuni post precedenti a cui rimandiamo per un maggiore approfondimento ([Health literacy. La cornice concettuale](#); [Health literacy e diritti umani](#); [Health literacy e sanità pubblica](#); [L'evoluzione della Health Literacy](#)), è un concetto che sta assumendo sempre maggiore rilevanza dal punto di vista scientifico per il grande impatto che ha dimostrato avere sulla salute. Non è un caso quindi che l'HL possa rivestire un ruolo determinante nel garantire la sostenibilità dei sistemi sanitari.

Sostenibilità Sociale: la HL come determinante di salute

I sistemi sanitari si sforzano di fornire servizi per promuovere la salute, prevenire le malattie e migliorare gli **outcome** di salute della popolazione. Tuttavia, la salute umana è influenzata anche da aspetti più prettamente sociali tra cui, ad esempio, una distribuzione iniqua delle risorse.

La sostenibilità sociale di un sistema sanitario è strettamente legata ai determinanti della salute, in particolare alle disparità socioeconomiche, tradizionalmente misurate attraverso i livelli di istruzione, reddito e/o occupazione, che sono ampiamente considerati le principali cause sottostanti delle disuguaglianze di salute (7). Riuscire a mitigare l'effetto dei determinanti sulla salute delle persone è alla base della sostenibilità sociale di un sistema sanitario.

È qui che la HL entra in gioco. La HL ha un forte impatto sulla salute, ad esempio si è osservato che avere livelli elevati di HL possa migliorare la gestione delle malattie, ridurre le ospedalizzazioni ed in generale garantire un miglior status di salute. Non a caso, in letteratura la HL è stata considerata essa stessa come un determinante di salute (8).

Più recentemente però è stato ipotizzato che svolga la sua azione come mediatore nella relazione tra determinanti socio-economici e specifici **outcome** di salute (9). In pratica, la HL ha la possibilità di ridurre gli effetti negativi sulla salute che possono essere causati da condizioni socio-economiche svantaggiose e, poiché la HL è una variabile più facilmente modificabile rispetto agli altri determinanti, rappresenta un obiettivo prioritario per la riduzione delle disuguaglianze di salute.

La sostenibilità economica: HL e appropriatezza delle cure

Un miglioramento della HL della popolazione potrebbe ridurre l'impatto dell'attuale crisi economica dei sistemi sanitari.

Si è stimato infatti che l'impatto negativo sui costi sanitari dovuto ad una bassa HL sia considerevole (10): secondo uno studio canadese potrebbe rappresentare dal 3% al 5% della spesa totale del sistema sanitario del Canada, con costi associati variabili tra 143 e 7.798 dollari a persona (11).

Infatti, gli individui con una scarsa alfabetizzazione sanitaria sono esposti a un aumentato rischio di complicazioni delle malattie e fanno un uso più frequente dei servizi di emergenza (12).

Al contrario, un'elevata HL è risultata essere un forte predittore dell'aderenza alle terapie farmacologiche ed agli interventi preventivi, quali, ad esempio, gli screening, favorendo così l'appropriatezza delle cure ricevute (13).

La sostenibilità ambientale: l'*environmental health literacy*

Il sistema sanitario ha un impatto significativo sull'ambiente a causa di fattori quali la crescita della popolazione e l'uso di tecnologie ad alto consumo di risorse (14). Come detto sopra, l'HL può aumentare l'appropriatezza dell'uso delle cure, riducendo così il numero di servizi erogati e, di conseguenza, l'impatto sull'ambiente.

L'attenzione crescente al cambiamento climatico e alla crisi ambientale ha portato all'emergere dell'alfabetizzazione sanitaria ambientale o *environmental health literacy* (EHL), una recente sottocategoria della HL.

L'EHL è un concetto che integra varie discipline, tra cui l'HL, la comunicazione del rischio, la salute ambientale, la ricerca sulla comunicazione e la cultura della sicurezza.

L'EHL comprende un ampio spettro di abilità e competenze, permettendo agli individui di cercare, comprendere, valutare e utilizzare informazioni sulla salute ambientale per prendere decisioni informate, mitigare i rischi per la salute, migliorare la qualità della vita e proteggere l'ambiente (15).

L'EHL permette agli individui ed alle comunità di prendere decisioni informate e agire per proteggere e migliorare la salute pubblica, specialmente in risposta al cambiamento climatico, promuove una comprensione più profonda di come i fattori ambientali, tra cui la qualità dell'aria e dell'acqua, l'inquinamento e l'esposizione a sostanze pericolose, possano influenzare la salute (16). Promuovendo contemporaneamente HL ed EHL, possiamo favorire un approccio più sostenibile alla sanità che abbraccia sia la salute umana che il benessere ambientale.

Integrare l'HL nei curricula formativi

Al di fuori del contesto clinico, la principale strategia per aumentare l'HL è migliorare l'istruzione generale degli individui: infatti, generalmente, a titoli di studio più elevati corrisponde anche una HL maggiore (17). Il sistema educativo però rappresenta anche l'ambito ideale per migliorare l'HL incorporando conoscenze e competenze sanitarie nei curricula scolastici esistenti.

Infatti, le conoscenze ed i modelli comportamentali sviluppati in giovane età rivestono un ruolo fondamentale nella creazione di uno stile di vita sano che si estenda poi all'età adulta, influenzando positivamente la salute durante tutto l'arco della vita (18).

L'HL può essere insegnata sia come materia a sé stante sia essere integrata all'interno di altre materie scolastiche come, ad esempio, scienze o educazione fisica (17), ma ad oggi, sono pochi i programmi scolastici che la includano (19).

Infine, l'HL dovrebbe essere integrata anche nei curricula professionali sanitari. Nella maggior parte dei casi gli studenti non sono istruiti sui concetti teorico-pratici dell'HL; infatti, i corsi universitari attuali spesso mancano di insegnamenti che includano le competenze essenziali e le applicazioni pratiche dei principi della HL (20).

In conclusione, il cammino verso una sanità sostenibile è strettamente legato al progresso dell'HL, poiché quest'ultima consente a individui e comunità di prendere decisioni informate sulla salute,

promuovere politiche che favoriscano la salute e contribuire a una più ampia prospettiva di sostenibilità. **Questo impegno richiede un approccio multisettoriale, che includa l'educazione ed il coinvolgimento della comunità.** Tuttavia, nonostante rappresenti un campo di azione promettente, l'HL non dovrebbe essere considerata una panacea per affrontare tutti i problemi di sostenibilità nella sanità. È solo adottando approcci sfaccettati che affrontino l'interazione complessa di fattori sociali, economici e ambientali, che possiamo creare sistemi sanitari più resilienti e sostenibili. Marco del Riccio e Patrizio Zanobini, Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Firenze.

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/07/verso-una-sanita-piu-sostenibile/>

Demografia e salute

quotidiano**sanità**.it

L'Italia che scompare: Istat, oltre 4 milioni di residenti in meno entro il 2050. E nel 2080 saremo solo 46 mln. Nel 2043 più di una famiglia su cinque non avrà dei figli

Tra il 2023 e il 2043 la consistenza delle coppie con figli evolve al ribasso da 7,8 a 6,2 milioni di famiglie (-20%). La diminuzione più consistente si registrerà tra le coppie con almeno un figlio di età compresa tra 0 e 19 anni (-23%): di tale tipologia, che oggi raccoglie cinque milioni di famiglie, si prevede una discesa a 3,9 milioni nel 2043, con una quota rappresentativa del totale prevista in calo dal 19,2% al 14,3%

25 LUG - Lo sbilanciamento fra le nuove e le vecchie generazioni si fa sentire sempre più nel nostro Paese, che è destinato a perdere una quota di **oltre 4 milioni di abitanti entro il 2050**. E' quanto riportano i nuovi dati sulle **previsioni demografiche italiani dell'Istat**, aggiornate al 2023, che evidenziano tendenze la cui direzione parrebbe irreversibile, pur se in un contesto nel quale non mancano elementi di incertezza.

La popolazione residente - emerge dal [report](#) - è in decrescita: da circa 59 milioni al 1° gennaio 2023 a 58,6 mln nel 2030, a 54,8 mln nel 2050 fino a **46,1 mln nel 2080**.

Il rapporto tra individui in età lavorativa (15-64 anni) e non (0-14 e 65 anni e più) passerà da circa tre a due nel 2023 a circa uno a uno nel 2050.

Con un'età media di 51,5 anni entro il 2050 (50,8 per l'Italia), nel Mezzogiorno ci sarà un processo di invecchiamento più rapido.

Tra 20 anni ci sarà circa un milione di famiglie in più, ma saranno più frammentate. Meno coppie con figli, più coppie senza: entro il 2043 meno di una famiglia su quattro sarà composta da una coppia con figli, più di una su cinque non ne avrà.

Tra il 2014 e il 2023, sotto l'azione di dinamiche demografiche recessive, il Paese ha perso circa un milione 350 mila residenti (da 60,3 milioni a poco meno di 59). In linea con tale tendenza, lo scenario di previsione "mediano" contempla un ulteriore calo di 439mila individui entro il 2030 (58,6 milioni), con un tasso di variazione medio annuo pari al -1,1%.

Nel medio termine la diminuzione della popolazione risulterebbe più accentuata: da 58,6 milioni a 54,8 milioni tra il 2030 e il 2050 (tasso di variazione medio annuo pari al -3,3%).

Nella misura in cui si manifestassero le ipotesi demografiche contemplate sotto lo scenario mediano, entro il 2080 la popolazione scenderebbe a 46,1 milioni, diminuendo di ulteriori 8,8 milioni rispetto al 2050 (-5,8% in media annua) mentre il calo complessivo dall'anno base dell'esercizio (2023) ammonterebbe a 12,9 milioni di residenti.

Il progressivo spopolamento investe tutto il territorio, ma con differenze tra Nord, Centro e Mezzogiorno che fanno sì che tale questione raggiunga una dimensione significativa soprattutto in quest'ultima ripartizione. Secondo lo scenario mediano, nel breve termine si prospetta nel Nord (+1,5% annuo fino al 2030) un lieve ma significativo incremento di popolazione, al contrario nel Centro (-0,9%) e soprattutto nel Mezzogiorno (-4,8%) si preannuncia un calo di residenti.

Lo scenario mediano mostra che, nel passaggio che condurrà la popolazione dagli odierni 59 milioni di individui a circa 46 nel 2080, si avranno 21 milioni di nascite, 44,4 milioni di decessi, 18,2 milioni di immigrazioni dall'estero e 8 milioni di emigrazioni.

Nello scenario più attendibile, quindi, la popolazione muta radicalmente, e non solo sotto il profilo quantitativo.

Le attuali anziane generazioni, infatti, portatrici di valori, usi, livelli di istruzione e competenze proprie lasceranno il passo alle nuove che a loro volta saranno portatrici di pari caratteristiche ma evolute.

Nello scenario mediano, dove si contempla una **crescita della fecondità da 1,20 figli per donna nel 2023 a 1,46 nel 2080**, il massimo delle nascite risulta pari a **404mila unità nel 2038**. In seguito, il previsto aumento dei livelli riproduttivi medi non porta un parallelo aumento delle nascite, in quanto contrastato da un **calo progressivo delle donne in età fertile**.

Si tenga presente che nel 2023 il numero delle donne in età 15-49 anni ammonta a 11,6 milioni e che, in base allo scenario mediano, tale contingente è destinato a contrarsi fino a 9,2 milioni nel 2050 e a 7,7 milioni nel 2080. D'altra parte, la prospettiva di una fecondità in rialzo fino a 1,85 figli per donna nel 2080, registrando un intermedio di 1,6 figli per donna nel 2050, ossia quanto ipotizzato nello scenario più favorevole, restituisce un livello di nascite inferiore alle 500mila unità annue.

Simili perturbazioni strutturali interesseranno l'evoluzione della mortalità, per la quale si prevede annualmente un numero sostenuto di eventi di decesso, fino a un picco di 851mila nel 2059 secondo lo scenario mediano, anche in un contesto di buone aspettative sull'evoluzione della speranza di vita (86,1 e 89,7 anni quella prevista alla nascita nel 2080, rispettivamente per uomini e donne, con un guadagno di 4,8 anni per i primi e di 4,4 anni per le seconde sul 2023).

La struttura della popolazione residente è oggetto da anni di uno **squilibrio tra nuove e vecchie generazioni**, dovuto alla combinazione, tipicamente italiana, dell'aumento della longevità e di una fecondità costantemente bassa.

Oggi il Paese presenta la seguente articolazione per età: il 12,4% degli individui ha fino a 14 anni di età; il 63,6% tra 15 e 64 anni; il 24,0% dai 65 anni di età in su.

L'età media, nel frattempo, si è portata a 46,4 anni e ciò colloca l'Italia, subito dopo il Giappone, tra i leader mondiali sul versante della transizione demografica, insieme ad altri Paesi dell'area mediterranea (Portogallo, Grecia, Spagna) e alla Germania.

Le prospettive future comportano un'amplificazione di tale processo, governato più dall'attuale articolazione per età della popolazione che dai cambiamenti ipotizzati circa l'evoluzione della fecondità, della mortalità e delle dinamiche migratorie, in base a un rapporto di importanza, all'incirca, di due terzi e un terzo rispettivamente.

Nel 2050 le persone di 65 anni e più potrebbero rappresentare il 34,5% del totale secondo lo scenario mediano, mentre l'intervallo di confidenza al 90% presenta un minimo del 33,1% e un massimo del 35,8%. Una significativa crescita è attesa anche per la popolazione di 85 anni e più, quella all'interno della quale si concentrerà una più importante quota di individui fragili, dal 3,8% nel 2023 al 7,2% nel 2050 con margini di confidenza tra il 6,4 e l'8%.

Comunque vadano le cose, quindi, l'impatto sulle politiche di protezione sociale sarà importante, dovendo porsi l'obiettivo di **fronteggiare fabbisogni per una quota crescente di anziani**. Sul versante previdenziale, ad esempio, le ipotesi sulle prospettive della speranza di vita a 65 anni contemplate nello scenario mediano presagiscono una crescita importante, a legislazione vigente, dell'età al pensionamento.

Rispetto agli attuali 67 anni, si passerebbe a 68 anni e 2 mesi a decorrere dal 2035, a 69 anni precisi dal 2045 e a 69 anni e 10 mesi dal 2055. I giovani fino a 14 anni di età, sebbene nello scenario mediano si preveda una fecondità in parziale recupero, potrebbero rappresentare entro il 2050 l'11,2% del totale, registrando una moderata flessione in senso relativo ma non in assoluto.

Infatti, sul piano dei rapporti intergenerazionali si presenterà un rapporto squilibrato tra ultrasessantacinquenni e ragazzi, in misura di oltre tre a uno.

A contribuire alla crescita assoluta e relativa della popolazione anziana concorrerà soprattutto il **transito delle folte generazioni degli anni del baby boom** (nati negli anni '60 e prima metà dei '70) tra le età adulte e senili, con concorrente riduzione della popolazione in età lavorativa.

Nei prossimi trent'anni, infatti, la popolazione di 15-64 anni scenderebbe al 54,3% in base allo scenario mediano, con una forchetta potenziale compresa tra il 53,3% e il 55,5%, evidenziando anche qui un quadro evolutivo certo, con importanti ricadute sul mercato del lavoro e sui fabbisogni da garantire al sistema di welfare.

Tra le future trasformazioni demografiche va evidenziato il processo di invecchiamento nel Mezzogiorno. Per quanto tale ripartizione geografica presenti ancora oggi un profilo per età più giovane, l'età media dei suoi residenti transita da 45,5 anni nel 2023 a 51,5 anni nel 2050 (scenario mediano), sopravanzando sia il Nord, che nel medesimo anno raggiunge un'età media di 50,2 anni, sia il Centro che si attesta in quel momento a 51,1 anni.

Nei prossimi 20 anni si prevede un **aumento di circa 930mila famiglie**: da 26 milioni nel 2023 si arriverà a 26,9 milioni nel 2043 (+3,5%). Si tratta di famiglie sempre più piccole, caratterizzate da una maggiore frammentazione, il cui numero medio di componenti scenderà da 2,25 persone nel 2023 a 2,08 nel 2043. Anche le famiglie con almeno un nucleo (ossia contraddistinte dalla presenza di una relazione di coppia o di tipo genitore-figlio) varieranno la loro dimensione media da 2,94 a 2,79 componenti.

L'aumento del numero di famiglie deriverà prevalentemente da una crescita delle famiglie senza nuclei (+16%) che salgono da 10 milioni a 11,5, arrivando a rappresentare nel 2043 il 42,9% delle famiglie totali (nel 2023 erano il 38,3%).

Al contrario, le famiglie con almeno un nucleo diminuiranno di oltre il 4%: tali famiglie, nel 2023 pari a 16,1 milioni (il 61,7% del totale), nel 2043 scenderanno a 15,4 milioni, costituendo così solo il 57,1% delle famiglie. Un tale calo delle famiglie con nuclei deriva dalle conseguenze di lungo periodo delle dinamiche socio-demografiche in atto in Italia.

L'invecchiamento della popolazione, con l'aumento della speranza di vita, genera infatti un maggior numero di persone sole, il prolungato calo della natalità incrementa le persone senza figli, mentre l'aumento dell'instabilità coniugale, in seguito al maggior numero di scioglimenti di legami di coppia, determina un numero crescente di individui soli e di monogenitori.

Tra 20 anni quattro famiglie su 10 costituite da persone sole. L'aumento della speranza di vita e dell'instabilità coniugale fanno sì che il numero di persone che vivono da sole, vere e proprie **"micro-famiglie"**, cresceranno nel complesso del 15%, facendo aumentare il loro ammontare da 9,3 milioni nel 2023 a 10,7 nel 2043.

Tra l'altro, tale aumento, tanto assoluto quanto relativo, è quello che spiega in più larga misura la crescita globale del numero totale di famiglie.

Per le famiglie unipersonali le differenze di genere sono sostanziali.

Gli uomini che vivono soli vedranno un incremento del 10%, passando da 4,2 a 4,7 milioni nel 2043. Per le donne sole si prevede una crescita ancora maggiore (+20%), che ne determina un aumento da 5,1 a 6 milioni. Le famiglie monocomponente, per via della loro composizione per età, hanno un importante impatto sociale, considerando che è soprattutto nelle età più avanzate che le persone sole aumentano in modo significativo. Già nel 2023, tra i 9,3 milioni di persone sole quelle con 65 anni e più ammontano a 4,4 milioni, costituendo il 47,5% del totale.

Negli anni a venire l'incidenza di ultrasessantacinquenni sul complesso delle famiglie unipersonali cresce in misura consistente.

Nel 2043, grazie a una crescita di ben il 40%, gli ultrasessantacinquenni soli raggiungeranno i 6,2 milioni, arrivando a costituire il 57,7% dei 10,7 milioni di persone che si prevede vivranno sole.

Per effetto della prolungata bassa fecondità, senza significativa soluzione di continuità negli ultimi decenni, e sulla base delle ipotesi considerate nello scenario mediano, si prevede una prosecuzione della **diminuzione delle coppie con figli**.

Tale tipologia familiare, che oggi rappresenta quasi tre famiglie su 10 (29,8%), nel 2043 potrebbe scendere a meno di un quarto del totale (23%). Tra il 2023 e il 2043 la consistenza delle coppie con figli evolve al ribasso da 7,8 a 6,2 milioni di famiglie (-20%).

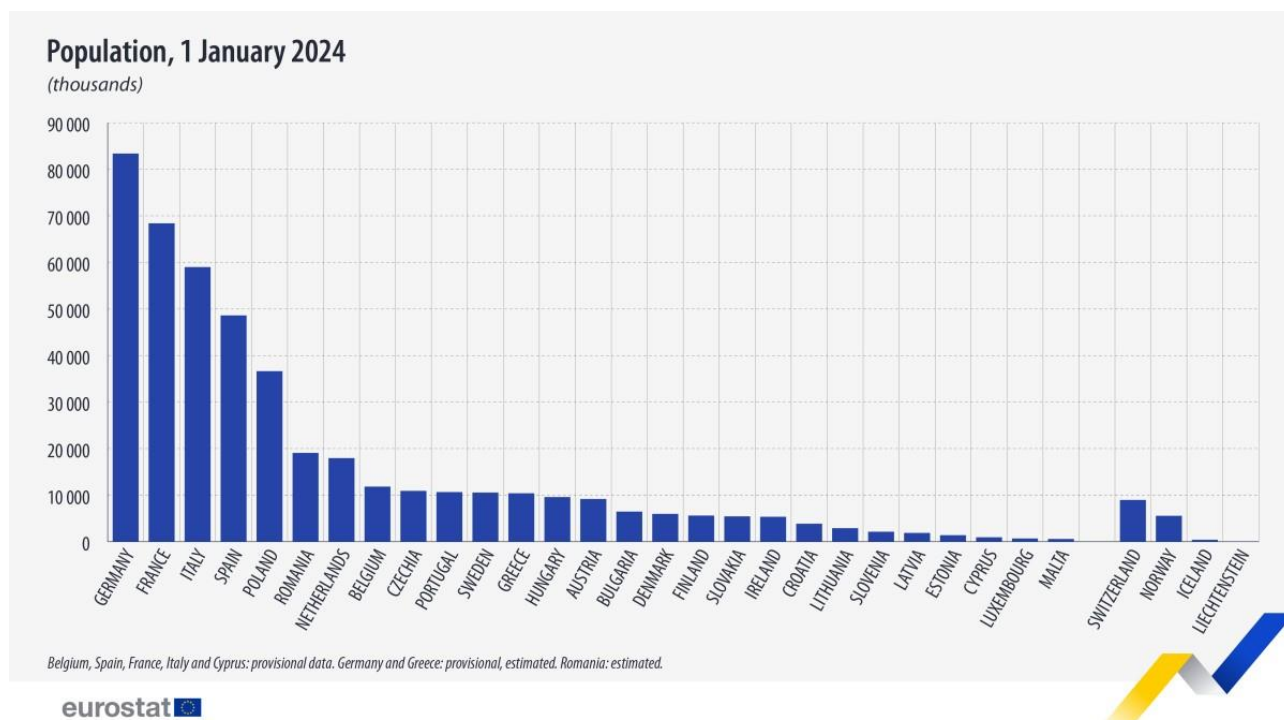
La diminuzione più consistente si registrerà tra le coppie con almeno un figlio di età compresa tra 0 e 19 anni (-23%): di tale tipologia, che oggi raccoglie cinque milioni di famiglie, se ne prevede una discesa a 3,9 milioni nel 2043, con una quota rappresentativa del totale prevista in calo dal 19,2% al 14,3%.

Al contrario, si prevede per le coppie senza figli un aumento da 5,3 milioni nel 2023 a 5,9 milioni dopo 20 anni (+11%). La loro quota di rappresentanza sul totale delle famiglie cresce così dal 20,3 al 21,8%.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=123681



L'Italia è il terzo Paese più popoloso dell'Ue



Dopo un calo nel 2020 e 2021 a causa dell'impatto della pandemia di COVID-19, la popolazione dell'UE è aumentata per il secondo anno consecutivo, passando da 447,6 milioni al 1° gennaio 2023 a 449,2 milioni di persone al 1° gennaio 2024. Il cambiamento naturale negativo (più decessi che nascite) è stato superato dal saldo migratorio positivo. La crescita demografica osservata può essere ampiamente attribuita all'**aumento dei movimenti migratori post-COVID-19** e all'afflusso di **persone sfollate dall'Ucraina** che hanno ricevuto lo status di protezione temporanea nei paesi dell'UE, a seguito dell'aggressione russa del febbraio 2022.

Mentre la popolazione complessiva dell'UE è aumentata nel 2024, **non tutti i paesi dell'UE hanno registrato aumenti di popolazione**. In totale, 7 paesi hanno registrato una diminuzione della popolazione tra il 1° gennaio 2023 e il 1° gennaio 2024, con le maggiori diminuzioni riportate in Polonia (-132.800 persone), Grecia (-16.800) e Ungheria (-15.100). Gli aumenti sono stati osservati negli altri 20 paesi, con i maggiori in Spagna (+525.100), Germania (+330.000) e Francia (+229.000). In generale, Germania, Francia e Italia sono nell'ordine le tre nazioni più popolate dell'Ue, seguite dalla Spagna. Con una **densità che, nel caso dell'Italia, è ben superiore**, tenendo conto che la superficie del territorio del Belpaese è circa il 55 per cento di quella francese e circa il 60 per cento di quella spagnola, mentre corrisponde a poco più dell'80 per cento della superficie della Germania. Secondo Eurostat, considerando un arco di tempo più lungo, la popolazione dell'UE è cresciuta **da 354,5 milioni nel 1960 a 449,2 milioni al 1° gennaio 2024**, un aumento di 94,7 milioni di persone. Il tasso di crescita demografica è gradualmente rallentato negli ultimi decenni: la popolazione dell'UE è aumentata in media di circa 0,6 milioni di persone all'anno nel periodo 2015-2024, mentre l'aumento medio negli anni '60 era di 2,9 milioni di persone all'anno. Mentre la popolazione dell'UE è diminuita nel 2020 di circa mezzo milione di persone e nel 2021 di quasi 0,3 milioni di persone a causa della pandemia di COVID-19, ha iniziato a recuperare la sua crescita come mostrano i nuovi dati. La popolazione dei singoli paesi dell'UE al 1° gennaio 2024 variava da 0,6 milioni a Malta a 83,4 milioni in Germania. Germania, Francia e Italia insieme comprendevano quasi la metà (47%) della popolazione totale dell'UE al 1° gennaio 2024.

https://www.idealista.it/news/finanza/economia/2024/07/16/182174-l-italia-e-il-terzo-paese-piu-popoloso-dell-ue?utm_medium=displayothers&utm_campaign=newsGeneralContent&utm_campaigntype=allUsers&utm_project=newsGeneralContent&utm_source=outbrain&utm_placement=IT_La+Repubblica+RepGroup+Gedi+Network+%28GEDI+DIGITAL%29&utm_providercampaignname=it-IT-traffic-news-desktop&utm_providercampaignid=00ef96f0305cd235de2890605f4f1f0884&utm_provideradid=00d1562f1a7ec71b310b1b4d1fe3a4ffda&utm_idcatalogue=news_all&utm_providerclickid=v4-coOCgJf-1078740534&utm_content=migrated&utm_bidtype=1&utm_id=00ef96f0305cd235de2890605f4f1f0884&dicbo=v4-coOCgJf-1078740534

Pandemia in essere e in arrivo

quotidiano**sanità**.it

Monitoraggio Covid. L'ondata estiva non si placa: nuovi casi in crescita di oltre il 50%. E iniziano a salire anche i ricoveri

In totale nell'ultima settimana registrati quasi 14 mila nuovi casi. Al 24/07/2024 l'occupazione dei posti letto in area medica è pari a 2,4% (1.517 ricoverati), in leggero aumento rispetto alla settimana precedente (1,9% al 17/07/2024). L'indice Rt sale ancora a 1,24. L'incidenza più elevata è stata riportata nella regione Campania (45 casi per 100.000 abitanti) e la più bassa nelle Marche (2 casi per 100.000 abitanti).

26 LUG -

Non si placa l'ondata estiva di Covid con un aumento dei nuovi casi (quasi 14 mila) del 53% nell'ultima settimana. È quanto emerge dal monitoraggio di Iss e Ministero della Salute. Al 24/07/2024 l'occupazione dei posti letto in area medica è pari a 2,4% (1.517 ricoverati), in leggero aumento stabile rispetto alla settimana precedente (1,9% al 17/07/2024). Stabile l'occupazione dei posti letto in terapia intensiva, pari a 0,4% rispetto alla settimana precedente (0,5% al 17/07/2024).

I tassi di ospedalizzazione e mortalità sono più elevati nelle fasce di età più alte (tasso di ospedalizzazione nelle fasce 80-89 e >90 anni rispettivamente pari a 47 e 86 per 1.000.000 ab., tasso di ricovero in terapia intensiva nelle fasce 80-89 e >90 anni pari a 1 per 1.000.000 ab. e tasso di mortalità nelle fasce 80-89 e >90 anni rispettivamente pari a 4 e 12 per 1.000.000 ab.).

Diffusione

L'indice di trasmissibilità (Rt) calcolato con dati aggiornati al 24 luglio 2024 e basato sui casi con ricovero ospedaliero, al 15/07/2024 è pari a 1,24 (1,14-1,35), stabile rispetto alla settimana precedente (Rt=1,20 (1,08-1,32) al 08/07/2024).

L'incidenza di casi COVID-19 diagnosticati e segnalati nel periodo 18/07/2024 - 24/07/2024 è pari a 23 casi per 100.000 abitanti, in lieve aumento rispetto alla settimana precedente, pur rimanendo bassa (15 casi per 100.000 abitanti nella settimana 11/07/2024 - 17/07/2024).

L'incidenza settimanale (11/07/2024 - 17/07/2024) dei casi diagnosticati e segnalati risulta in lieve aumento nella maggior parte delle Regioni/PPAA rispetto alla settimana precedente. L'incidenza più elevata è stata

riportata nella regione Campania (45 casi per 100.000 abitanti) e la più bassa nelle Marche (2 casi per 100.000 abitanti).

Le fasce di età che registrano il più alto tasso di incidenza settimanale sono 80-89 e >90 anni. L'incidenza settimanale è in aumento nella maggior parte delle fasce d'età. L'età mediana alla diagnosi è di 60 anni, in leggera diminuzione rispetto alla settimana precedente.

La percentuale di reinfezioni è il 48% circa, in lieve diminuzione rispetto alla settimana precedente.

Varianti

In base ai dati di sequenziamento presenti nella piattaforma nazionale I-Co-Gen, nell'ultimo mese di campionamento consolidato (giugno 2024, dati al 21/07/2024), si osserva la co-circolazione di differenti sotto-varianti di JN.1 attenzionate a livello internazionale.

In crescita la proporzione di sequenziamenti attribuibili al lignaggio KP.3.1.1 (05/2024: 1.9%, 06/2024: 18.7%), oggetto di monitoraggio internazionale (VUM), caratterizzato dalla delezione del residuo di serina in posizione 31 della proteina spike. Studi recenti, condotti su differenti discendenti di JN.1 che hanno acquisito in maniera convergente tale mutazione, ne suggeriscono un possibile ruolo nel conferimento di un vantaggio di crescita al virus.

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=123729



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Déjà Vu All Over Again: rifiutarsi di imparare le lezioni del Covid-19

Michael S. Sinha, Wendy E. Parmet, Gregg S. Gonsalves

Pubblicato il 24 luglio 2024

DOI: 10.1056/NEJMp2406427

La diffusione dell'influenza aviaria H5N1 tra bovini e altri animali da fattoria, nonché tra i lavoratori agricoli negli Stati Uniti, ha sollevato preoccupazioni circa il potenziale di una pandemia influenzale. Sebbene la minaccia di una pandemia H5N1 non sembri imminente (questa variante deve ancora mostrare il potenziale di essere trasmessa da uomo a uomo), la risposta iniziale del governo federale suggerisce che, anziché prestare attenzione alle lezioni del Covid-19, i funzionari eletti e altri decisori chiave potrebbero fare affidamento su un pericoloso tipo di revisionismo che potrebbe portare a più decessi, se l'H5N1 dovesse causare una pandemia.

La prospettiva di una pandemia di H5N1 è stata fonte di preoccupazione fin da quando il virus è stato isolato dagli esseri umani a Hong Kong nel 1997. In risposta, il governo degli Stati Uniti ha iniziato a sviluppare piani di preparazione alla pandemia. Una serie di relazioni dell'Institute of Medicine (ora National Academy of Medicine) e delle National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine ha sottolineato la necessità di accumulare dispositivi di protezione individuale, catene di fornitura resilienti e un maggiore coordinamento tra agenzie e vari livelli di governo.¹ Eppure, nonostante questi piani e avvertimenti, e nonostante fossero classificati come i più preparati tra i 195 paesi a gestire una pandemia nel Global Health Security Index nel 2019, quando è arrivato il Covid-19, gli Stati Uniti se la sono cavata terribilmente secondo la maggior parte delle misure.²

Durante la pandemia, le debolezze ben descritte nella risposta sanitaria pubblica degli Stati Uniti sono state spesso mascherate da un eccesso di sicurezza, poiché alcuni funzionari eletti e nominati politici hanno continuamente rassicurato gli americani che il paese aveva "gli strumenti" per rispondere

adeguatamente a questa nuova minaccia. I tipi di problemi di test e sorveglianza che hanno rovinato la risposta al Covid-19 si stanno ora ripetendo con l'H5N1, con recenti analisi genetiche che suggeriscono che il virus ha circolato inosservato nel bestiame per mesi. ³ A causa di test inadeguati, anche il numero effettivo di casi tra i lavoratori del settore lattiero-caseario e altri lavoratori agricoli è sconosciuto. Come nel caso degli stabilimenti di confezionamento della carne nei primi mesi della pandemia di Covid-19, la riluttanza dei datori di lavoro delle aziende lattiero-casearie a collaborare con i funzionari sanitari ha ostacolato test e sorveglianza su larga scala.

La risposta iniziale all'H5N1 ha anche sofferto di linee di giurisdizione fratturate tra enti governativi. All'inizio della pandemia di Covid-19, la risposta degli Stati Uniti è stata indebolita da divisioni incerte di autorità e mancanza di coordinamento e cooperazione tra i Centers for Disease Control and Prevention (CDC), la Food and Drug Administration, il Department of Homeland Security, l'Administration for Strategic Preparedness and Response, la Casa Bianca e stati e località. Per affrontare questo problema, numerosi esperti hanno chiesto di concedere al CDC maggiore autorità per guidare la risposta federale a una pandemia, ma tali misure non sono state emanate. Nonostante gli sforzi a sostegno di un migliore coordinamento interagenzia e l'istituzione dell'Office of Pandemic Preparedness and Response Policy nel 2023, continuano a esserci ambiguità riguardo ai confini e alle autorità giurisdizionali e sono riemerse battaglie territoriali tra il governo federale e gli stati.

La minaccia H5N1 sta emergendo anche in un contesto sociale, politico e fiscale meno favorevole agli sforzi per la salute pubblica rispetto all'ambiente di inizio 2020. Ad esempio, la capacità di aumentare rapidamente le contromisure farmaceutiche, compresi i vaccini, negli Stati Uniti potrebbe essere compromessa a causa dell'aumento del sentimento anti-vaccino e delle controversie legali, il che rende più rischioso per i produttori investire in ricerca e produzione. Il fatto che alcuni produttori di vaccini contro il Covid-19, come Johnson & Johnson, AstraZeneca e Novavax, abbiano lottato per guadagnare quote di mercato negli Stati Uniti sottolinea i rischi economici associati allo sviluppo di vaccini pandemici in condizioni di emergenza.

Inoltre, nell'attuale clima politico, il Congresso potrebbe non essere disposto a investire miliardi di dollari in ricerca e sviluppo, come ha fatto per l'operazione Warp Speed. In effetti, data la crescente polarizzazione politica, non si può contare sugli stanziamenti del Congresso per sostenere un accesso diffuso ai test o ai trattamenti, il che potrebbe lasciare i pazienti dipendenti da un sistema assicurativo profondamente frammentato e svantaggiare le persone che non sono assicurate o sono sottoassicurate. Il Congresso potrebbe anche essere meno disposto a fornire i tipi di sostegno sociale, come protezioni ampliate per disoccupazione e sfratti, che hanno contribuito a tamponare il colpo del Covid-19. Inoltre, nel caso dell'H5N1, gli interessi del Congresso potrebbero essere frammentati, poiché diversi comitati hanno autorità sulla politica agricola e sanitaria. La decisione del Congresso di imporre la restituzione dei fondi CDC non spesi nell'accordo di stanziamento per l'anno fiscale 2024 e la scadenza dei programmi di emergenza Covid-19 hanno anche sollevato preoccupazioni tra i funzionari della sanità pubblica sul fatto che avranno le risorse necessarie per rispondere alle nuove minacce.

Una futura pandemia, causata dall'H5N1 o da un altro agente patogeno, potrebbe anche verificarsi in un contesto legale molto diverso da quello del Covid-19. Negli ultimi anni, molti stati si sono affrettati a limitare l'autorità dei funzionari sanitari, limitando così la loro capacità di rispondere alle emergenze di salute pubblica. ⁴ Riflettendo la diffusa reazione contro l'uso delle mascherine, ad esempio, stati come Iowa e Tennessee hanno emanato leggi che proibiscono alle scuole di richiedere l'uso delle mascherine nella maggior parte delle circostanze; altri stati hanno limitato la capacità dei funzionari sanitari statali o locali di limitare gli assembramenti religiosi o imporre altri tipi di ordini di salute pubblica. In alcuni stati, anche le decisioni giudiziarie hanno limitato la capacità dei funzionari statali o locali di rispondere a una pandemia. ⁵ Ad esempio, in *James contro Heinrich*, la Corte Suprema del Wisconsin ha stabilito che i funzionari sanitari locali non hanno l'autorità di chiudere le scuole.

Nel corso della pandemia di Covid-19, anche le corti federali hanno modificato il loro approccio alla revisione degli ordini di salute pubblica, sostituendo lo scetticismo alla deferenza verso i funzionari sanitari. ⁵ Nel 2021, la Corte Suprema degli Stati Uniti in *Tandon contro Newsom* ha stabilito che un

ordine della California che limitava il numero di persone che potevano incontrarsi in una casa privata violava la libertà religiosa delle persone che volevano riunirsi per lo studio della Bibbia. Inoltre, basandosi sulla nuova "dottrina delle questioni principali" (che sostiene che le agenzie federali, comprese le agenzie sanitarie, non possono emanare regolamenti o ordini su questioni di grande importanza economica o politica senza un'autorizzazione esplicita del Congresso), la Corte ha bloccato la moratoria sugli sfratti del CDC e la norma dell'Occupational Safety and Health Administration che richiedeva ai grandi datori di lavoro di imporre la vaccinazione o i test Covid-19 e l'uso della mascherina per i propri dipendenti. Le corti inferiori hanno vietato gli obblighi vaccinali che si applicavano ai contraenti federali e l'obbligo di mascherina del CDC per i trasporti pubblici. ⁵ Tali sentenze implicano che le agenzie sanitarie federali avrebbero molto probabilmente bisogno di un'autorizzazione esplicita dal Congresso prima di poter adottare misure critiche per rallentare la diffusione di una nuova pandemia negli Stati Uniti. La decisione della Corte Suprema di giugno di ribaltare la dottrina Chevron, che ha concesso deferenza all'interpretazione delle agenzie amministrative dei loro poteri statuari, probabilmente comprometterà ulteriormente la capacità delle agenzie sanitarie di rispondere a nuove minacce per la salute.

Con meno strumenti a disposizione della comunità sanitaria pubblica, una nuova pandemia potrebbe potenzialmente diffondersi anche più velocemente del Covid-19, travolgendo ospedali e obitori più rapidamente, mettendo più stress sugli operatori sanitari e causando più decessi, anche se il virus causale non è più letale del SARS-CoV-2. La cosa più preoccupante, crediamo, è l'apparente incapacità di politici ed esperti di comprendere che una nuova pandemia potrebbe apparire diversa dalla precedente, minacciando popolazioni diverse e presentando compromessi diversi. Alcune misure di mitigazione chiave a livello di comunità, come la chiusura delle scuole, che potrebbero essere molto più importanti se un nuovo agente patogeno fosse associato a una mortalità più elevata tra i giovani rispetto al SARS-CoV-2, come è stato visto in molteplici focolai di influenza aviaria, ora probabilmente incontreranno resistenza politica, legale e popolare. La natura generalizzata delle nuove restrizioni all'autorità sanitaria pubblica e alcune misure di mitigazione, specialmente in un ambiente pieno di disinformazione e attacchi agli operatori sanitari pubblici, potrebbero dissuadere i funzionari dal prendere decisioni basate su prove che potrebbero aiutare a proteggere le popolazioni vulnerabili.

Gli Stati Uniti devono essere pronti per le sfide future, anche se le agenzie governative e i leader politici sembrano impreparati all'emergere di una nuova malattia infettiva o alla ricomparsa di un vecchio nemico, come l'influenza. Di fronte a molteplici vincoli sulla salute pubblica, i professionisti sanitari possono parlare dell'importanza di porre rimedio ai problemi esposti dal Covid-19, sostenere nuovi investimenti nella preparazione della salute pubblica e consigliare i dipartimenti sanitari locali, i funzionari eletti e i loro pazienti su approcci basati sulle prove per proteggersi dalla diffusione della malattia. In tempi difficili, la competenza scientifica deve rimanere una luce guida; i professionisti sanitari possono contribuire a garantire che ciò accada.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2406427?query=TOC&ssotoken=U2FsdGVkX1%2BnjhN%2FZ3Ko20Y3C%2BsMueEZh%2FREhyPJXTQrrvn%2FP5G9kTThwVd2bCvV5P1Cj3kzwdLYvtwq3sT2MaN2lQQXFFV%2BGIEeWxcFi%2B38tG%2BddxEiAeqBbCdhb7EzMCyalU8NxeiiUq%2Fon%2FMWTQtP4soDr8RHSY7ahO1zK5C%2FOMZF059iMKTSJ3TXE6b3p0hsxJ1IDjRL866oYONs2A%3D%3D&cid=DM2352625 Non Subscriber&bid=-1862285772>

CORRISPONDENZA | ONLINE FIRST

Preparazione alle minacce epidemiche emergenti: rilevamento della circolazione dell'Oropouche a Cuba

Maria Eugenia Toledo • Sonia Monteagudo Díaz • Tamara Montenegro Calderón • Katharina Kreppel •

Eline Van Damme • Veerle Vanlerberghe ✉

Pubblicato: 04 luglio 2024 • Fonte: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(24\)00418-3](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(24)00418-3)

I programmi di sorveglianza di routine si concentrano principalmente su malattie note e sindromi cliniche di importanza locale. Tuttavia, per essere preparati al patogeno X, è fondamentale la diagnosi precoce di malattie insolite o nuovi patogeni. Con il rischio di diffusione globale, la diagnosi tempestiva e precoce sta diventando sempre più importante per rilevare i focolai mentre possono ancora essere contenuti.

1

Il virus Oropouche (OROV), descritto per la prima volta nel 1955 a Trinidad e Tobago, ha causato epidemie occasionali in alcuni paesi latinoamericani, ma non era mai stato segnalato a Cuba fino al 2024. Il 27 maggio 2024, il Ministero della Salute Pubblica cubano ha segnalato il primo focolaio di febbre Oropouche sull'isola.

2

L'epidemia è stata rilevata dal sistema di sorveglianza preesistente a Cienfuegos, Cuba, dove la febbre dengue è endemica. Per oltre due decenni, il sistema sanitario di Cienfuegos (e Cuba) ha monitorato i casi di febbre dengue e sindrome febbrile acuta per rilevare aumenti stagionali o epidemici di casi sospetti di febbre dengue. A maggio 2024, oltre alle voci tra i residenti locali di casi di sindrome febbrile in cluster nelle aree periurbane, il sistema di sorveglianza locale di Cienfuegos è stato avvisato di insolite osservazioni temporali e spaziali nella serie temporale di sindromi febbrili acute indifferenziate. C'è stato un insolito aumento di casi febbrili dalla settimana epidemiologica 14, che è stato mantenuto nella zona di allarme del canale endemico per 5 settimane prima di passare alla zona epidemica nella settimana 22. Questo aumento si è verificato 6 settimane prima del periodo previsto di aumento stagionale delle sindromi febbrili acute nel canale endemico in base ai dati di sorveglianza 2017-23. La percentuale di test IgM positivi al virus della dengue (DENV) tra le persone con febbre acuta durante le settimane 14-19 è rimasta bassa (1,2%; e 0,6% durante le settimane 20-22). Le aree più colpite sono state le zone periurbane della provincia di Cienfuegos (Abreus e Yaguaramas) e del comune (area sanitaria 8), che sono considerate aree in cui si sostiene la trasmissione del DENV durante i periodi interepidemici, ma non dove potrebbe scoppiare un'epidemia.

Sono stati segnalati più di 3393 casi ambulatoriali febbrili nella settimana epidemiologica 22 a Cienfuegos. 20 pazienti sono stati selezionati nei primi 5 giorni dopo l'insorgenza della febbre per il test PCR OROV di conferma come parte del sistema di sorveglianza di laboratorio di routine. I test PCR hanno confermato l'infezione da OROV e i sintomi del paziente erano simili a quelli delle malattie arbovirali, che sono elencati in ordine di frequenza: febbre di 38–40°C (n=16), malessere generale (n=12), mal di testa (n=10), mialgia (n=6), artralgia (n=5), diarrea (n=4), vomito (n=3), rash (n=2), dolore retrooculare (n=2) e dolore addominale (n=2).

Il comune è stato tempestivamente avvisato di una potenziale circolazione di OROV dall'allerta dell'Organizzazione Panamericana della Sanità

5

e il sistema di sorveglianza delle sindromi cliniche. Oltre a migliorare la capacità di prima linea e la diagnosi precoce, potrebbe essere necessario rafforzare il programma con misure di controllo dei vettori. Tuttavia, nel caso dell'OROV, il controllo mirato dei vettori può essere impegnativo in quanto è trasmesso dalle zanzare *Culex* e dai moscerini pungenti *Culicoides*, questi ultimi precedentemente sconosciuti per trasmettere patogeni di importanza per la salute pubblica. La differenza nei vettori tra DENV e OROV potrebbe spiegare l'assenza di sovrapposizione spaziale nel periodo osservato (OROV era più evidente nelle aree rurali). Inoltre, la crescente urbanizzazione globale ha cambiato i modelli di vita e di lavoro delle persone e ha influenzato la dispersione delle malattie (ad esempio, COVID-19 e febbre dengue).

6

Sono necessari nuovi meccanismi di sorveglianza e risposta all'interno di sistemi sanitari rafforzati, utilizzando approcci nuovi e integrati, una sorveglianza sindromica a lungo termine, un migliore accesso alla diagnosi e un monitoraggio della mobilità umana su piccola scala per comprendere meglio le dinamiche di trasmissione.

Per OROV, rimangono molte lacune nella ricerca sull'assistenza ai pazienti, sulla valutazione del rischio e sulle misure efficaci di salute pubblica. L'istituzione di reti internazionali tra laboratori clinici, istituzioni di salute pubblica e mondo accademico sarà fondamentale per l'individuazione e la risposta adeguata agli eventi anomali. Cuba, come parte della comunità globale e della cooperazione internazionale, sta investendo in solidi sistemi di preparazione adattati a contesti sempre più urbanizzati con contesti epidemiologici in evoluzione. La condivisione delle migliori pratiche e misure potrebbe anche aiutare la pianificazione della preparazione futura. La chiave sarà evitare di implementare questa preparazione in compartimenti stagni, ma soprattutto adottare un approccio One-Health.

[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(24\)00418-3/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(24)00418-3/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

quotidianosanita.it

Tumori della mammella e del colon. Al Sud più anni di vita persi e più pazienti che vanno fuori Regione. I dati dell'Iss

I tassi di mortalità raggiungono quelli del Nord. Tra le cause c'è anche il minore ricorso agli screening. E dove si fanno meno screening aumenta anche l'indice di fuga. I dati del primo rapporto del Gruppo di Lavoro dell'Iss su equità e salute nelle Regioni. Bellantone: "Gli spunti contenuti nel documento potranno essere molto utili per elaborare strategie che riescano a mitigare le disparità regionali"

24 LUG -

Nelle regioni del Sud si perdono più anni di vita per i tumori della mammella e del colon e i tassi di mortalità, che storicamente erano più bassi rispetto al Nord, ora sono paragonabili.

È quanto emerge dal primo rapporto del Gruppo di Lavoro su equità e salute nelle Regioni dell'Istituto Superiore di Sanità, pubblicato oggi sul sito dell'Iss, secondo cui tra le cause c'è anche il minore ricorso agli screening: nelle aree dove si partecipa meno a questa forma di prevenzione, sottolineano gli autori, oltre ad avere una maggiore mortalità c'è anche un più alto indice di fuga, con pazienti costretti a spostarsi per potersi operare.

Il gruppo, istituito dal presidente dell'Iss **Rocco Bellantone**, ha utilizzato, i dati di mortalità per causa, i dati sulle coperture degli Screening oncologici ottenuti dai sistemi di sorveglianza (in particolare da Passi e Passi d'Argento) e i dati sulle Schede di Dimissione Ospedaliera.

Sono state quindi analizzate, separatamente per tumore della mammella e per tumore del colon-retto, che rappresentano il 40% di tutte le diagnosi di tumore in Italia, le differenze regionali nella mortalità totale e prematura, è stato valutato l'impatto che i programmi di screening hanno avuto sulla riduzione della mortalità per queste cause negli ultimi 20 anni e infine è stata analizzata la capacità delle singole regioni di presa in carico dei pazienti oncologici attraverso l'analisi della mobilità sanitaria extra-regionale.

“Questo rapporto, a cui a breve seguirà un lavoro simile sulle patologie cardiovascolari, è un esempio ulteriore di cosa può fare l'Iss per aiutare il Servizio Sanitario Nazionale – afferma Rocco **Bellantone** –. Sono sicuro che gli spunti contenuti nel documento potranno essere molto utili per elaborare strategie che riescano a mitigare le disparità regionali nell'accesso all'assistenza sanitaria, di gran lunga il problema principale della sanità nel nostro paese”.

Ecco i dati principali emersi dall'indagine

La mortalità cala ma non al Sud, dove si perdono più anni di vita

- In Italia, la mortalità per tumore della mammella dal 2001 al 2021 si è ridotta del 16%, ma con ritmi diversi nelle diverse aree del Paese: al Sud la riduzione di mortalità è stata inferiore rispetto a quanto osservato nel Nord (-6% vs -21%). In alcune Regioni del Sud, quali Calabria, Molise e Basilicata, si osservano addirittura degli incrementi pari al 9%, 6% e 0,8% rispettivamente.

Anche per il tumore del colon gli andamenti sono simili: dal 2005 al 2021 risulta che nelle donne la mortalità si è ridotta di circa il 30% nelle aree del Nord (-29%) e del Centro (-27%) e molto meno al Sud (-14%). Il divario tra Nord e Sud risulta ancora più ampio fra gli uomini, dove la riduzione è stata pari a -33% nel Nord, -26% al Centro e solo -8% nel Meridione. La regione più critica è rappresentata dalla Calabria dove in 15 anni la riduzione è stata minima nelle donne (-2%) e praticamente nulla negli uomini (-0,9%).

- Per il tumore della mammella c'è stata una diminuzione progressiva degli anni di vita persi nelle regioni del Nord e in parte del Centro, mentre le regioni del Sud non mostrano evidenti cambiamenti in questo parametro. Ancora peggio va per il tumore del colon: il Sud mostra andamenti crescenti (quindi un aumento della mortalità prematura) in entrambi i sessi in contrasto con i valori del Nord e del Centro.

La mortalità cala dove si fanno più screening

- La copertura totale dello screening mammografico disegna un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle regioni meridionali con la percentuale di adesione che va dal 90% raggiunto in molte regioni settentrionali ad appena il 60% in alcune regioni meridionali). Nelle Regioni del Nord, dove la copertura di popolazione degli screening è elevata, la riduzione di mortalità per tumore della mammella tra il 2001 ed il 2021 è più forte (oltre il 35%) rispetto alle regioni del Sud. Andamento simile anche per i tumori del colon: la copertura dello screening per il tumore del colon-retto raggiunge valori più alti fra i residenti al Nord (67%), ma è significativamente più basso fra i residenti del Centro (51%) e del Sud (26%). Nelle regioni del Centro e del Nord dove lo screening è partito prima e con livelli di copertura più elevati (intorno al 70%) la mortalità si è ridotta di circa il 30%, molto più che al Sud (-14% nelle donne e -8 negli uomini).

Dove si fanno meno screening aumenta anche l'indice di fuga

Per entrambi i tumori il rapporto mostra livelli contenuti di mobilità dei pazienti nel Centro e nel Nord del Paese. Nel Sud comprese le isole sono presenti livelli di mobilità nettamente più alti (circa 3 volte) rispetto al Centro-Nord. Per quanto riguarda il tumore della mammella se si guarda alla correlazione tra l'indice di fuga e la copertura dello screening emerge che le Regioni con le coperture di screening più alte presentano indici di fuga più bassi. “Questo dato – sottolineano gli autori - evidenzia come in Regioni in cui lo screening mammografico raggiunge una buona parte della popolazione femminile target il sistema è anche in grado di prendersi carico dei casi di tumore della mammella che necessitano di un ricovero ospedaliero per intervento chirurgico, mentre questo non è sempre garantito nelle Regioni dove lo screening è ancora lontano dai livelli ottimali. In questo panorama Regioni come Calabria e Molise si distinguono fra quelle con i più bassi livelli di copertura dello screening mammografico e il più alto indice di fuga”.

- Tendenzialmente anche per il tumore del colon-retto, così come per la mammella, le regioni con alti livelli di copertura dello screening tendono a presentare livelli bassi dell'indice di fuga, seppure esistano alcune regioni in contro tendenza (Puglia e Campania, bassa copertura e bassa fuga). Si conferma invece per regioni come Calabria e Molise la compresenza di elevati indici di fuga e bassi livelli di copertura dello screening.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=123659



RAPPORTI ISTISAN 24|9

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

Tumori della mammella e del colon-retto: differenze regionali per mortalità, screening oncologici e mobilità sanitaria

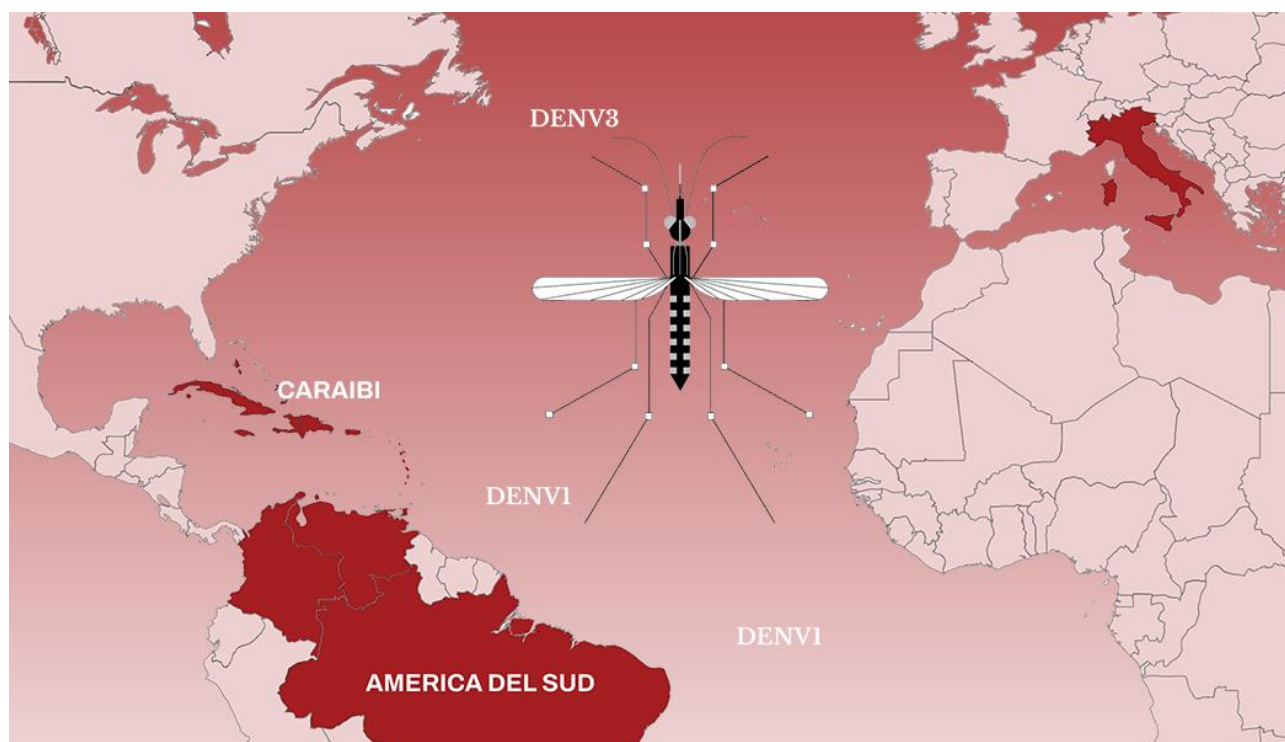
R. De Angelis, P. D'Errigo, V. Manno, M. Masocco, G. Minelli,
G. Onder, S. Rosato, S. Rossi e Gruppo di Lavoro "Equità e Salute"



EPIDEMIOLOGIA
E SANITÀ PUBBLICA

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1721814574.pdf>

La Dengue a casa nostra: la mappa del virus



Il cambiamento climatico apre le porte alle malattie tropicali. Per la prima volta un report ci mette a disposizione e incrocia i dati epidemiologici, climatici e geografici degli ultimi anni. Per monitorare la trasmissione del virus della Dengue. E capire cosa possiamo fare per difenderci

Cinzia Lucchelli

La Dengue è sempre più vicina. I numeri di questa malattia virale, che è trasmessa dalle zanzare Aedes ed è endemica in aree tropicali e subtropicali, in Italia sono ancora piccoli.

Ma la crescita negli ultimi anni è inequivocabile, determinata soprattutto dai cambiamenti climatici che favoriscono la diffusione delle zanzare.

L'aumento si registra a livello mondiale, si stimano fino a 400 milioni di infezioni all'anno, tanto che l'Organizzazione Mondiale della Sanità parla di un problema sanitario globale. E se il 2023 è stato un anno da record, il 2024 si appresta a superarlo.

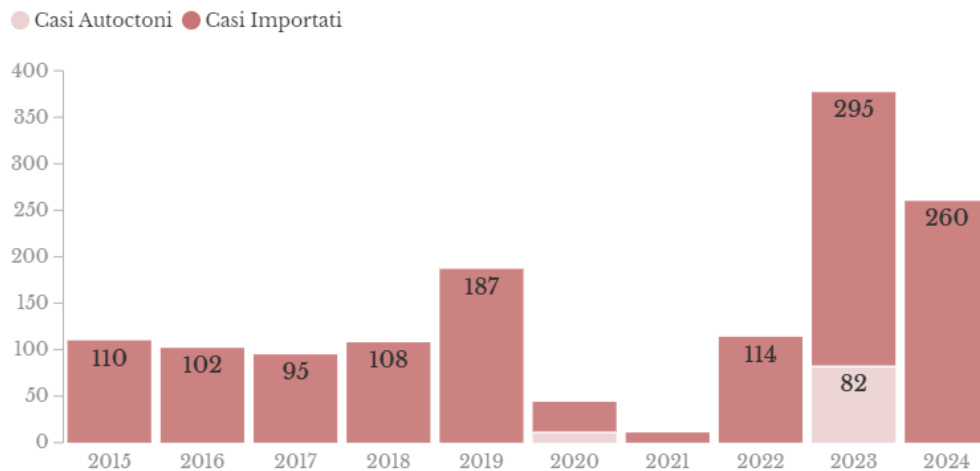
Lo raccontano i dati raccolti a partire dal 2015 e riportati nello studio "Tracking Dengue virus transmission in Italy with real-time surveillance data".

Per la prima volta un database aperto ci permette di monitorare questo virus in tempo reale, integrando dati geografici, epidemiologici, genomici e climatici spazio-temporali.

Una base preziosa da cui partire per comprendere rotte e modelli di trasmissione della malattia e permettere così agli esperti di mettere a punto strategie mirate di controllo e prevenzione.

Andamento dei casi di Dengue dal 2015 al 2024* in Italia

(*) Dati raccolti fino a 6 giugno 2024



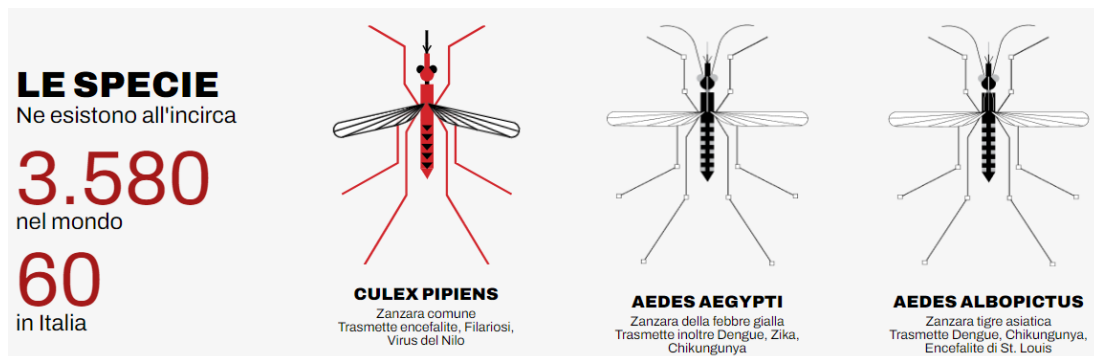
Fonte: [Dengue virus transmission in Italy: surveillance and epidemiological trends up to 2023](#)

La malattia.

La Dengue è provocata da quattro virus molto simili (DENV1, DENV2, DENV3 e DENV4) ed è trasmessa tramite la puntura di una zanzara che ha precedentemente punto una persona infetta. Non c'è contagio diretto tra esseri umani, anche se l'uomo è il principale ospite del virus. Il vettore è la zanzara **Aedes aegypti**.

Da noi, occasionalmente, la zanzara tigre (**Aedes albopictus**).

Questo caso si verifica quando una persona si infetta in un'area endemica e una volta rientrata viene punta da una zanzara tigre che a sua volta trasmette la malattia a un'altra persona, pungendola.



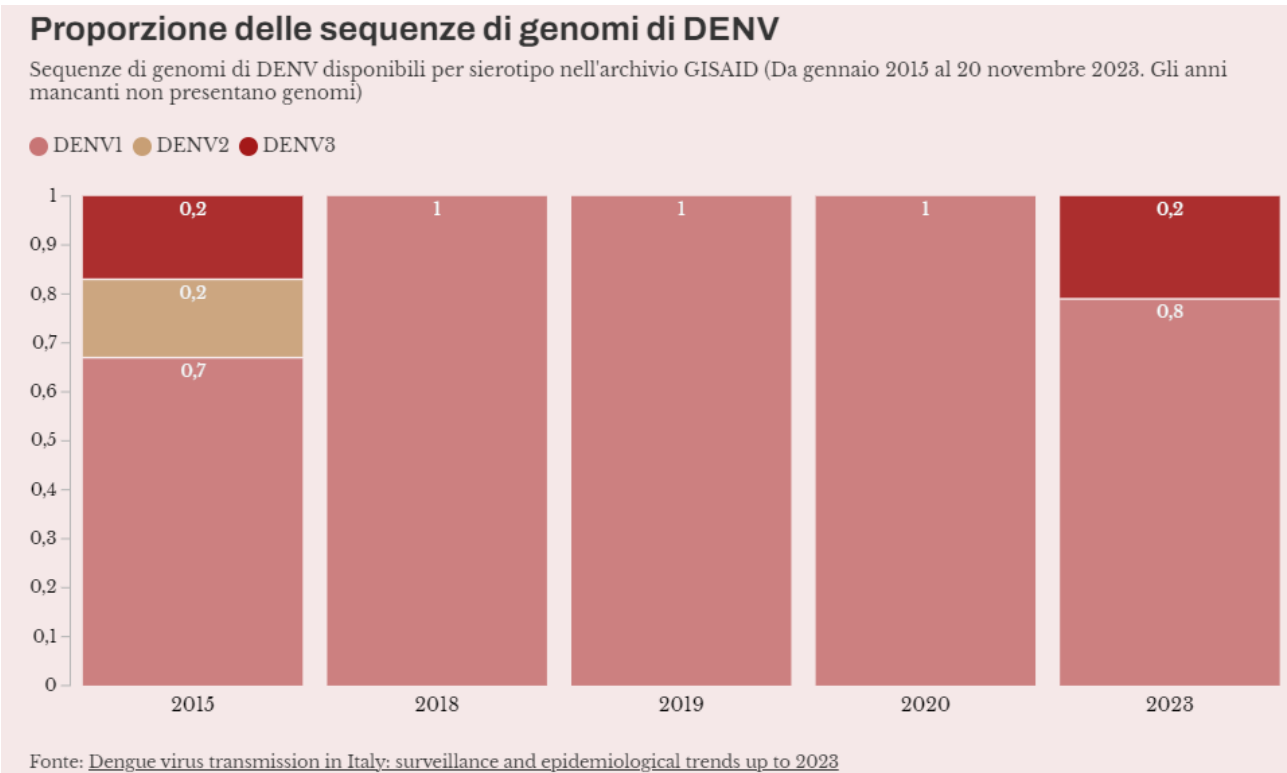
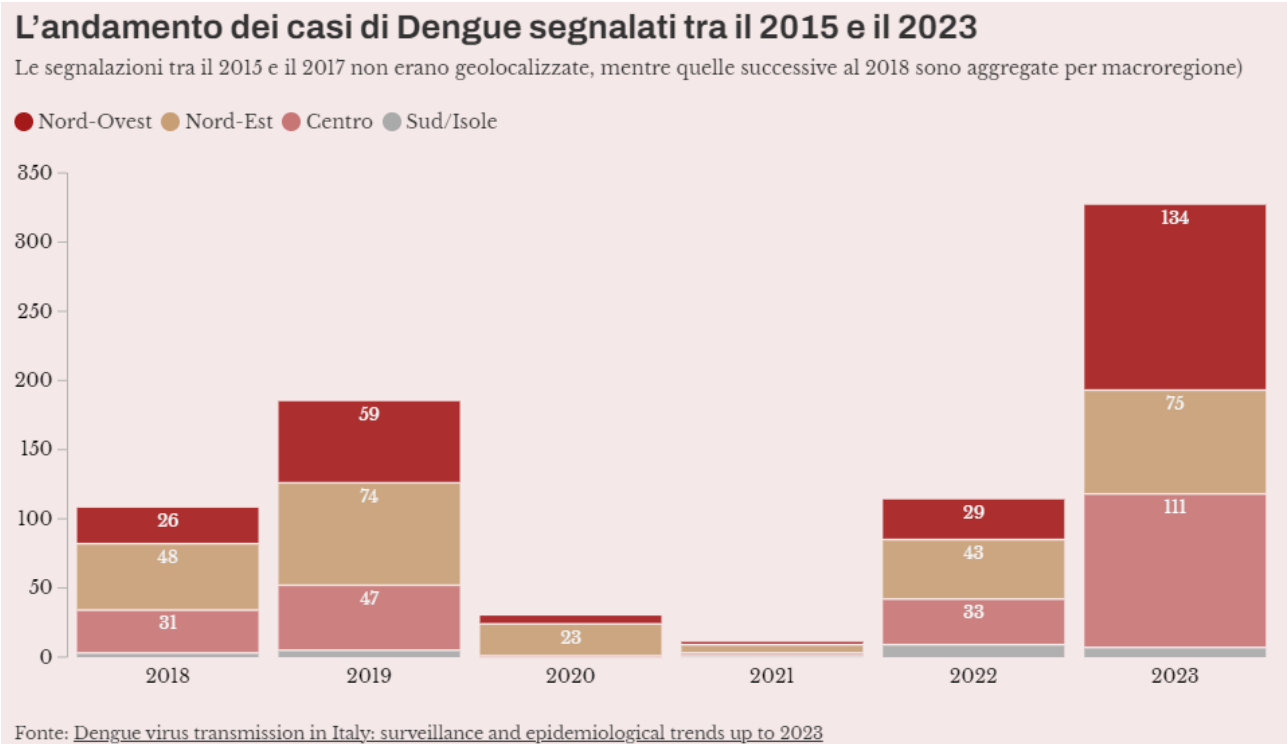
La situazione in Italia

2015-2023. In Italia tra il 2015 e il 2023 sono stati segnalati 1148 casi di Dengue distribuiti tra macroregioni. Si sono diradati nei primi anni della pandemia (2020 e 2021) per la maggiore attenzione nei confronti delle infezioni e per un'idoneità climatica bassa per la trasmissione, per poi infittirsi.

2023. Fino ad arrivare al 2023 quando l'Italia ha registrato il maggior numero di infezioni e la presenza di catene di trasmissione locali significative. Ci sono stati 377 casi, di cui 82 autoctoni e 295 importati, così distribuiti: 150 nel Nord-Ovest (di cui 41 autoctoni e 109 importati); 92 nel Nord-Est, tutti importati; 124 nel Centro (di cui 41 autoctoni e 83 importati); 11 nel Sud e nelle isole, tutti importati.

Le 82 infezioni autoctone sono attribuite a quattro distinte catene di trasmissione all'interno delle regioni di Lodi nel Nord-Ovest, e Latina, Roma (incluse le aree metropolitane), Anzio,

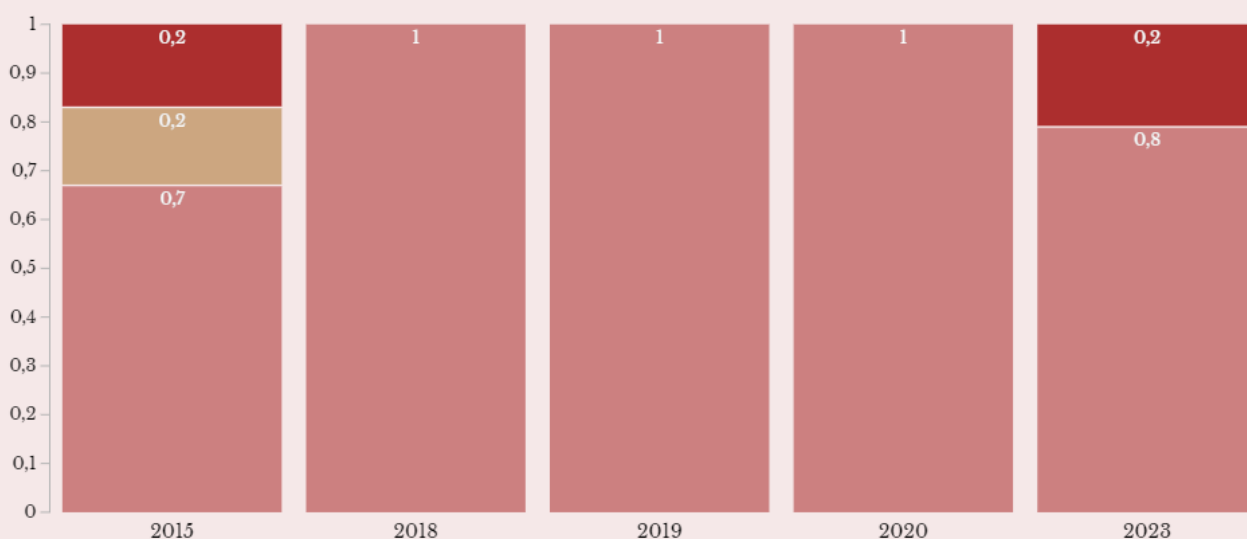
tutte nella macroregione Centro. Le altre, la maggior parte, sono legati a viaggi in paesi tropicali o subtropicali.
Nel 54% dei casi la malattia ha colpito delle donne. Età media: 44 anni.



Proporzione delle sequenze di genomi di DENV

Sequenze di genomi di DENV disponibili per sierotipo nell'archivio GISAID (Da gennaio 2015 al 20 novembre 2023. Gli anni mancanti non presentano genomi)

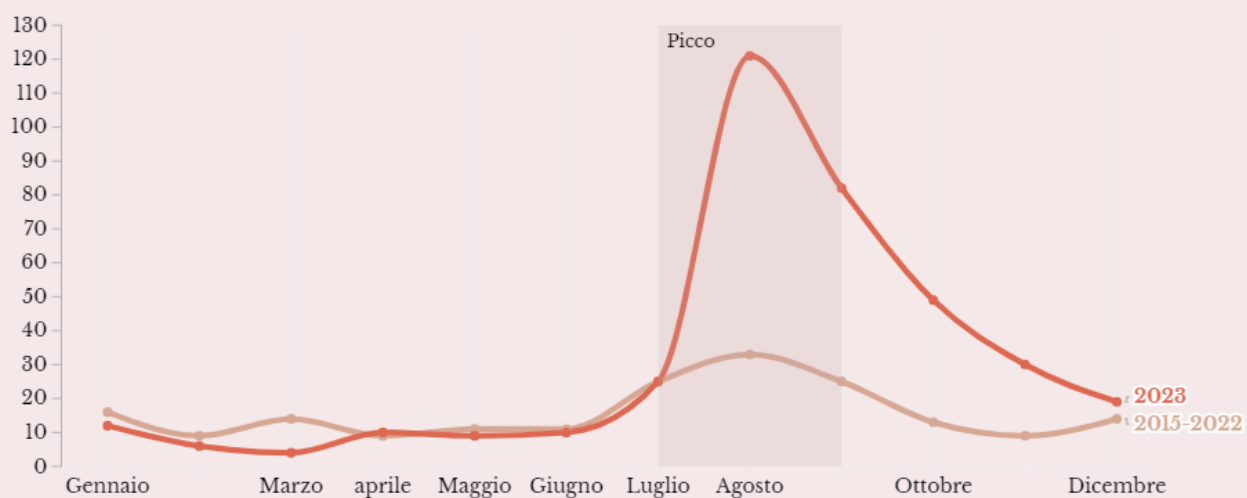
● DENV1 ● DENV2 ● DENV3



Fonte: [Dengue virus transmission in Italy: surveillance and epidemiological trends up to 2023](#)

Confronto dei casi di Dengue per mese

● 2015-2022 ● 2023



Fonte: [Dengue virus transmission in Italy: surveillance and epidemiological trends up to 2023](#)

Diffusione dei casi in Italia nel 2023

Dalla comparazione dei dati emerge un aspetto interessante: alcune zone nel nostro Paese presentano una maggiore idoneità climatica per la trasmissione della malattia.

Sono le aree costiere continentali, la Sicilia e alcune zone interne del Nord. Con l'eccezione della Sicilia, sono state in effetti coinvolte nelle catene di trasmissione del virus.

Quasi il 20% del territorio italiano per almeno un mese all'anno risulta oggi particolarmente idoneo ad accogliere potenziali focolai di Dengue.

Non solo, sono state identificate nuove aree a rischio come il Piemonte: regioni che in passato non erano considerate idonee alla trasmissione della malattia ora lo sono.

Il motivo? L'aumento delle temperature che ha favorito ciclo di vita e riproduzione delle zanzare.

2024. Il 2024 si appresta a raggiungere un nuovo record di casi, come dimostra la comparazione delle infezioni nei primi mesi. Nel 2023 tra primo gennaio e 30 giugno erano 51, quest'anno al 10 giugno sono già a 260. Concentrati, e qui non ci sono novità, in Veneto, Lazio e Lombardia.

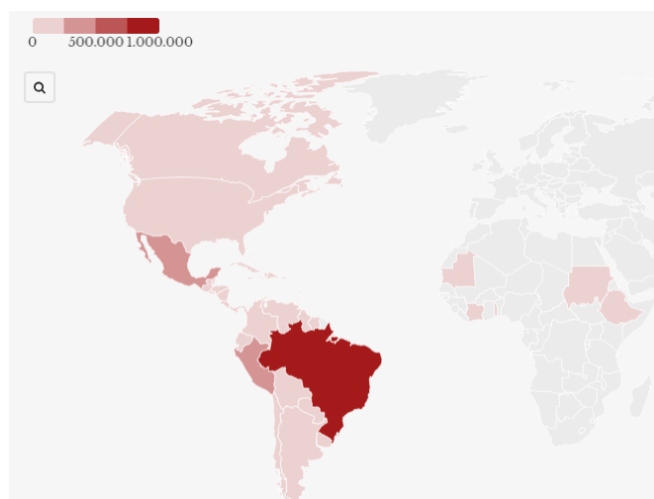


Da dove viene

La Dengue, conosciuta da oltre due secoli, è presente nelle zone tropicali e subtropicali di Africa, Sudest asiatico e Cina, India, Medioriente, America latina e centrale, Australia e diverse zone del Pacifico.

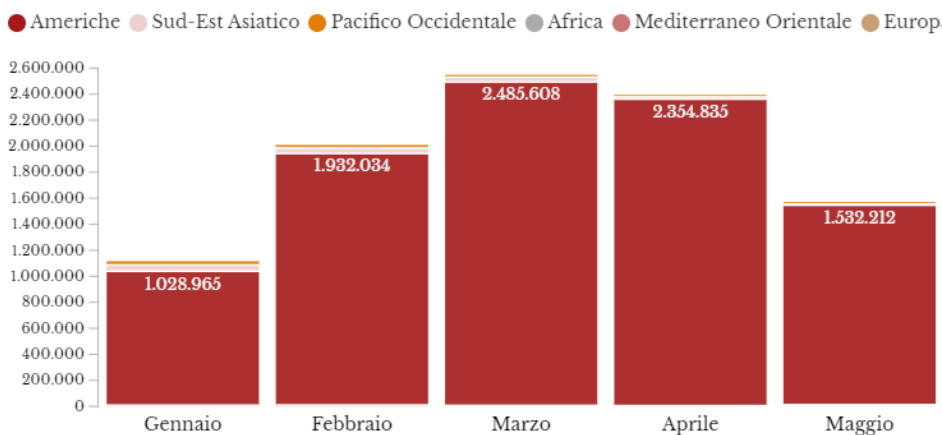
Distribuzione dei casi di Dengue segnalati all'OMS nel 2023

Il sistema di sorveglianza globale della dengue è ancora in fase di sviluppo e non tutti i Paesi con trasmissione della dengue sono stati presi in considerazione in questa fase; ulteriori dati saranno aggiunti non appena saranno disponibili. Non sono stati segnalati casi di dengue autoctona nella regione europea nel 2024 e questi dati saranno aggiunti quando si verificheranno casi autoctoni. Le definizioni dei casi e i requisiti di accertamento e segnalazione variano da Paese a Paese, pertanto i dati non sono direttamente confrontabili tra i Paesi.



Negli ultimi decenni, la diffusione della malattia è aumentata soprattutto in America latina (il Brasile potrebbe essere investito da un'ondata che oscilla tra 4,2 a 5 milioni di infezioni).

L'andamento dei casi di Dengue nel 2024 per regione OMS



Fonte: [World Health Organization, Global dengue surveillance](#)

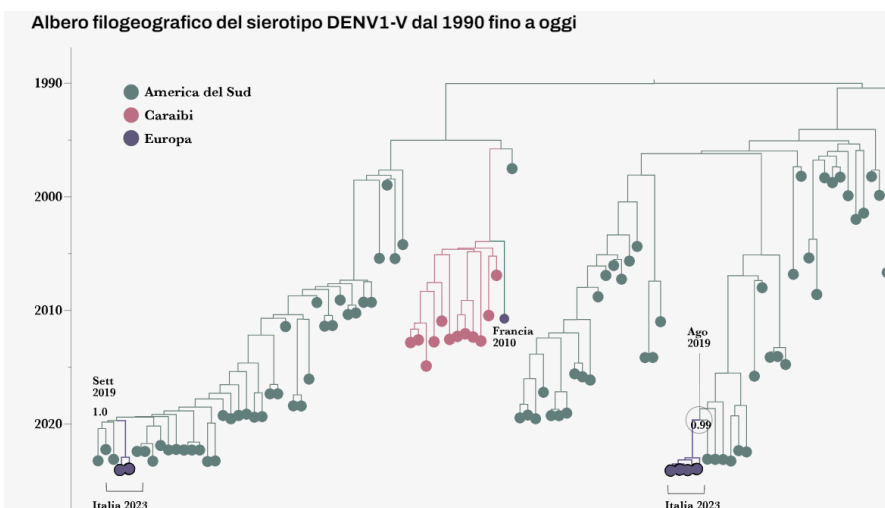
Rotte di introduzione.

In Italia negli ultimi otto anni sono arrivati tre dei quattro sierotipi del virus Dengue, con predominanza diversa nel tempo. DENV1 è stato il più comune, seguito da DENV3. DENV2 ha avuto il numero più basso di casi. Nel 2023 circolavano DENV1 e DENV3. DENV1 è stato introdotto due volte nel nostro Paese probabilmente dal Sud America, mentre DENV3 ha avuto un'unica introduzione, probabilmente dai Caraibi.

“La stretta relazione con i ceppi sudamericani e caraibici indica un'importante componente globale nella trasmissione del virus, enfatizzando la necessità di una sorveglianza epidemiologica internazionale coordinata per prevenire e controllare future epidemie”, commenta Francesco Branda, professore a contratto dell'Unità di Statistica Medica ed Epidemiologia Molecolare della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Campus Bio-Medico di Roma.

La zanzara.

Alla zanzara *Aedes aegypti*, insetto vettore specifico del virus Dengue, non piace il clima mediterraneo e infatti in Italia non c'è. Da noi però il virus occasionalmente può essere trasportato dalla *Aedes albopictus*, la zanzara tigre.



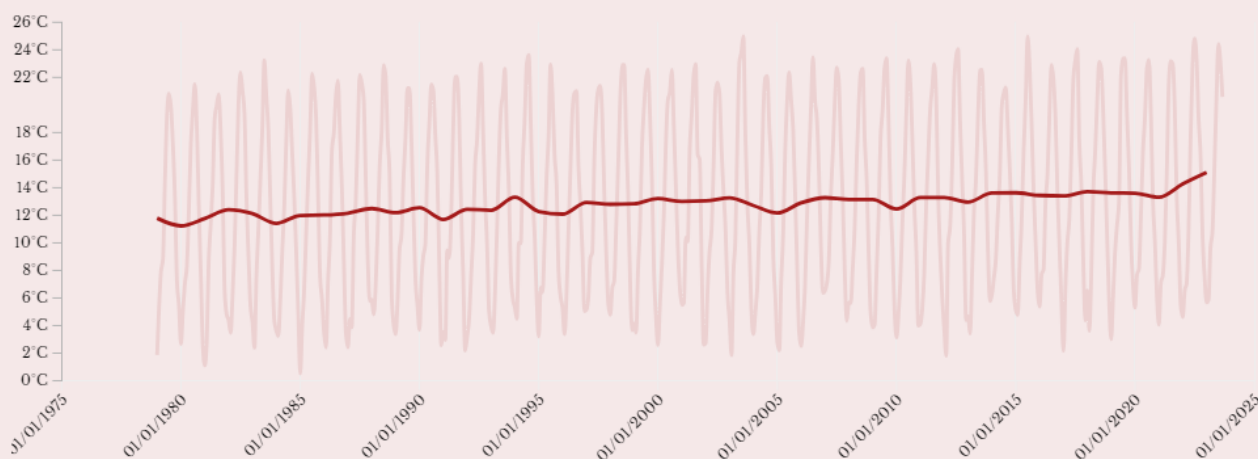
Perché? Le connessioni con i cambiamenti climatici

Dai tropici alle zone mediterranee. Le malattie virali emergenti come la Dengue si diffondono più velocemente di quanto sia mai successo in passato per l'aumentata frequenza di spostamento di persone e di merci ma anche come conseguenza dei cambiamenti climatici sempre più intensi che favoriscono l'espansione geografica del virus.

L'aumento delle temperature medie annuali e le variazioni nelle precipitazioni aiutano la sopravvivenza e la riproduzione delle zanzare vettori della Dengue, prolungando la stagione di trasmissione e permettendo loro di migrare in nuove regioni. Si stanno creando condizioni sempre più favorevoli per la trasmissione anche in Italia.

Dati climatici italiani dal 1979 a settembre 2023

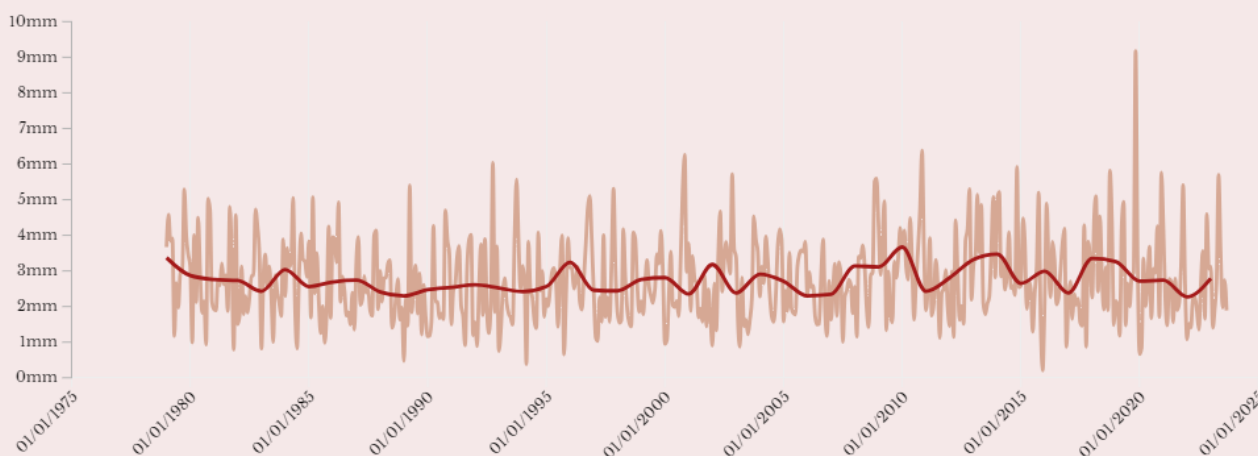
Temperature medie delle prime 2 settimane dell'anno in Celsius



Fonte: [Essential climate variables for assessment of climate variability from 1979 to present](#)

Dati climatici italiani dal 1979 a settembre 2023

Precipitazioni medie delle prime 2 settimane dell'anno in mm

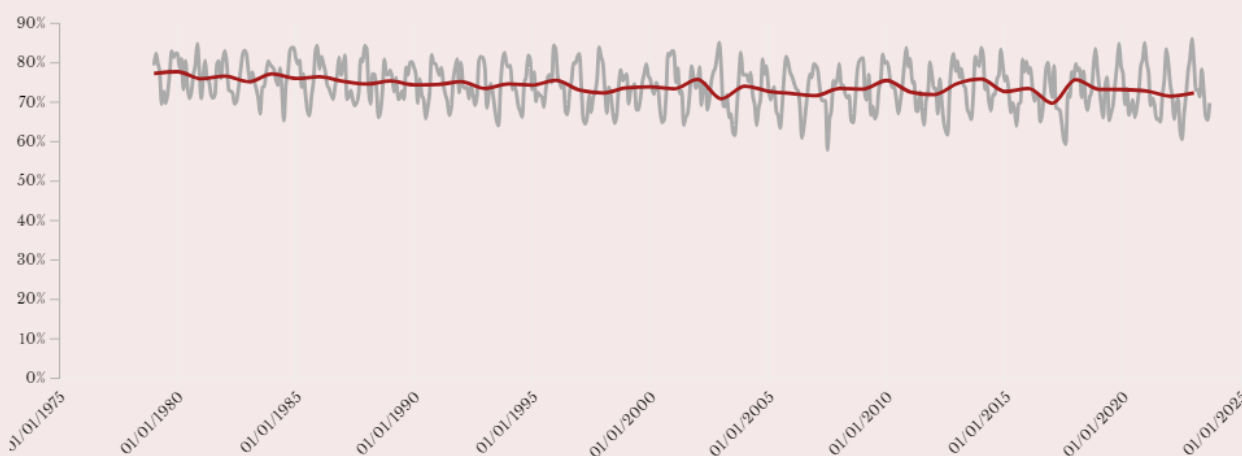


Fonte: [Essential climate variables for assessment of climate variability from 1979 to present](#)

Dati climatici italiani dal 1979 a settembre 2023

Umidità medie delle prime 2 settimane dell'anno in %

I valori indicano la quantità di umidità nell'aria rispetto alla quantità massima che l'aria potrebbe contenere a quella temperatura. I valori vanno generalmente da 0% (aria completamente secca) a 100% (aria completamente satura)



Fonte: [Essential climate variables for assessment of climate variability from 1979 to present](#)

Come difenderci

Sintomi. Il periodo di incubazione va dai 3 ai 14 giorni (4-7 giorni periodo medio). L'infezione può essere senza sintomi in più del 50% dei casi o caratterizzata da una malattia febbrile moderata, fino ad arrivare, in circa il 5% dei casi sintomatici, alle forme più gravi della febbre Dengue emorragica e della sindrome da shock per Dengue.

La forma classica si manifesta con sintomi simil-influenzali ma più forti: febbre fino a 40°C con brividi, mal di testa e sudorazione. All'esordio possono presentarsi mialgie, lombalgia, dolori a gambe e articolazioni; dolori attorno e dietro agli occhi, ingrossamento dei linfonodi; nausea e vomito. La febbre può continuare per 48-96 ore, segue un giorno senza. In corrispondenza di un secondo rialzo della temperatura si manifestano irritazioni della pelle sulla maggior parte del corpo. Possono esserci anche disturbi gastrointestinali e sintomi respiratori.

Se la prima infezione può essere asintomatica, una seconda (dello stesso sierotipo o di sierotipo diverso) può evolvere nel 10-15 per cento dei casi in febbre emorragica.

Tanto più se questi sintomi si manifestano al ritorno di un viaggio da una zona epidemica o endemica, bisogna rivolgersi il prima possibile a uno specialista.

Terapia. Il virus rimane in chi è infettato fino a quando si manifestano i sintomi. Non esiste un trattamento specifico, nella maggior parte dei casi si guarisce in due settimane. Le cure di supporto consistono in riposo assoluto, uso di farmaci per abbassare la febbre e somministrazione di liquidi contro la disidratazione.

Prevenzione. Le autorità sanitarie si occupano delle disinfestazioni di aeroporti e porti e di merci provenienti da Paesi dove c'è stata una epidemia. Regioni e Comuni delle disinfestazioni programmate in aree verdi.

https://www.repubblica.it/salute/2024/07/09/news/dengue_sintomi febbre diffusione zanzare-423379026/?ref=RHLM-BG-P5-S1-T1

quotidiano**sanita**.it

Decreto liste d'attesa. Via libera anche dalla Camera. Ora il provvedimento è legge. Monitoraggio dei tempi di attesa, visite anche nei fine settimana e misure per il personale. Ecco cosa prevede il testo approvato

Giovanni Rodriguez

Arriva la piattaforma nazionale per le liste d'attesa, i Cup dovranno avere in agende tutte le prestazioni offerte da pubblico e privato convenzionato, e viene previsto anche un sistema per garantire al cittadino tempi certi per le prestazioni mediante ricorso a intramoenia o privato. I controlli sulle Asl resteranno in capo alle Regioni ma il ministero della Salute avrà la possibilità di intervenire con poteri sostitutivi in presenza di inadempienze. Si supererà il tetto di spesa per il personale sanitario a partire dal 2025.

24 LUG -

L'Aula della Camera, a pochi giorni di distanza da quella del Senato, ha approvato (171 sì e 122 no) in via definitiva il decreto legge con misure per ridurre i tempi delle liste d'attesa. Il provvedimento ora è legge.

Arriva la piattaforma nazionale per le liste d'attesa, i Cup dovranno avere in agende tutte le prestazioni offerte da pubblico e privato convenzionato, e viene previsto anche un sistema per garantire al cittadino tempi certi per le prestazioni mediante ricorso a intramoenia o privato. Si prevedono visite anche nel fine settimana. I controlli sulle Asl resteranno in capo alle Regioni ma il ministero della Salute avrà la possibilità di intervenire con poteri sostitutivi in presenza di inadempienze.

Si supererà il tetto di spesa per il personale sanitario a partire dal 2025. Questo sarà sostituito da una nuova metodologia per la definizione del fabbisogno di personale.

Di seguito l'analisi dettagliata del testo, articolo per articolo.

Articolo 1 (Istituzione della piattaforma nazionale delle liste d'attesa)

La disposizione prevede, al **comma 1**, l'istituzione presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari della Piattaforma nazionale delle liste di attesa, di cui si avvale il Ministero della salute. La piattaforma nazionale è finalizzata a realizzare l'interoperabilità con le piattaforme delle liste di attesa relative a ciascuna regione e provincia autonoma. Si tratta di uno strumento di governo delle liste di attesa coerente con l'obiettivo "Potenziamento del Portale della Trasparenza" previsto dal Piano nazionale di ripresa e resilienza. Il medesimo comma, inoltre, precisa che l'Agenas è autorizzata al trattamento dei dati personali relativi alla gestione della Piattaforma.

Si prevede, al **comma 2**, che i dati del flusso informativo dei Sistema Tessera Sanitaria - TS siano resi disponibili al Ministero della salute e all'Agenas, con particolare riferimento ai dati in chiaro della ricetta Ssn dematerializzata e ai dati pseudonimizzati riferiti alla spesa sanitaria che confluiscono nella dichiarazione dei redditi precompilata (730) nonché ai dati relativi alle prenotazioni resi disponibili dai Cup regionali.

Il **comma 3** demanda a un decreto del Ministro della salute, sentita Agenas e previo parere della Conferenza Stato Regioni, per l'adozione di specifiche Linee guida nazionali per la definizione dei criteri di realizzazione, di funzionamento e di interoperabilità tra la Piattaforma nazionale e le piattaforme regionali delle liste di attesa. In tal modo, quindi, si intende giungere alla definizione dei criteri e delle regole di sistema per rendere interoperabili le piattaforme regionali e provinciali di gestione delle liste d'attesa con il livello centrale e sviluppare una piattaforma nazionale per il governo delle liste d'attesa volta a consentire la visibilità dell'offerta sia per il sistema pubblico che privato accreditato a tutti i livelli di governo.

Il **comma 4** prevede che la Piattaforma opera “Modello Nazionale di Classificazione e Stratificazione della popolazione” (Mcs), da mettere a disposizione delle Regioni, secondo le modalità individuate con decreto del Ministro della salute, per finalità di misurazione e monitoraggio e per promuovere lo sviluppo delle strategie di medicina di iniziativa.

Il **comma 5**, inoltre, precisa che l'obiettivo della Piattaforma nazionale è quello di garantire, operando in coerenza con il modello Mcs, l'efficacia del monitoraggio di livello nazionale, consentendo la misurazione delle prestazioni in lista di attesa sul territorio nazionale. In particolare, la Piattaforma avrà il fine di orientare la programmazione dell'offerta attraverso la verifica puntuale ed aggiornata delle agende disponibili, delle agende accessibili alla prenotazione da Cup (agende pubbliche) e da percorsi interni (agende esclusive per Pdta, follow-up e controlli), della distribuzione delle agende tra gli erogatori territoriali ed ospedalieri nonché di consentire il monitoraggio dei tempi di attesa, della consistenza di lista d'attesa per singolo erogatore, del tasso di saturazione delle risorse umane e tecnologiche, del rispetto dei tempi massimi per classi di priorità, del rispetto dei Rao e dei principi di appropriatezza prescrittiva, dell'allineamento tra offerta e tempi di attesa tra pubblico e privato e tra regime istituzionale e libera professione.

Il **comma 6** prevede che l'Agenas, qualora riscontri inefficienze o anomalie nell'ambito del controllo delle agende di prenotazione, possa verificare il corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa, mediante meccanismi di *audit* nei confronti delle aziende sanitarie titolari delle suddette agende. In relazione ai meccanismi di *audit*, dovrà essere acquisito il preventivo parere della Conferenza Stato Regioni.

Con il **comma 7** si specifica che, dall'attuazione del presente articolo, non dovranno derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. L'Agenas provvederà alle attività di cui al presente articolo con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Articolo 2 (Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria)

Con il **comma 1**, al fine di rafforzare le attività di controllo del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS), si istituisce presso il Ministero della salute l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, che opera alle dirette dipendenze del Ministro della salute e svolge tutte le funzioni già attribuite al predetto Sistema. L'Organismo, infatti, subentra ai competenti uffici della Direzione generale della programmazione sanitaria nella funzione di supporto tecnico al SiVeAS, fatta eccezione per alcune funzioni, di cui all'articolo 1, comma 3, lettere **c**), **e**), **g**), **h**) e **l**), del decreto del Ministro della salute 17 giugno 2006, che continueranno ad essere esercitate secondo quanto previsto dallo stesso decreto. Le attività dell'Organismo sono realizzate con programmi annuali.

Con il **comma 2**, si autorizza l'Osservatorio, che può avvalersi del supporto del Comando Carabinieri per la tutela della salute, ad esercitare il potere di accesso presso le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, le aziende ospedaliere universitarie e policlinici universitari, gli erogatori privati accreditati nonché presso tutti gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche se trasformati in fondazioni, per verificare e analizzare le disfunzioni emergenti a seguito del controllo delle agende di prenotazione sulla segnalazione del cittadino, degli enti locali e delle associazioni di categoria utenti, nei limiti previsti all'articolo 1, comma 172, della manovra 2004.

Le risultanze dei controlli effettuati sono comunicate al Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria (Ruas) che provvede a valutare i conseguenti interventi. Nello svolgimento delle suddette funzioni, l'Organismo potrà avvalersi anche del supporto del Comando Carabinieri per la tutela della salute, senza ulteriori oneri a carico della finanza pubblica.

Con il **comma 3** si definisce la composizione dell'Osservatorio, costituito da un ufficio dirigenziale di livello generale e quattro uffici di livello dirigenziale non generale. Il Ministero della salute è autorizzato a reclutare, nel biennio 2024-2025, con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, un contingente di 20 unità di personale non dirigenziale, nell'ambito della dotazione organica, appartenenti all'area funzionari del vigente Contratto collettivo nazionale, Comparto funzioni centrali, mediante procedure di passaggio diretto di personale tra amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, scorrimento di vigenti graduatorie di concorsi pubblici o avvio di nuove procedure concorsuali pubbliche. In sede di prima applicazione le assunzioni sono effettuate in deroga alle ordinarie facoltà assunzionali.

Nelle more dello svolgimento delle procedure concorsuali, il Ministero della salute si avvale di un contingente fino a un massimo di 20 unità di personale non dirigenziale, appartenenti all'area funzionari del comparto funzioni centrali, scelto tra il personale delle amministrazioni pubbliche ed è posto, ai sensi dell'articolo 17, comma 14, della legge 15 maggio 1997, n. 127, in posizione di comando, distacco o fuori ruolo o altro analogo istituto previsto dai rispettivi ordinamenti ad esclusione del personale docente, educativo, amministrativo, tecnico e ausiliario delle istituzioni scolastiche. All'atto del collocamento fuori ruolo è reso indisponibile, nella dotazione organica dell'amministrazione di provenienza, per tutta la durata del collocamento fuori ruolo, un numero di posti equivalente dal punto di vista finanziario.

Per l'attuazione del presente comma è autorizzata la spesa di euro 1.001.930 per l'anno 2024 e di euro 2.003.859 **annui** a decorrere dall'anno 2025 per le assunzioni a tempo indeterminato, di euro 160.000 per l'anno 2024 e di euro 250.000 annui a decorrere **dall'anno** 2025 per le spese di funzionamento, di euro 59.747 per l'anno 2024 e di euro 109.536 annui a decorrere **dall'anno** 2025 per il compenso del lavoro straordinario, nonché di euro 23.100 per l'anno 2024 e di euro 46.200 annui a decorrere dall'anno 2025 per i buoni pasto.

Con il **comma 4** per le spese di missione di cui al comma 2 è autorizzata la spesa di euro 125.000 per l'anno 2024 ed euro 250.000 annui a decorrere dall'anno 2025.

Con il **comma 5** le Regioni, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge, istituiscono con specifica disposizione regionale l'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa, presieduta e coordinata dall'assessore alla sanità e composta da professionisti di area sanitaria e amministrativa coinvolti nella funzione, che provvede, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, a individuare il Ruas, a cui sono attribuiti le funzioni e gli obiettivi tematici e temporali in termini di efficacia ed efficienza dell'assistenza sanitaria e quelli contenuti nel Piano regionale sulle liste di attesa, da adottare con validità annuale, e al quale non spettano compensi, gettoni di presenza, rimborsi di spesa o altri emolumenti comunque deno- minati.

Il Ruas è responsabile in ordine al rispetto dei criteri di efficienza nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa e dei piani operativi per il recupero delle liste medesime nonché dell'attuazione e del raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Piano regionale sulle liste di attesa e provvede al controllo sull'avvenuto adempimento. Dovrà inoltre verificare i volumi, i tempi di attesa e ogni altro dato necessario al monitoraggio da effettuare e segnala le strutture che non rispettano i predetti termini per le finalità di cui al presente comma, in tema di regolazione contrattuale degli erogatori.

Con cadenza trimestrale, il Ruas redige e invia all'Organismo un rapporto di monitoraggio delle prestazioni critiche e delle liste di attesa in ambito aziendale, segnalando le eventuali criticità e indicando le azioni correttive eventualmente poste in essere. Il Ruas procede alla definizione di interventi formativi che garantiscono che l'accoglienza dei pazienti e la comunicazione sulla permanenza nelle liste di attesa siano gestite con competenze adeguate da parte degli operatori incaricati.

In caso di mancata individuazione del Ruas entro 90 giorni o nel caso di ripetute inadempienze rispetto agli obiettivi previsti dal decreto, come spiegato dal **comma 6**, l'Organismo può esercitare i poteri sostitutivi sulle strutture sanitarie regionali. Tali poteri sostitutivi sono attivati previo contraddittorio e con le modalità e le procedure individuate con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da adottare previa intesa in sede di Conferenza Stato Regioni, entro 30 giorni dall'entrata in vigore della legge. Nell'esercizio dei poteri sostitutivi, l'Organismo può svolgere verifiche presso le aziende e gli enti del Ssn anche avvalendosi dell'Agenas.

Il **comma 7** specifica che dall'attuazione di questo articolo, ad eccezione dei commi 3 e 4, non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Articolo 3 (Disposizioni per l'adeguamento del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie e norme in materia di assunzioni)

Il **comma 1** prevede che gli erogatori pubblici e gli erogatori privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali afferiscono al Centro unico di prenotazione (Cup) che è unico a livello regionale o infra-regionale, secondo le seguenti modalità di accesso alle prestazioni:

- presa in carico della cronicità e della fragilità conseguenti a malattie croniche e degenerative e a malattie rare, con programmazione diretta e senza intermediazione dell'assistito o chi per esso degli accessi alle prestazioni coerenti con il piano personalizzato di assistenza;
- prenotazione al Cup unico a valenza regionale da parte dell'assistito o chi per esso di prestazioni necessitate da sintomi, segni ed eventi di tipo acuto che richiedono un approfondimento diagnostico o terapeutico;
- accesso diretto per la malattia mentale e da dipendenze patologiche e per le prestazioni di assistenza consultoriale;
- accesso a chiamata all'interno di progetti di *screening* su popolazione bersaglio per la diagnosi precoce di patologie oncologiche o di altra natura cronico-degenerativa.

I **commi 2 e 3**, in coerenza con le richiamate indicazioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, si propongono di introdurre la nullità per violazione di legge dell'accordo contrattuale stipulato in assenza delle condizioni di collegamento ed interoperabilità delle relative agende di prenotazione con il Cup pubblico di riferimento; si introduce, altresì, a livello legislativo, una forma di premialità, rivolta agli erogatori privati accreditati meramente autorizzati e volta alla realizzazione anche da parte di questi ultimi

del collegamento ed interoperabilità tra agende di prenotazione e Cup pubblici, rilevante in sede di valutazione rivolta al rilascio dell'accendimento istituzionale.

Con il **comma 3-bis** le Regioni possono riconoscere un punteggio aggiuntivo, nelle procedure concorsuali per l'assunzione presso le predette amministrazioni, a favore del personale che ha prestato servizio per la realizzazione delle attività di cui all'articolo 20 del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 dicembre 2020, n. 176 (servizio nazionale di risposta telefonica per la sorveglianza sanitaria).

Il **comma 4** incentiva l'adozione di soluzioni digitali da parte delle regioni e delle province autonome per agevolare la prenotazione autonoma delle visite e per il pagamento del ticket.

Il **comma 4-bis** aggiunge che gli erogatori pubblici e gli erogatori privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali devono garantire la piena trasparenza delle agende in ordine alle prenotazioni effettuate e ai relativi posti a disposizione per le singole prestazioni sanitarie. Tale adempimento costituisce elemento contrattuale qualificante.

Il **comma 5** dispone l'attivazione da parte del Cup di un sistema di disdetta delle prenotazioni per ricordare all'assistito la data di erogazione della prestazione e per consentire allo stesso di confermare o cancellare la prenotazione almeno due giorni lavorativi prima, anche in modalità da remoto, nonché sistemi di ottimizzazione delle agende di prenotazione, secondo le indicazioni tecniche indicate in linee guida omogenee di livello nazionale, adottate con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza Stato Regioni.

Il **comma 6** reca delle previsioni in materia di inadempienza contrattuale da parte dei soggetti affidatari dello sviluppo del Centro Unico di Prenotazione di una regione. Si prevede, infatti, che l'inadempienza contrattuale definitivamente accertata costituisce illecito professionale.

Il **comma 7** reca una previsione finalizzata a garantire il rispetto delle prenotazioni effettuate. In particolare, si prevede che nell'ambito delle Linee guida di cui al comma 5, sono altresì disciplinate le ipotesi in cui l'assistito che non si presenta nel giorno previsto, senza giustificata disdetta, salvi i casi di forza maggiore e impossibilità sopravvenuta, può essere tenuto al pagamento all'erogatore pubblico o privato accreditato della quota ordinaria di partecipazione al costo, anche se esente, stabilita dalle norme vigenti alla data dell'appuntamento, per la prestazione prenotata e non usufruita, nella misura prevista per gli assistiti appartenenti alla fascia di reddito più bassa.

Il **comma 8** stabilisce che nell'ambito della gestione delle patologie cronico-degenerative e oncologiche, al fine di ottimizzare la programmazione sanitaria regionale, deve essere definito e garantito l'accesso alle prestazioni presenti nei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (Pdta), attraverso agende dedicate. Lo specialista di riferimento o la struttura appositamente dedicata della Asl di appartenenza provvedono alla gestione di tali agende.

Il **comma 9** prevede il divieto per le aziende sanitarie e ospedaliere di sospendere o chiudere le attività di prenotazione.

Il **comma 10** prevede che nel caso in cui i tempi previsti dalle classi di priorità individuate nel Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021 non possano essere rispettati, le direzioni generali aziendali garantiscono l'erogazione delle prestazioni richieste nei limiti delle risorse previste dalla legge di Bilancio 2024, attraverso l'utilizzo dell'attività libero-professionale intramuraria o del sistema privato accreditato, sulla base della tariffa nazionale vigente. I direttori generali delle aziende sanitarie vigilano sul rispetto della disposizione, anche ai fini dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità erariale nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione nei confronti dell'assistito.

Il **comma 10-bis** spiega che, per l'attuazione del comma 10 e nel limite di spesa previsto dallo stesso, le misure da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti, senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota di partecipazione alla spesa sanitaria, possono consistere in:

- ridefinizione qualitativa e quantitativa dei volumi di attività e della tipologia delle prestazioni delle strutture pubbliche e private accreditate, mediante rivisitazione dell'accordo contrattuale ai sensi dell'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

- riprogrammazione delle ore di medicina specialistica ambulatoriale interna;

- richiesta di prestazioni, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, da parte delle aziende ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive, soprattutto in presenza di carenza di organico e impossibilità anche momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge, in accordo con le *équipe* interessate;

-incremento delle ore a specialisti ambulatoriali interni già in servizio o attivazione di nuove ore di specialistica ambulatoriale interna con stipulazione di rapporti convenzionali finalizzati alla riduzione dei tempi di attesa.

Il **comma 11** dispone che per le finalità di cui al comma 10, il Ministero della salute provvede al monitoraggio dell'utilizzo delle risorse stanziare per il superamento delle liste di attesa nella precedente manovra. Le predette risorse non possono essere utilizzate per finalità diverse e, ove non utilizzate, sono accantonate nei bilanci del Servizio sanitario nazionale per attuare le misure di recupero delle liste di attesa attraverso specifici piani operativi regionali.

Il **comma 11-bis** modifica quanto previsto dall'articolo 5, comma 15, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 spiegando che le aziende possono assumere dirigenti medici e sanitari, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di spesa di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale, della disciplina prevista dagli articoli da 15 a 15-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e della contrattazione collettiva nazionale dell'Area sanità. Soppressa la parte che invece assoggettava il personale alla disciplina sul rapporto di lavoro esclusivo.

Il **comma 12** reca la clausola di invarianza finanziaria.

Articolo 4 (Potenziamento dell'offerta assistenziale in relazione alle visite diagnostiche e specialistiche e aperture straordinarie dei centri trasfusionali)

Il **comma 1**, al fine di ridurre i tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie e di evitare le degenze prolungate dovute alla mancanza di disponibilità per gli esami diagnostici prevede, nel limite delle risorse disponibili dettagliate al comma 3, che le visite diagnostiche e specialistiche siano effettuate nei giorni di sabato e domenica e la fascia oraria per l'erogazione di tali prestazioni può essere prolungata. Si prevede, inoltre, che i direttori regionali della sanità vigilano sull'attuazione della disposizione di cui al primo periodo e trasmettono un apposito rapporto alle competenti Direzioni generali del Ministero della salute. Le attività di cui al secondo periodo rilevano ai fini dell'applicazione delle misure sanzionatorie e premiali nei confronti dei direttori regionali della sanità.

Al fine di garantire l'autosufficienza per il fabbisogno di sangue e dei suoi derivati e di implementare l'operatività dei centri trasfusionali, al **comma 1-bis** si spiega che le aziende e gli enti del Ssn, anche supportati dalle associazioni e dalle federazioni di donatori convenzionate fino al raggiungimento del fabbisogno nazionale di sangue e di plasma, possono provvedere, nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente, all'apertura straordinaria dei centri trasfusionali nelle ore pomeridiane e nei giorni festivi.

Il **comma 2** dispone che presso ogni azienda sanitaria e ospedaliera, è in ogni caso assicurato il corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero-professionale, con il divieto che l'attività libero-professionale possa comportare per ciascun dipendente e per ciascun professore e ricercatore universitario inserito in assistenza un volume di prestazione superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali. A tal fine, l'attività libero-professionale è soggetta a verifica da parte della direzione generale aziendale, con la conseguente applicazione di misure, consistenti anche nella sospensione del diritto all'attività stessa.

Il **comma 3** specifica che all'attuazione del comma 1 si provvede nell'ambito delle risorse di cui all'articolo 1, comma 232, ultimo periodo, della legge 30 dicembre 2023, n. 213.

Articolo 5 (Superamento del tetto di spesa per l'assunzione di personale del Servizio sanitario nazionale)

Qui si prevede, al **comma 1**, che a decorrere dall'anno 2024 e fino alla data di adozione dei decreti di cui al comma 2, i valori della spesa per il personale delle aziende e degli enti del Ssn delle regioni autorizzati per l'anno 2023 ai sensi dell'articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, con legge 25 giugno 2019, n. 60 (Decreto Calabria), sono incrementati annualmente a livello regionale, nell'ambito del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, del 10 per cento dell'incremento del fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente e, su richiesta della regione, di un ulteriore importo sino al 5% del predetto incremento, per un importo complessivo fino al 15 per cento del medesimo incremento del fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale, e compatibilmente con la programmazione regionale in materia di assunzioni. Il predetto incremento della misura massima del 5 per cento è autorizzato previa verifica delle misure compensative da parte di un decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, di intesa con la Conferenza permanente Stato Regioni.

Il **comma 2**, a decorrere dall'anno 2025, demanda a uno o più decreti del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato Regioni la definizione di una metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del Ssn, ai fini della determinazione della spesa per il personale delle aziende e degli enti del Ssn delle regioni, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale. Le regioni, sulla base della predetta metodologia, predispongono il piano dei fabbisogni triennali per il servizio sanitario regionale, che sono approvati con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato Regioni.

Il **comma 3** prevede che fino all'adozione della metodologia per la definizione del fabbisogno del personale degli enti del Ssn, continuano ad applicarsi, in quanto compatibili, le disposizioni di cui all'articolo 11, commi 1, 2, 3 e 4, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60 (Decreto Calabria). Si vuole in tal modo prevedere il mantenimento della vigenza dell'articolo 11 del dl 35/2019 sino all'adozione della metodologia per la definizione del fabbisogno del personale degli Enti del Ssn, salvaguardando la dinamica del trattamento accessorio prevista al quinto periodo del comma 1 del citato articolo 11.

Articolo 6 (Ulteriori misure per il potenziamento dell'offerta assistenziale e il rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale)

Al **comma 1** la disposizione prevede che, per le regioni destinatarie del Programma Nazionale Equità nella Salute 2021-2027, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro per gli affari europei, il Sud, le politiche di coesione e il Pnrr, è definito un piano d'azione finalizzato al rafforzamento della capacità di erogazione dei servizi sanitari e all'incremento dell'utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio, da adottarsi entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, a valere sulle risorse del predetto Programma.

Nei limiti delle risorse del predetto Programma e in coerenza dello stesso, il piano d'azione individua, con particolare riguardo ai servizi sanitari e sociosanitari erogati in ambito domiciliare o ambulatoriale, nonché all'attività svolta dai Dipartimenti di salute mentale (DSM) e dalle strutture di cui all'articolo 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, dai Consultori Familiari (CF) e dai Punti per gli screening oncologici, le iniziative finalizzate: alla realizzazione degli investimenti relativi alle infrastrutture di tipo tecnologico, destinate all'erogazione di servizi sanitari o sociosanitari; alla realizzazione degli investimenti relativi all'adeguamento infrastrutturale e al potenziamento tecnologico dei Dipartimenti di salute mentale dei Consultori familiari e dei Punti per gli screening oncologici; alla realizzazione degli investimenti diretti a sostituire, ammodernare o implementare le attrezzature informatiche, tecnologiche e diagnostiche, destinate all'erogazione di servizi sanitari o sociosanitari; alla formazione degli operatori sanitari per:

- 1) la sperimentazione dei progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati in tutti i Dipartimenti di salute mentale delle regioni destinatarie del Programma, in collaborazione coi i servizi sociali dei comuni e degli enti del terzo settore;
- 2) la sperimentazione dei modelli organizzativi e dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali specifici per i Consultori familiari;
- 3) lo sviluppo di metodologie e strumenti per l'integrazione e l'aggiornamento continuo delle liste anagrafiche degli inviti ai test di screening per individuare e includere negli stessi anche la popolazione in condizione di vulnerabilità socio-economica;
- 4) la sperimentazione di modelli organizzativi per il miglioramento dell'organizzazione dei servizi di screening.

Con il **comma 1-bis**, al fine di rafforzare la capacità di erogazione dei servizi sanitari e incrementare l'utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio, nonché per garantire il processo di efficientamento del servizio sanitario regionale, agevolando il percorso finalizzato al superamento del commissariamento, la regione Calabria è autorizzata a riprogrammare la quota residua delle risorse economiche assegnate ai sensi dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, prima fase, di cui alla deliberazione del Comitato interministeriale per la programmazione economica del 3 agosto 1990, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 201 del 29 agosto 1990, nel limite massimo di euro 19.732.858,87, derivante dalle economie registrate a valere sui quadri economici dei singoli progetti afferenti alla realizzazione delle opere finanziate dal programma di cui alla citata deliberazione.

Articolo 7 (Imposta sostitutiva sulle prestazioni aggiuntive del personale sanitario)

Al fine di incentivare i dirigenti medici e sanitari dipendenti del Servizio sanitario nazionale, il **comma 1** prevede l'introduzione di una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle

addizionali regionali e comunali pari al 15 per cento sulle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive rese dal predetto personale.

Analogamente il **comma 2** prevede l'introduzione della medesima imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche 11 e delle addizionali regionali e comunali pari al 15 per cento sulle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive rese dal personale sanitario di cui all'allegato 1, della legge 1° febbraio 2006, n. 43.

I **commi 3 e 4** indicano gli oneri derivanti dall'attuazione di quanto previsto dai commi 1 e 2.

Il **comma 5** prevede che le imposte sostitutive previste dai commi 1 e 2 sono applicate dal sostituto d'imposta con riferimento ai compensi erogati a partire dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Per l'accertamento, la riscossione, le sanzioni e il contenzioso, si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni in materia di imposte sui redditi. Il comma 6 reca la copertura finanziaria degli oneri derivanti dalla disposizione.

Il **comma 5** specifica le coperture delle spese previste dai commi 3 e 4.

Articolo 7-bis (clausola di salvaguardia)

Le Regioni applicano le misure di cui al presente decreto compatibilmente con i propri statuti di autonomia e con le relative norme di attuazione, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza sull'intero territorio nazionale.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=123639

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1975

DISEGNO DI LEGGE

APPROVATO DAL SENATO DELLA REPUBBLICA

il 18 luglio 2024 (v. stampato Senato n. 1161)

PRESENTATO DAL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

(MELONI)

E DAL MINISTRO DELLA SALUTE

(SCHILLACI)

DI CONCERTO CON IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

(GIORGETTI)

CON IL MINISTRO PER GLI AFFARI EUROPEI, IL SUD, LE POLITICHE DI COESIONE E IL PNRR

(FITTO)

CON IL MINISTRO PER GLI AFFARI REGIONALI E LE AUTONOMIE

(CALDEROLI)

CON IL MINISTRO DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA

(BERNINI)

E CON IL MINISTRO PER LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

(ZANGRILLO)

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie

*Trasmesso dal Presidente del Senato della Repubblica
il 18 luglio 2024*

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1721740909.pdf>

Autonomia differenziata: Regioni chiamate alla sostenibilità del Paese nel rispetto del Patto di stabilità

Ettore Jorio

Due gli interventi nella giornata del 10 luglio. Il botta e risposta, materializzatosi nel question time alla Camera, sul tema in generale del regionalismo differenziato che ha visto protagonisti i deputati interroganti e il ministro Calderoli. L'audizione del ministro Giorgetti alla Commissione tecnica paritetica per l'attuazione del federalismo fiscale (Copaff).

Due eventi di rilievo all'indomani dell'approvazione definitiva della legge "Calderoli" (la nr. 86/2024), in vigore da appena qualche giorno.

Vediamoli nel dettaglio.

Nel confronto diretto alla Camera, il ministro Calderoli ha concluso scandendo il timing degli adempimenti sull'applicazione, soprattutto del federalismo fiscale.

Nel particolare, si è impegnato a perfezionare la "trasposizione normativa" dei Lep, formalmente individuati, entro il 2024, promettendo il loro finanziamento da garantire a cura della legge di bilancio del 2026 (si veda NT+ Enti Locali & Edilizia dell'11 luglio scorso).

Nel dibattito, è tuttavia mancata l'afferenza all'impegno temporale di definizione degli strumenti garanti della sostenibilità dei Lep (costi e fabbisogni standard), prefigurando al riguardo il solo impegno di trasferirli alla Commissione tecnica dei fabbisogni standard (comma 793 dell'art. 1 della legge di bilancio per il 2023).

Con questo è stato poco toccato, sino ad essere eluso nelle conclusioni, il tema della sanità, sia da parte delle opposizioni che della maggioranza. Infatti sia le istanze che i riscontri si sono limitati al regionalismo asimmetrico, più esattamente alla parte che riguarda la individuazione e finanziamento dei Lep, senza toccare affatto il vero problema che affligge la tutela della salute.

Ovverosia la metodologia e i tempi necessari a stimare i costi standard per singolo Lep e i fabbisogni standard relativi per ogni regione.

Un tema questo direttamente incidente sulla assistenza sociosanitaria che, proprio perché sventolato da chiunque come vessillo da piantare a terra, avrebbe dovuto essere trattato diversamente. I Lea ci sono dal 2001 (implementati nel 2017).

Li ha riconosciuti adeguati il Clep nella sua relazione finale della fine di ottobre del 2023. C'è il finanziamento del Fondo sanitario nazionale, reiterato da anni senza che passasse alle logiche del fabbisogno standard nazionale, generato dal più ineludibile fabbisogno epidemiologico.

Di conseguenza, per passare dalla attuale erogazione della tutela della salute "federalista (fiscale)", le sarebbe sufficiente l'abbandono della compromettente spesa storica - ove hanno tra l'altro avuto modo di "nuotare" le peggiori cessioni di credito finanche dell'inesistente - e mettere in piedi i pezzi mancanti per l'applicazione dei costi/fabbisogni standard.

Il tutto a partire con la prossima legge di bilancio per il 2025. Anticipare la sanità, rispetto alle previsioni, sarebbe un grande risultato politico e di ricaduta sulla popolazione, specie quella diseredata.

Ciò che manca, ma facilmente colmabile, è per l'appunto l'immediato passaggio dei Lea, già trasposti in normativa, alla Commissione tecnica dei fabbisogni standard perché li monetizzi in costi standard, con un lavoro serio del Governo nella determinazione dei fabbisogni regionali sulla base dei quali ripartire il fabbisogno standard nazionale in favore delle Regioni.

Ciò sulla base delle loro esigenze epidemiologiche con l'applicazione della perequazione necessaria per colmare le insufficienze di gettito.

Un lavoro difficile? Difficilissimo, attesa l'inerzia di 23 anni. Ma che occorre fare se si ha davvero a cuore la salute della Nazione.

Sul punto, è stato davvero interessante l'intervento sviluppato dal ministro Giorgetti nel corso della coeva audizione alla Copaff, nel quale ha evidenziato che il regionalismo differenziato è un importante strumento normativo per pervenire ad «un bilanciamento tra garanzia dei diritti e costi». Ciò perché le Regioni saranno chiamate a contribuire (artt. 97.1 e 119.1 della Costituzione) alla sostenibilità del Paese nell'assoluto rispetto del Patto di stabilità.

E già perché il trasferimento delle funzioni amministrative delle Regioni, conseguenti alle materie differenziabili, determinerà - da una parte - il «ridimensionamento della spesa pubblica sotto il Governo centrale», ma - dall'altra - rimarrà comunque appartenente alla Repubblica, in quanto tale da portare, nel suo inseparabile insieme organico, al giudizio dell'UE, in perfetto ossequio dell'art. 81, c. 1 della Costituzione.

Un intervento, quello del titolare del MEF, nel quale si è sottolineata una interessante verità, riguardante gli irrinunciabili adempimenti - tutti percorribili con il federalismo fiscale a regime ma anche con il regionalismo differenziato - da mettere in relazione alle pretese dell'UE in tema di riforma inscindibile dal godimento delle risorse del Pnrr, ai doveri sul Patto di stabilità, alla certezza dei conti di bilancio in rapporto al debito pubblico e all'obbligo del suo rientro.

In buona sostanza, un siffatto intervento ha fatto emergere una particolarità di non poco conto.

Ha messo in costruttiva contrapposizione il regionalismo asimmetrico con un federalismo fiscale che, date le sue metodologie applicative e di godimento, può ben essere definito simmetrico, nel senso di rendersi garante, ai diversi livelli di governo territoriale, della uguaglianza sostanziale nell'esigibilità dei Lep, purché assistito da una efficace copertura perequativa nelle Regioni con minore gettito fiscale. Con l'aggettivo minore da leggersi come valore insufficiente per assicurarli alla collettività.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-07-11/autonomia-differenziata-regioni-chiamate-sostenibilita-paese-rispetto-patto-stabilita-140912.php?uuid=AFxW9RIC&cmpid=nlqf>

quotidiano**sanita.it**

Liste di attesa. Solo 9 regioni forniscono online l'aggiornamento dei tempi. Punte di 498 giorni per un'ecografia. L'indagine di Cittadinanzattiva

Dal Sud al Nord è una babele di dati e modalità di aggiornamento delle piattaforme online con cui le Regioni dovrebbero fornire un quadro della situazione in tempo pressoché reale. L'indagine di Cittadinanzattiva si è concentrata sull'analisi dei tempi di attesa di sei prestazioni, in tutte le regioni: prima visita cardiologica, prima visita pneumologica, prima visita ginecologica, prima visita oncologica, ecografia addome completo, mammografia

24 LUG -

Solo 9 regioni su 20 forniscono online l'aggiornamento dei tempi di attesa a giugno 2024 (Lazio, Emilia-Romagna, Toscana, Liguria, Valle d'Aosta, Umbria, Friuli, Calabria e Alto Adige); la Lombardia ed il Piemonte lo fanno soltanto per alcune ASL; le restanti regioni al massimo a Maggio 2024. Bandiera nera è il Molise, con dati disponibili fino al 2023.

I dati, inoltre, vengono forniti in almeno tre diverse modalità, il che ne rende difficile il confronto spesso anche all'interno dello stesso territorio: in percentuale, ricavata dal rapporto tra il numero di prestazioni erogate nei tempi previsti dal codice di priorità e il totale delle prenotazioni; in giorni di attesa medi previsti; indicando la prima data disponibile. E' quanto emerge da una [indagine](#) **effettuata da Cittadinanzattiva** nella seconda metà di giugno.

Conoscere quale sia la situazione dei tempi di attesa in sanità nel nostro Paese è dunque un'ardua impresa. Sebbene i cittadini, le cronache nazionali e locali, le stesse istituzioni riconoscano che i tempi per accedere alle cure sono spesso troppo lunghi, avere una fotografia precisa della situazione nelle varie Asl e Regioni non è affatto scontato.

Dal Sud al Nord è una babele di dati e modalità di aggiornamento delle piattaforme online con cui le Regioni dovrebbero fornire un quadro della situazione in tempo pressoché reale. L'indagine di Cittadinanzattiva si è concentrata sull'analisi dei tempi di attesa di sei prestazioni, in tutte le regioni: prima visita cardiologica, prima visita pneumologica, prima visita ginecologica, prima visita oncologica, ecografia addome completo, mammografia.

La fotografia emersa evidenzia che da Nord a Sud ci sono difficoltà nel rispetto delle tempistiche previste dalle diverse classi di priorità (U-Urgente: da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore; B-Breve: da eseguire entro 10 giorni; D-Differibile: da eseguire entro 30 giorni per le visite, entro 60 giorni per gli accertamenti diagnostici; P-Programmata: da eseguire entro 120 giorni).

Fra i casi limite nelle realtà che indicano i tempi di attesa in giorni segnaliamo le seguenti: nell'Azienda Universitaria Friuli Centrale, si attendono in media **498 giorni** per l'ecografia addome programmabile, e 394 giorni per la visita ginecologica sempre con codice P; **427 i giorni** in media di attesa per una visita cardiologica programmabile nella Azienda Sanitaria 3 Ligure.

Tra chi indica il rispetto in percentuale dei tempi previsti dai codici di priorità B, D e P, i seguenti sono ben al di sotto dello standard del 90% stabilito dal PNGLA: nella ASL RM4, si rispettano i dieci giorni massimi di attesa soltanto per il **17,8%** delle ecografie all'addome completo in classe B; nelle Marche (dati aggregati, non per ASL) solo il **41%** delle mammografie programmabili è garantito nei 120 giorni previsti; in Molise, si garantisce nei canonici 60 giorni della classe D solo il **34%** delle ecografie addome completo; nella Asl Napoli 1 Centro appena il **14%** delle visite oncologiche in codice B è erogato entro 10 giorni; la Asl di Bari riesce ad erogare entro i 10 giorni solo il **9%** delle visite pneumologiche con codice B.

Di seguito qualche esempio di estrema variabilità all'interno della stessa area geografica o della stessa regione nel rispetto dei tempi di attesa:

- in Friuli Venezia Giulia, quasi tutte le prestazioni oggetto di indagine, a maggio, sono state erogate ben oltre i giorni previsti. In Veneto invece succede l'esatto contrario: tempi rispettati per tutte le prestazioni e tutte le priorità. Così succede anche in Calabria.

- Nell'ASL 1 Abruzzo e nell'ASL di Pescara, il 90% delle visite oggetto dell'indagine sia per la classe B che per la D, sono state erogate nei tempi stabiliti; l'ASL di Pescara mostra però il fianco sulla classe P, con una media del 62% e picco minimo del 33.8% per quanto riguarda l'ecografia addome completo.

- L'Umbria invece presenta dati aggregati riferibili a giugno: solo il 38% delle ecografie addome in classe B sono erogate entro i 10 giorni previsti, al contrario tutte le visite oncologiche in classe D e P sono erogate rispettivamente entro i 30 e i 120 giorni previsti.

- Anche la Puglia presenta performance altalenanti: per una visita pneumologica in classe B si va dal picco minimo del 9.2% nell'ASL di Bari (a febbraio 2024), al rispetto al 100% dei tempi per la stessa prestazione e nello stesso periodo nell'ASL di Lecce; sempre nella Asl di Lecce però soltanto il 38% delle visite cardiologiche in classe D e P è erogato nei tempi stabiliti, mentre per le altre visite messe sotto la lente i tempi sono rispettati mantenendo però una media vicina al 90% nelle diverse classi di priorità.

- Nella Asl di Caserta solo il 33% delle mammografie con priorità B vengono garantite nei tempi previsti di 10 giorni mentre tutte quelle con priorità D sono erogate entro i canonici 60 giorni, se si passa al codice P la Asl in questione ne garantisce il 67% nel termine di max 120 giorni.

Il confronto con una [precedente indagine condotta a Luglio 2023](#) su cinque regioni (Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia e Puglia) ha evidenziato luci e ombre. Va meglio ad esempio nella Asl RM4 per le visite cardiologiche in classe B, poiché a giugno 2024 il 65% (rispetto al 41% di luglio 2023) è stato erogato entro i 10 giorni previsti; nell'ASL di Bari si segnala un aumento del +53% (dal 32,1% all'85%) di mammografie in classe B erogate nei tempi previsti; nell'AUSL Reggio Emilia +55% (dal 39% al 94,7%) di tempi rispettati per una visita pneumologica; nell'ASL Ligure 1, per un'ecografia addome completo si è passati dai 5/21 /24 giorni di attesa nel 2023 rispettivamente per le classi B, D e P, ai 2 giorni del 2024. Di seguito alcuni peggioramenti: sono 427 i giorni registrati nell'ASL Ligure 3 per una visita cardiologica di classe P rispetto ai 6 necessari nel 2023; nell'ASL Viterbo, per una visita pneumologica in classe B si è passati dal 100% di prestazioni erogate nei tempi previsti nel 2023 ad appena il 42% (-58%); nell'AUSL di Parma, il 12% in meno delle visite cardiologiche sono erogate nei tempi previsti (dal 93% del 2023 all'80,7% del 2024).

Ma quanto si attende al telefono del CUP?

L'indagine ha evidenziato che tutte le regioni sono provviste di CUP, che risultano centralizzati in 13 Regioni, mentre sono divisi per zone/asl nelle restanti 7 (Calabria, Sicilia, Puglia, Campania, Veneto, Sardegna e Toscana), con altrettanti diversi numeri telefonici.

I tempi di attesa per parlare con l'operatore si sono mostrati nella stragrande maggioranza piuttosto ragionevoli: il migliore è risultato essere il CUP della regione Lazio, con soli 2 minuti e 15 secondi di attesa; a seguire i CUP di Lombardia, Puglia, Sardegna, Campania e Basilicata, con un'attesa massima sempre inferiore ai 3 minuti.

Nelle altre regioni invece il tempo di attesa è variato dai 3 minuti e 20 secondi dell'ULSS 4 del Veneto, fino ad arrivare agli oltre 18 minuti registrati per l'ASL di Genova.

Nonostante diversi tentativi, invece non si è riusciti a parlare con gli operatori dei CUP di USL Toscana Centro), di Valle d'Aosta e del Friuli.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=123652



Liste di attesa: non si abbattano rincorrendole, servono trasparenza e programmazione

Massimo Braganti*

Il Consiglio dei Ministri, con i decreti varati recentemente (DL n.73 e DLL del 7 Giugno) ha cercato di intervenire nell'annosa questione dell'abbattimento liste di attesa, argomento sempre di attualità negli ultimi dieci - quindici anni, con un incremento delle criticità che è aumentato in maniera esponenziale specialmente dopo la pandemia.

Purtroppo si può notare che i provvedimenti adottati non risultano essere passati attraverso un processo di concertazione con le Regioni, con le rappresentanze sindacali, e con i rappresentanti delle professioni coinvolte, ma ancora meno con i clinici e coloro che effettivamente hanno a che fare con queste tematiche giornalmente. Tali criticità sono rese dirompenti dai media nazionali tendenti a criminalizzare un sistema pubblico, che sta facendo il possibile in uno scenario di risorse limitate. Proprio sul tema delle risorse in ambito sanitario è opportuno ricordare una frase dell'economista e filosofo americano Herbert E. Klarman che nel 1970 disse: "Nella storia umana non è mai esistita un'epoca in cui siano state disponibili risorse sufficienti per soddisfare il generale e costante desiderio di migliorare la qualità e la durata della vita. Per quante risorse io metta a disposizione certamente avrò bisogno di ulteriori risorse."

E' sostenibile che pensare di abbattere le liste di attesa rincorrendo la domanda di prestazioni dei cittadini sarà sempre una strategia perdente; per quante prestazioni si possa garantire con incremento di orario del personale del SSN o con incremento di prestazioni fornite dal sistema privato convenzionato e non, dopo una fase di contenimento, immediatamente si avrà una nuova esplosione di richieste rendendo vano quanto fatto.

Nei provvedimenti adottati si trovano solo azioni tendenti ad aumentare l'offerta di prestazioni, con azioni di valorizzazione oraria nei confronti dei professionisti, (professionisti in molti casi già carenti per garantire l'ordinario, fra l'altro senza tenere conto di un limite lavorativo e di necessità di recupero psicofisico obbligatorio per legge, oltre il quale è messa a rischio la qualità della prestazione con la possibile configurazione di responsabilità anche penali a carico di chi lavora oltre i limiti previsti dalle norme), valorizzazione che per alcune specialità si trova già in concorrenza con i privati, nazionali o esteri, ma che certamente il sistema pubblico non potrà garantire, vedasi primi fra tutti nella chirurgia, i grossi guadagni che si prospettano nella chirurgia estetica.

Nei provvedimenti non si trova alcuna indicazione di azioni tendenti a intervenire sulla creazione della domanda, e quindi riportare in termini di appropriatezza le prestazioni erogate.

E' ipotizzabile che in uno scenario di conflittualità utenti/operatori del SSN, la risposta dei professionisti a loro tutela è quella di spingere al massimo la medicina difensiva prescrivendo prestazioni oltre ciò che effettivamente serve.

Nei provvedimenti non ci sono azioni tendenti a ripulire le liste di attesa da situazioni o da pazienti che hanno già fruito della prestazione altrove, ma che non si sono cancellati, o addirittura di pazienti deceduti ma ancora presenti nelle liste.

Altra azione dovrebbe essere quella di analizzare la modalità con cui si incrementano le liste per scoprire quei comportamenti opportunistici che talvolta si riscontrano in qualche professionista per i quali sarebbe opportuno un intervento non solo delle autorità sanitarie ma anche quelle di strutture di controllo economico finanziario nazionali.

In termini di appropriatezza è essenziale la condivisione della correttezza delle prestazioni tra le diverse anime di professionisti medici Ospedalieri, specialisti ambulatoriali e medici di medicina generale. Lo scollamento tra i diversi professionisti non fa altro che generare una domanda crescente di prestazioni con dubbi di appropriatezza, mentre la definizione di corretti percorsi, oltre a ridurre la domanda fornirebbe maggiore tranquillità nei confronti dei pazienti.

Sulla criticità della differenziazione dei contratti tra i professionisti citati, sarebbe auspicabile una loro riunificazione in un solo e unico contratto di lavoro e non diversi contratti che di fatto li sottraggono dalla responsabilità gestionale delle Direzioni Aziendali.

Con la realizzazione anche di una parte delle ipotesi sopra riportate si ritiene possibile riportare le eventuali liste di attesa in una situazione più gestibile. Su tale situazione si potrebbe poi intervenire in modo ragionato con il coinvolgimento di tutti gli attori.

Chi scrive ha formulato queste proposte sulla base dell'esperienza maturata come direttore generale ed amministrativo di Aziende Sanitarie od Ospedaliere in tre diverse regioni italiane dal 2000 al 2023.

**Direttore Generale ESTAR Toscana*

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-07-05/liste-attesa-non-si-abbattono-rincorrendole-servono-trasparenza-e-programmazione-094038.php?uuid=AFzCFwWC&cmpid=nlqf>

quotidiano**sanita.it**

Sulle liste d'attesa il pesce puzza anche dalla coda

Francesco Medici, Consigliere Nazionale Anaao Assomed

10 LUG -

Gentile Direttore,

sulle liste di attesa una campagna “politico mediatica” tormenta tutti gli operatori della sanità. Nei fatti si analizza un problema serio, ovvero il funzionamento del SSN, partendo dal suo epifenomeno, le liste di attesa. Ho letto tante critiche sul disegno di legge che dovrebbe servire all'abbattimento delle liste di attesa.

Si critica o si elogia un provvedimento a mio avviso illusorio e irrealizzabile o peggio che, se mai realizzato, acuirà i veri problemi del SSN ovvero la mancanza di posti letto e di sale operatorie, la carenza di personale medico e infermieristico, in sintesi: il sottofinanziamento del SSN. Parlando di liste di attesa ambulatoriali “Si parte dalla coda”.

Si ascolta la “pancia” elettorale del popolo italiano esasperato, a dire dei media, nel dovere attendere una visita o un accertamento oltre quanto previsto dai protocolli, evitando artatamente di vedere ciò che segue la visita o la prestazione ambulatoriale, ovvero, qualora risultasse veramente utile, il ricovero e la cura di quanto emerso dalla visita ambulatoriale una volta espletata. Il problema “liste di attesa” è stato fatto proprio dall'attuale classe politica che ha promesso in campagna elettorale di risolverlo e oggi, a modo suo, cerca di onorare questa promessa fatta alla “pancia” dell'elettorato.

Ecco il perché del disegno di legge. Allora tutto bene?

In ogni caso Sì. Seppure in modo sbagliato, per la prima volta da anni, si parla di sanità e di accesso alle cure, peccato che lo si faccia, a mio avviso, in modo parziale e demagogico.

Ma è sempre meglio del “silenzio assordante” dei precedenti governi. Qui almeno un atto c'è stato. Se ne parla. Ne parliamo

Voglio allora analizzare il problema “Salute” nel suo insieme per analizzare come risponde il nostro sistema.

1. Il SSN deve garantire il “benessere psico fisico” della popolazione come ci chiede l'OMS.
2. Deve essere universalistico, ovvero garantire a tutti le stesse cure indipendentemente dal reddito secondo quanto stabilito dall'articolo 32 della costituzione.
3. Deve garantire il Lavoro, non il precariato, o altre forme di sfruttamento del lavoro

Quindi deve garantire le Cure e nel farlo deve rispettare anche il “tempo dell’accesso alla cure”.

Come già detto “Curare” significa l’intero percorso di cure non solo quello della visita.

Ed ecco il primo problema. Il SSN deve curare, ovvero prestare cure a chi ne ha bisogno o sprecare risorse per accertamenti e prescrizioni inutili? Non voglio ribadire le giustissime riflessioni fatte dal Dr. D’Alba, presidente nazionale di Federsanità, sulle pagine di quotidiano della sanità, ma appare evidente che la domanda andrebbe controllata, altrimenti come ha affermato giustamente il governatore del Lazio On. Rocca, si crea un processo per il quale una eventuale “offerta aumentata genera una ulteriore aumentata domanda”.

Esistono metodi per governare la domanda? Sì, per esempio i PDTA per patologia. Peccato che se andiamo nel sito del ministero della sanità sulle linee guida (SNLG Sistema nazionale Linee guida) ne troviamo validate solo 112. Se poi vediamo come sono state recepite dalle regioni che dovrebbero, sulla base delle linee guida su citate, proporre i percorsi di cura in ambito regionale, entriamo nella nebulosa. Eppure le regioni sono riuscite nel tempo a governare la richiesta di domanda sui farmaci istituendo commissioni di verifica regionali e di ASL “responsabilizzando” i MMG e/o le farmacie ospedaliere.

Poco o nulla si sta invece facendo sulle ipersecrezioni di visite ambulatoriali e/o di diagnostica. Il numero è impressionante. Non è possibile che servano veramente tutti questi accertamenti. Se analizziamo il fenomeno vediamo che la ipersecrezione nascono da due sub fenomeni:

- 1) Da medicina difensiva (testa)
- 2) Da ansia del paziente che pensa che con l’accertamento più costoso ed indaginoso possa risolvere il proprio problema di salute (coda)

La richiesta nasce quindi in entrambi casi da ignoranza e/o paura, che porta all’erogare prestazioni non previste dalle buone pratiche.

Nasce dal fatto che in moltissime regioni non analizziamo ex ante ma neanche ex post il numero di accertamenti inutili erogati. Non conosciamo i nomi degli “iperprescrittori seriali”

Nasce dal fatto che ci appoggiamo sempre più al privato accreditato che, agendo a scopo di lucro, più produce, anche se inappropriatamente, più guadagna.

Vedete un professore universitario mi faceva notare che la “vecchia ricetta rosa” era stampata dalla zecca dello stato, come le banconote, perché di fatto era una vera banconota e non bisognava contraffarla. Era ed è anche nella sua forma dematerializzata, un “pagherò” dello Stato, come una banconota. Dietro ogni innocente ricetta c’è una spesa che lo Stato dovrà onorare.

Se lasciamo liberi tutti i professionisti della sanità a prescrivere farmaci, visite ed accertamenti senza regole ma soprattutto senza controlli, è come se la Banca regalasse i soldi ai propri clienti, in sintesi si genera inflazione. Il cittadino (la coda) dove tende ad andare? Nella banca che non dà prestiti o da quella che regala il denaro?

Di fatto chi è meno virtuoso ha un vantaggio rispetto a chi ha maggiore capacità e conoscenza. Tutti siamo coinvolti, le ipersecrezioni nascono anche nei nostri pronto soccorsi, nei nostri reparti, solo che in questi ambiti riusciamo a monitorizzarli e controllarli con gli strumenti delle “governance” (schede di budget per esempio).

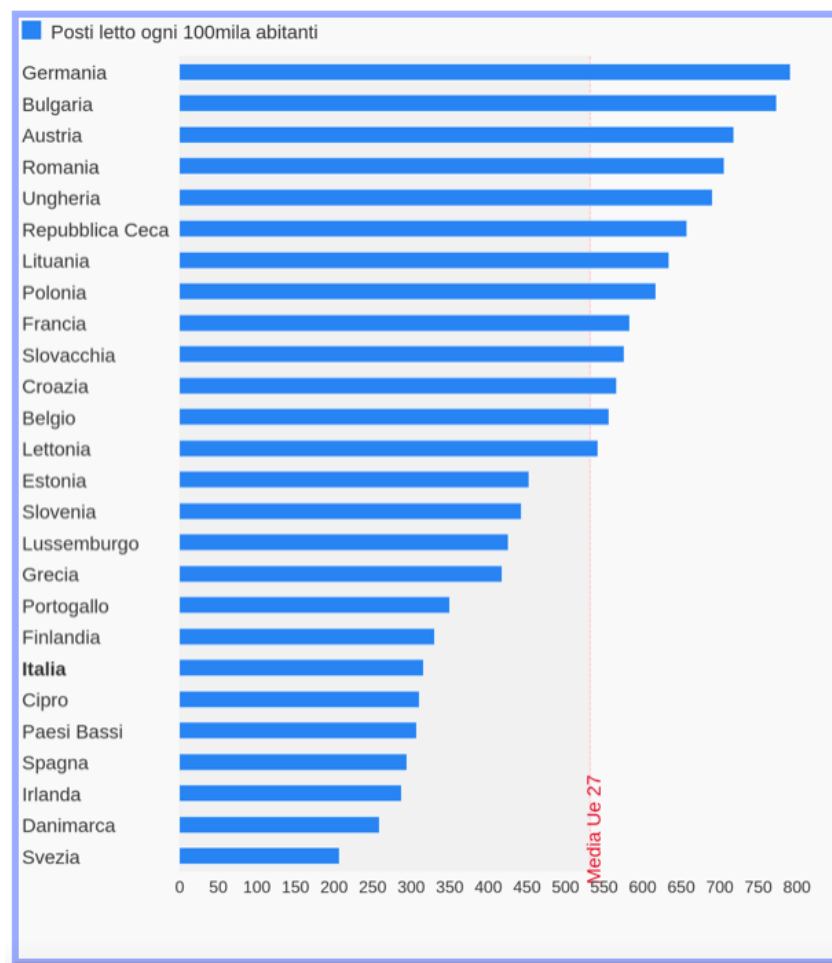
Fino a quando le Regioni non applicheranno questi stessi strumenti anche nel territorio la richiesta governerà sulla domanda in un circolo vizioso senza fine generando un polverone che volutamente o meno, distoglierà stampa, cittadini e decisore politici ad affrontare i veri problemi del SSN ovvero gli effetti della legge Balduzzi: 3.7 posti letto per mille abitanti (a fronte dei 6 della Francia e degli 8 della Germania) non garantiscono un adeguato e tempestivo accesso alle cure.

A che serve una diagnosi senza poi una cura?

Quindi, se volessimo guardare il nostro SSN complessivamente dovremmo constatare che:

- Oggi Il SSN non garantisce il “benessere psico fisico” della popolazione come ci chiede l’OMS.
- Non è universalistico visto che solo chi può permettersi cure private ha tempestività nell’accesso alle cure e che le cure saranno erogate in modo diverso da regione a regione (vedi legge su autonomia differenziata)
- Non garantisce ovunque il diritto al lavoro, visto che nel privato non si usa lo stesso contratto e le stesse retribuzioni del pubblico e che sia pubblico che privato ricorrono al precariato.

Ma noi tutti parliamo di liste di attesa.



https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=123350



Liste d'attesa: le Regioni danno parere negativo al decreto, necessari più fondi e cambiare l'art.2

Parere negativo al decreto legge sulle liste d'attesa da parte della Conferenza delle Regioni che chiede "l'accoglimento della proposta di modifica all'articolo 2, tesa, in una logica di leale collaborazione, a migliorare il testo del decreto e a renderlo rispettoso delle competenze e delle prerogative di ciascun livello istituzionale come previsto dalla Costituzione".

L'articolo 2 che le Regioni vogliono stralciare prevede "un Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria che ha il compito di vigilare e svolgere verifiche presso le aziende sanitarie locali e ospedaliere e presso gli erogatori privati accreditati".

Secondo il parere delle Regioni, presentato in sede di Conferenza Stato-Regioni, tale formulazione è "quanto meno lesiva del principio di leale collaborazione" e presenta "dei profili di illegittimità costituzionale".

Per questo è "quantomeno necessaria una riscrittura condivisa di questo articolo, che, nel prevedere lo svolgimento dei monitoraggi e dei controlli delle prestazioni sanitarie sulla base di dati raccolti nella Piattaforma nazionale delle liste di attesa di cui all'articolo 1, abbia un chiaro riferimento nella collaborazione interistituzionale e nel rispetto delle rispettive competenze istituzionali: lo Stato

controlla le Regioni, le Regioni controllano le aziende sanitarie e si confrontano con il livello ministeriale”.

“Non è condivisibile che gli esiti delle verifiche costituiscano elementi di valutazione del ministero della Salute - ribadiscono le Regioni - ai fini dell'applicazione di misure sanzionatorie e premiali nei confronti dei responsabili regionali o aziendali, inclusa la revoca o il rinnovo dell'incarico in quanto tale valutazione rientra nelle competenze regionali”.

Le Regioni fanno poi notare che “un'efficace attuazione di misure di contenimento dei tempi di attesa non può prescindere dalla disponibilità di congrue risorse economico-finanziarie aggiuntive e di adeguate risorse umane”.

“L'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati, l'assunzione di personale ed il ricorso alle prestazioni aggiuntive (preferibili rispetto all'attività libero professionale intramuraria), lo svolgimento di attività sanitaria in orario notturno, prefestivo e festivo, gli indispensabili adeguamenti tecnologici e gli aggiornamenti informatici, necessitano di un'adeguata disponibilità di risorse economiche e di personale - si rimarca nel parere -. E' necessario procedere alla quantificazione dei maggiori oneri attesi, all'esplicitazione delle risorse disponibili a legislazione vigente ed al reperimento delle risorse eventualmente mancanti. Occorre, infatti, considerare che le risorse dell'articolo 1, commi 232 e 233, della Legge di bilancio per l'anno 2024 potrebbero essere già state utilizzate dalle Regioni e dalle Province autonome per l'attuazione dei propri Piani regionali e provinciali di contenimento dei tempi di attesa, nel qual caso il decreto sarebbe privo di qualunque finanziamento”.

“Considerato che il livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale è notoriamente sottodimensionato rispetto a quello dei principali Paesi europei - ricorda il documento - e sta determinando serie difficoltà in tutte le Regioni, incluse quelle che il ministero della Salute ha collocato ai primi posti per la qualità dell'assistenza sanitaria, ad assicurare l'equilibrio economico-finanziario dei bilanci sanitari, le Regioni non sono nelle condizioni di finanziare il costo di misure ed interventi aggiuntivi, seppur condivisi per la finalità, poiché il Fondo sanitario nazionale è già largamente insufficiente”.

Secondo le Regioni poi, con riferimento alle disposizioni in materia di personale, “è necessario che con molta chiarezza vengano superati i tetti di spesa esistenti in materia di personale e che tale superamento sia adeguatamente accompagnato da ulteriori risorse economico-finanziarie destinate a coprire effettivamente, in tutti i sistemi sanitari regionali, il fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale determinato secondo standard uniformi e condivisi”.

Nel testo del decreto sulle liste d'attesa, “l'articolo 5 è intitolato 'Superamento del tetto di spesa per l'assunzione di personale sanitario', ma introduce limitate ed insufficienti novità per l'anno in corso - si avverte nel parere - e poche novità anche per l'anno 2025, peraltro condizionate alla definizione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Ssn ed alla conseguente approvazione del Piano dei fabbisogni triennali regionali del personale.

La definizione di tale metodologia rischia però di rivelarsi priva di reale efficacia, atteso che la norma prevede che la sua adozione avvenga comunque 'in coerenza con i valori di cui al comma 1' dello stesso articolo 5, vale a dire nell'ambito degli attuali tetti di spesa per il personale.

Peraltro, trattandosi di una misura organizzativa in attuazione di una metodologia ministeriale, la prevista approvazione da parte del ministero della Salute appare invasiva delle competenze regionali”.

“Non è pensabile che un solo provvedimento possa risolvere una criticità di rilievo nazionale (in quanto interessa tutte le Regioni) in tempi brevi - concludono le Regioni -.

Soprattutto, un decreto non può raggiungere questo risultato in assenza di adeguate risorse finanziarie, delle necessarie risorse umane, senza l'implementazione di misure che possano affrontare il problema per quanto concerne sia l'offerta che la domanda di prestazioni che deve essere appropriata.

Non a caso, finora nessun Paese europeo aveva affrontato la problematica delle liste di attesa con un approccio esclusivamente inquisitorio e sanzionatorio”.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-07-11/liste-d-attesa-regioni-danno-parere-negativo-decreto-necessari-piu-fondi-e-cambiare-l-art2-152741.php?uuid=AF3xQZlC&cmpid=nlqf>

Liste d'attesa, il decreto in Senato pronto per il giro di boa. Il relatore Zullo: 13 mld recuperabili dalla razionalizzazione

di Red.San.

È previsto il 18 luglio il voto in Senato sul decreto liste d'attesa (Dl 73/2024, in scadenza il 6 agosto) che ha ricevuto il disco verde della commissione Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale, dopo una serie di modifiche di cui la principale - dopo la bocciatura delle Regioni - è la riscrittura dell'articolo 2.

Nel corso dell'esame in Commissione è stato infatti risolto, con un emendamento del relatore, il nodo delle competenze di controllo tra Stato e Regioni: le misure sui controlli e le sanzioni contro gli abusi tornano ai presidenti, attraverso i nuovi responsabili unici regionali dell'assistenza sanitaria (Ruas), mentre il ministero della Salute potrà intervenire con poteri sostitutivi in caso di ritardi e inadempienze da parte regionale.

Il relatore Ignazio Zullo (Fdi) ha affermato in chiusura di seduta - in seguito gli interventi fortemente polemici delle opposizioni che lamentano in particolare la mancanza di risorse a supporto, la contraddizione tra un impianto del decreto legge "centralistico" e il recente via libera alla legge sull'autonomia differenziata e lo spazio eccessivo che sarebbe attribuito ai privati - che il tema delle liste d'attesa «mina le fondamenta del Ssn» e che «se non siamo consapevoli di questo non sviluppiamo il senso di responsabilità che occorre per sviluppare questo tema».

Il Governo - ha affermato - poteva come è successo in tanti anni volgere lo sguardo dall'altra parte ma ha deciso di mettere in campo senso di responsabilità».

Poi, il richiamo a Carlo Calenda (Azione), che dagli scranni dell'opposizione aveva chiesto interlocutorio ai colleghi del Pd «servono risorse, ma dove le prendiamo?».

Un assist per il relatore e per tutta la maggioranza: «Lo stesso Calenda ha quantificato in 13 miliardi le risorse necessarie», ha ricordato Zullo, stimando che anche con i provvedimenti di razionalizzazione della spesa sanitaria messi in campo dal decreto, fino al 10%, proprio questa cifra si potrebbe ottenere.

«Questo decreto legge pone in essere degli istituti di riorganizzazione: la Piattaforma (da istituire presso Agenas per il monitoraggio in tempo reale dei tempi di erogazione delle prestazioni in ogni Regione, ndr) e l'organismo di controllo non vanno banalizzati», ha avvisato. Poi, la considerazione che nello stesso tempo anche il tetto di assunzione del personale viene elevato, di «un 5% ulteriore rispetto a quanto previsto dal decreto Calabria».

Inoltre, la defiscalizzazione dei compensi del personale: «la motivazione è importante nelle attività umane - ha tenuto a precisare Zullo - così come l'aumento delle "borse" per i medici e gli infermieri». E a chi punta l'indice contro il ricorso ai privati, «ricordo a tutti che il privato con la contrattualizzazione attraverso l'accreditamento è stato introdotto dal ministro Bindi, che stimo molto per questa norma e non è di certo un politico di centro-destra».

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/in-parlamento/2024-07-17/liste-d-attesa-decreto-senato-pronto-il-giro-boazullo-13-mld-recuperabili-razionalizzazione-194600.php?uuid=AFVrU9uC&cmpid=nlqf>

Decreto liste d'attesa. Salutequità: "Misure utili, ma per il cambio di passo atteso dai cittadini servono correttivi"

"Chiediamo che sia previsto un tempo specifico, compreso tra le 24 e le 48 ore dalla telefonata del cittadino al Cup, entro il quale le Direzioni generali aziendali devono garantire l'individuazione della data dell'appuntamento nel rispetto delle tempistiche dei codici di priorità. Le coperture economiche individuate si riferiscono al solo 2024 e presentano diverse criticità, a partire dal fatto che potrebbero già essere state impegnate da alcune Regioni".

03 LUG - Misure necessarie e urgenti nel decreto anti-liste di attesa, come la Piattaforma nazionale, l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, il rafforzamento del sistema di prenotazione delle prestazioni attraverso il CUP regionale e anche quelle in materia di personale, ma il rischio è tuttavia di non poter riuscire, senza alcuni correttivi fondamentali, ad assicurare concretamente quel cambio di passo atteso dai cittadini.

Tonino Aceti, presidente di Salutequità, laboratorio per l'analisi, l'innovazione e il cambiamento delle politiche sanitarie e sociali, illustra punto per punto le luci e le ombre del decreto 73/2024 (e del suo disegno di legge di conversione), in un'audizione svolta a Palazzo Madama alla Commissione Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale, a partire dal comma 10 dell'art.3 del DL, sul come rendere effettivamente esigibile il diritto del cittadino ad ottenere la prestazione di cui ha bisogno in caso di mancato rispetto dei tempi massimi previsti dalla normativa di riferimento.

"Il comma 10 dell'art. 3 – spiega Aceti - rappresenta una delle parti più delicate e al contempo più importanti dell'intero provvedimento, poiché sancisce in capo alle Direzioni generali aziendali la responsabilità di garantire, in caso di superamento dei tempi massimi di attesa, l'erogazione delle prestazioni al cittadino, nonché l'attività di vigilanza e di esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità erariale nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione nei confronti dell'assistito".

"Un principio che condividiamo pienamente – prosegue - previsto già in altri provvedimenti, ma che rischia senza l'introduzione di correttivi, di rimanere ancora una volta sulla carta e di non rappresentare una soluzione concreta alle difficoltà di accesso alle cure da parte dei cittadini.

Proprio per questo chiediamo che sia previsto un tempo specifico, compreso tra le 24 e le 48 ore dalla telefonata del cittadino al CUP, entro il quale le Direzioni generali aziendali devono garantire l'individuazione della data dell'appuntamento nel rispetto delle tempistiche dei codici di priorità attribuiti dalla prescrizione medica, ricontattando automaticamente il cittadino tramite lo stesso CUP (o altro ufficio) e all'interno di un ambito di garanzia che risponda sempre ai principi di raggiungibilità e prossimità. È ancora troppo spesso il cittadino ad essere costretto a rincorrere gli uffici di ASL e Aziende Ospedaliere per tentare di ottenere la prestazione sanitaria con telefonate e attraverso l'invio di moduli e contro moduli e/o a percorrere anche oltre cento km con la macchina o mezzi pubblici per raggiungere il luogo della prestazione sanitaria. Una situazione che questo Decreto deve far cessare subito, se si vuole veramente contrastare il fenomeno della rinuncia alle cure e non obbligare i cittadini a ricorrere al privato. Chiediamo inoltre che questa tutela non valga solo per il 2024 ma sia un diritto per tutti gli anni a venire. Infatti, le coperture economiche individuate dal Decreto si riferiscono al solo 2024 e presentano diverse criticità, a partire dal fatto che le risorse potrebbero, in parte o totalmente, già essere state impegnate da alcune Regioni".

Le novità positive

La prima, come ha illustrato il presidente di Salutequità, è l'istituzione della Piattaforma nazionale delle liste di attesa: le misure previste sono, secondo Aceti, utili e urgenti: "Non si può governare un fenomeno che non si conosce e non si misura, e noi oggi un dato veramente attendibile sulle liste di attesa non lo abbiamo".

La seconda è l'istituzione dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria che rafforza il monitoraggio e controllo del livello centrale, soprattutto dopo l'approvazione della Legge sull'Autonomia Differenziata che attribuisce alle Regioni ulteriori spazi di manovra autonoma.

"Inoltre – aggiunge Aceti - l'Organismo permetterà ai cittadini di poter segnalare in modo diretto e in tempo reale, situazioni di mancato rispetto dei diritti".

Bene poi la previsione del rafforzamento del sistema di prenotazione delle prestazioni attraverso il CUP regionale in piena interoperabilità con le strutture sanitarie private accreditate, pena la nullità degli accordi

contrattuali con quest'ultime. Positive le misure in cui si prevede che le risorse per il recupero delle liste attese da parte delle Regioni non possano essere utilizzate per finalità differenti, come pure le diverse misure in materia di personale sanitario.

Le criticità

La Piattaforma nazionale non prevede esplicitamente il monitoraggio del rispetto dei tempi massimi di attesa, secondo il presidente di Salutequità, in quanto si parla solo di “modulazione dei tempi di attesa in relazione alle classi di priorità”, inoltre il flusso dovrebbe fornire informazioni anche su liste di galleggiamento (attualmente non specificate), corretta erogazione dell'attività intramoenia (dimensione non specificata), garanzia di agende dedicate ai PDTA e loro rispetto (dimensione anch'essa non specificata).

Rispetto all'attività di audit accordata all'Agenas dal comma 6 dello stesso art. 1, non viene espressamente prevista la definizione di un conseguente-eventuale Piano di potenziamento del LEA critico da parte delle Regioni (istituto previsto dal Patto per la salute 2019-2021), né previsto alcun meccanismo di commissariamento in caso di immobilismo/inadempienza regionale.

Tra le misure per ottimizzare la programmazione sanitaria regionale, l'adozione e il rispetto dei PDTA si riferisce solo ad alcune patologie, lasciando fuori ad esempio le malattie rare, come pure al momento non c'è alcun riferimento alla definizione di reti di patologia, all'incremento e al monitoraggio del livello di sull'aderenza alle terapie, nonché al rafforzamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Criticità nelle coperture economiche. Per l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria si prevede di provvedere ai maggiori oneri previsti per il 2024, “a valere di una riduzione delle risorse previste in bilancio e destinate a transazioni da stipulare con soggetti danneggiati da trasfusione con sangue o emoderivati infetti”. Nessuna risorsa aggiuntiva anche per quanto riguarda l'articolo sul potenziamento dell'offerta assistenziale

Per quanto riguarda il personale, se da un lato un primo superamento del tetto di spesa per le assunzioni è positivo, dall'altro si deve fare i conti con la carenza di operatori e con la scarsità delle relative coperture: “Aumentare il tetto di spesa senza prevedere un incremento di finanziamento al SSN - afferma Aceti - implica una necessaria compensazione su altri capitoli di spesa per l'assistenza e quindi per l'erogazione dei LEA, già in netto peggioramento nel 2022 (ultimo anno disponibile) anche secondo la Corte dei Conti”. Inoltre, nessuna misura per correggere da subito la grave stortura del Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA che attualmente può contare solo su un indicatore core in materia di liste di attesa (la cui modalità di calcolo è molto discutibile) e su nessun indicatore core relativo alla garanzia dei PDTA. Infine, si segnala come il Decreto-legge rinvii ad una moltitudine di ulteriori Decreti, sulla cui tempestiva adozione sarà molto importante vigilare, pena l'inefficacia di tutto il provvedimento.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=123207

la Repubblica

Il bluff del governo sul decreto Liste d'attesa senza soldi e l'allarme inascoltato: “La sanità non regge più”

Serenella Mattera

Le cifre impietose certificate anche dall'Ufficio parlamentare di bilancio. La verità, vi prego. Una rubrica settimanale per orientarsi tra grandi bugie e piccole omissioni

Ascolta l'articolo

“Il Servizio sanitario nazionale sembra mostrare ancora una certa resilienza che, tuttavia, sarà difficile da mantenere nel tempo se non si affrontano le carenze e gli squilibri attualmente presenti”, Ufficio parlamentare di bilancio, 17 luglio 2024.

Avanti così, la sanità pubblica non regge più. Lo vedono i pazienti che affollano corsie d'ospedale e sale d'attesa.

Lo certificano i tecnici dell'Ufficio parlamentare di bilancio, che in un'audizione qualche giorno fa spiegavano con oggettività impietosa che la spesa per la salute in Italia è più bassa se messa a confronto con la media dei Paesi dell'Unione europea, "sia in rapporto al Pil che in termini pro capite".

Per l'esattezza, nel 2021, ultimo anno con dati completi: Roma spendeva oltre 40 miliardi in meno, 2,1 punti di Pil, rispetto alla media dei Paesi della zona Euro, e 1,9 punti di Pil rispetto alla media di tutti i 27 dell'Ue.

Per fortuna, aggiungeva a dar sollievo l'Upb, campiamo di rendita, sull'impegno di medici e infermieri, di strutture pubbliche e private: "Ci sono indicatori di salute piuttosto favorevoli, quali un'elevata speranza di vita a 65 anni e contenuti tassi di mortalità evitabile".

Di questo passo però, ecco l'avvertimento, il sistema sanitario rischia di non reggere più.

E quindi, il governo che fa? La premier Meloni a ogni occasione vanta un aumento della spesa sanitaria che è inesistente, perché illusoriamente si vede solo in termini assoluti ma non in rapporto al Pil (secondo lo stesso Upb nel 2024 la spesa sanitaria sarà sì ai massimi storici, ma pari al 6,4 per cento del Pil, in calo rispetto al 6,6 per cento del 2023 e al 7 per cento del 2020).

E il ministro Schillaci firma un decreto legge per sveltire le liste d'attesa che però non stanziava nuovi fondi e quindi, sintetizzava in un titolo il giornale della Confindustria *Il Sole 24 ore*, è "a rischio flop".

Il taglio alle liste d'attesa senza fondi e personale

Nato a [ridosso delle elezioni Europee](#), con una grancassa degna della campagna elettorale, il decreto sulle Liste d'attesa, è stato approvato giovedì al Senato dopo giornate di polemiche e un lungo braccio di ferro nella stessa maggioranza e con la Conferenza delle Regioni guidata dal leghista Massimiliano Fedriga.

"La sanità è di competenza delle Regioni ma noi abbiamo deciso di fare la nostra parte", proclamava Giorgia Meloni in quella campagna elettorale, quando già s'intuiva il bluff di un decreto approvato in tempi di casse vuote. In Parlamento, il bluff è stato palese. E i [governatori, che dall'inizio non l'hanno bevuta, hanno protestato](#) perché il governo varava norme per intervenire in modo muscolare sulle Asl in ritardo, senza però stanziare i soldi che servirebbero per accorciare i tempi delle attese per visite ed esami (una beffa doppia, visto che già [ad aprile avevano lamentato tagli](#) alla Sanità nel decreto Pnrr del governo Meloni).

Ma niente, non è bastato svelare il bluff per trovare i fondi necessari. E – facile previsione – sarà un calvario trovarne di aggiuntivi per la sanità anche nella prossima legge di bilancio, a ottobre, visto che quel che c'è basta a stento per confermare – unica misura per ora blindata – il taglio delle tasse in busta paga ai lavoratori con stipendi più bassi. Così in Senato il governo ha messo una pezza al decreto sulle liste d'attesa, limitando le lamentate ingerenze nelle prerogative delle Regioni, ed è andato avanti. A fondi invariati.

E quindi. Ci sono 160 milioni l'anno per detassare gli straordinari di medici e infermieri. E per il resto si attinge a risorse già stanziate in passato, se ancora non sono state spese. Si introducono – ma in concreto bisognerà vedere come fare – meccanismi per dirottare sul privato (pagando solo il ticket) chi non riesce a prenotare col pubblico. E si allungano le prestazioni al sabato e la domenica, senza però fare i conti con la carenza cronica di personale: [secondo alcune stime](#), a fine 2023 mancavano 30mila medici e infermieri.

"Rischio flop", il pronostico ora è facile. Ma avanti così: il decreto va approvato in via definitiva, ecco l'input di Palazzo Chigi, e pure in fretta, a costo di forzare i tempi alla Camera.

Sullo sfondo, l'avvertimento: avanti così, senza affrontare carenze e squilibri, il sistema sanitario non regge. L'Ufficio parlamentare di bilancio avrà occasione di ripeterlo ancora.

https://www.repubblica.it/dossier/politica/la-verit-vi-prego/2024/07/19/news/sanita_liste_dattesa_bluff_governo-423403878/?ref=dr1a-1

La questione aperta delle liste d'attesa

di Ilaria Maroccia, Francesco Scinetti e Gilberto Turati

28 giugno 2024

Il governo italiano ha appena varato due provvedimenti (un decreto-legge e un disegno di legge) mirati specificamente alla riduzione delle liste di attesa per l'erogazione di prestazioni e servizi sanitari. Pur in assenza di informazioni precise, i segnali che arrivano da pazienti e medici raccontano che, in Italia, il problema delle liste d'attesa è in continuo peggioramento, soprattutto a seguito della pandemia di Covid-19, che ha aggravato le criticità preesistenti del sistema sanitario. Questo problema non è esclusivo dell'Italia, ma è comune ai Paesi per i quali l'OCSE ha raccolto evidenze comparabili. Tali Paesi, negli anni, hanno adottato diverse politiche volte a migliorare l'efficienza e la capacità di risposta dei sistemi sanitari, cercando così di ridurre le liste di attesa. I nuovi provvedimenti del governo italiano prevedono, fra le altre cose, l'incremento delle risorse destinate al personale sanitario (tramite l'abrogazione del tetto di spesa per il personale sanitario e l'introduzione di una normativa fiscale più favorevole per le prestazioni aggiuntive del personale sanitario) e l'introduzione di tempi massimi d'attesa. Tuttavia, permangono dubbi sull'efficacia di queste misure, poiché, oltre a presentare varie criticità nei contenuti, soluzioni simili sono state già adottate in passato in diversi Paesi senza conseguire i risultati sperati.

* * *

Il governo è recentemente intervenuto con due provvedimenti per offrire una soluzione all'annoso problema delle liste d'attesa. I due provvedimenti sono: il decreto-legge n. 73 del 7 giugno 2024,¹ contenente misure urgenti per la riduzione delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie emanato proprio prima delle elezioni europee; un disegno di legge, che dovrà fare il suo iter parlamentare.² Quest'ultimo prevede, ad esempio, di destinare risorse aggiuntive alle contrattazioni integrative dei professionisti sociosanitari, così da introdurre un trattamento economico differenziato che tenga conto della specializzazione, della dirigenza, della tipologia di attività e della carenza di personale in alcune branche specialistiche.³ Inoltre, si prevede anche di inserire il rispetto dei tempi massimi di attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie fra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), come criterio per l'attribuzione di forme premiali in aggiunta alle risorse ordinarie per il finanziamento del SSN previste dalla legislazione vigente. Qui ci concentriamo sul decreto-legge 73/2024.

Cosa prevede il nuovo decreto-legge

Il decreto lavora lungo tre direttrici: i) la raccolta di informazioni che consentano di avere un quadro più coerente tra le esperienze dei cittadini (o, perlomeno, alcuni di essi) e le statistiche oggi disponibili; ii) l'organizzazione del servizio con un rafforzamento dei Centri unici di prenotazione (CUP), un'estensione degli orari di erogazione delle prestazioni e l'impiego delle prestazioni in intramoenia; iii) le risorse di personale, stabilendo sia allentamenti degli attuali limiti di spesa che incentivi al personale in servizio.

Per quanto riguarda la prima direttrice, viene innanzitutto istituita presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari (Agenas), una Piattaforma nazionale delle liste di attesa. Questa piattaforma garantirà interoperabilità con le piattaforme delle singole regioni e province autonome, in linea con quanto stabilito anche dall'obiettivo del PNRR "Potenziamento del Portale della Trasparenza", e consentirà di monitorare le agende e i tempi di attesa, anche con l'aiuto di verifiche in capo alla stessa Agenas. Viene poi introdotto un Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria presso il Ministero della Salute, che rafforzerà i controlli effettuati da parte del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SIVeAS). Questo avrà il compito di verificare l'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e il corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa.

In merito alla seconda direttrice, l'organizzazione del servizio prevede un rafforzamento del CUP, stabilendo in primis che tutti gli erogatori sanitari, sia quelli pubblici che quelli privati accreditati, debbano aderire al CUP regionale o infra-regionale, al fine di garantire una visione completa delle agende a disposizione. Sarà anche

attivato un sistema digitale che permette prenotazioni, pagamenti e disdette delle prenotazioni in modalità da remoto e le aziende sanitarie non potranno più sospendere autonomamente le attività di prenotazione. In particolare, viene stabilito che, qualora i tempi previsti dalle classi di priorità per l'erogazione dei servizi non possano essere rispettati, si potrà usufruire dell'attività libero-professionale intramuraria. Questo provvedimento supera la norma risalente al 1998, come ribadito dallo stesso ministro Schillaci durante la conferenza stampa di presentazione del decreto-legge.⁴ Nella stessa occasione è stato anche ribadito che verrà posto un limite alle attività erogate in intramoenia, che non potranno essere superiori a quelle erogate col Servizio sanitario nazionale (SSN). Sempre in tema di organizzazione del servizio, si potenzia l'offerta assistenziale per visite diagnostiche e specialistiche estendendo la fascia oraria di erogazione ed includendo anche i giorni di sabato e domenica.

Per quanto riguarda le risorse di personale, il decreto individua due margini di variazione. Da un lato viene incrementato il limite per la spesa del personale sanitario del 10% su base annua (e di un ulteriore 5% per le regioni che ne faranno richiesta). Dal 1° gennaio 2025 sarà abrogato il tetto di spesa, che verrà sostituito da una nuova metodologia di definizione basata sul fabbisogno del personale sanitario. Dall'altro, si cerca di stimolare l'offerta di lavoro del personale in servizio introducendo un'imposta sostitutiva dell'Irpef sulle prestazioni aggiuntive del personale sanitario, pari al 15%; il costo della misura, secondo quanto riportato dal Ministro Schillaci, è stimato per circa 250 milioni di euro.

I dati sulle liste d'attesa

Il decreto del governo cerca di intervenire su un problema non nuovo e non limitato al nostro Paese che, tuttavia, è stato aggravato dall'esperienza del Covid-19. Nel 2023, il 7,6% della popolazione ha dovuto rinunciare alle cure mediche a causa di problemi economici, liste d'attesa o difficoltà di accesso, in aumento rispetto al 7,0% dell'anno precedente.⁵ Questo incremento corrisponde a 372.000 persone in più, portando il totale a circa 4,5 milioni di cittadini. L'aumento – in base a quanto sostenuto dall'Istat – è dovuto principalmente alle liste d'attesa troppo lunghe: nel 2019, prima della pandemia, poco più di 1,5 milioni di italiani hanno rinunciato alle cure per questo motivo, mentre nel 2023 questo numero è quasi raddoppiato, arrivando a 2,7 milioni di cittadini. Questo fenomeno è attribuibile sia agli effetti diretti e indiretti della pandemia, come il recupero delle prestazioni rinviate per il Covid-19, sia alle difficoltà nella riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, aggravate dalla mancanza di risorse professionali adeguate a soddisfare l'aumento della domanda.

Per quanto riguarda l'impatto sulle liste d'attesa a causa delle prestazioni rinviate per il Covid-19, purtroppo non ci sono studi che prendano come riferimento l'Italia. Tuttavia, nel 2022 è stato pubblicato uno studio sull'impatto della temporanea interruzione di visite e interventi durante la pandemia in Inghilterra.⁶ Lo studio mostra innanzitutto come il numero delle visite mediche sia tornato ai livelli pre-pandemici dopo un calo di circa 30 punti percentuali nel 2020. Tuttavia, il numero di pazienti in lista d'attesa per interventi chirurgici programmati è aumentato da 4,6 milioni nel 2020 a 6,7 milioni nel 2022. È importante notare che il trend era in costante crescita a partire dal 2012; tuttavia, se la tendenza pre-pandemica fosse continuata con la stessa velocità, i pazienti in attesa nel 2022 sarebbero stati circa 5,3 invece di 6,7 milioni (1,4 milioni in meno).

Come per gli interventi programmati, anche le liste d'attesa per i test diagnostici erano in aumento già da molti anni prima della pandemia. Nel dettaglio, il numero di pazienti in attesa per i 15 test diagnostici più comuni è cresciuto da circa 600 mila nell'aprile 2012 a oltre 1 milione nel febbraio 2020. Tuttavia, anche in questo caso, dall'inizio della pandemia il numero di pazienti in attesa è cresciuto a un ritmo significativamente più rapido, superando il milione e mezzo a maggio 2022 (+45% dall'inizio della pandemia).

A livello internazionale, invece, come si posiziona l'Italia? Confrontare i tempi d'attesa nei diversi Paesi è complesso a causa delle diverse metodologie e definizioni utilizzate. Tuttavia, è possibile fare confronti per alcune prestazioni specifiche con rilevazioni dati omogenee a livello internazionale, come la cataratta, le protesi all'anca e al ginocchio, l'isterectomia, la prostatectomia, il bypass coronarico e l'angioplastica coronaria (Tav. 1). Purtroppo, non tutti i Paesi OCSE e UE misurano queste variabili;⁷ confrontando l'Italia con i 15 Paesi OCSE che rilevano questo dato, emerge come nel 2022 il nostro risulta essere il Paese con i tempi d'attesa più brevi, con una mediana di 24 giorni (ridotta di 5 giorni rispetto al 2013), seguita dall'Ungheria (26 giorni) e dalla Danimarca (43 giorni).

Questo risultato, sorprendente rispetto alla percezione del fenomeno da parte dei cittadini, trova una spiegazione semplice: il dataset di riferimento non include i tempi di attesa per prime visite specialistiche,

esami diagnostici, visite di controllo e screening oncologici che risultano essere le voci più critiche.⁸ In particolare, queste quattro prestazioni rappresentano oltre il 60% del totale delle segnalazioni sulle criticità relative alle tempistiche delle liste d'attesa. Queste osservazioni segnalano le difficoltà di mappatura del fenomeno e confermano l'importanza di raccogliere informazioni più dettagliate, proprio uno degli obiettivi del decreto-legge 73/2024.

Tav. 1: Tempo di attesa per diversi tipi di interventi ospedalieri
nei principali Paesi OCSE
(valori in giorni, 2022, mediana)

	Cataratta	Protesi anca	Protesi ginocchio	Isterectomia	Prostatectomia	Bypass coronarico	Angioplastica coronarica	Media operazioni	Δ 2013
Italia	17	33	30	33	34	7	11	24	-5
Ungheria	38	26	101	4	6	6	0	26	-10
Danimarca	37	77	104	23	36	10	15	43	11
Israele	77	56	85	25	36	5	/	47	/
Polonia	27	66	102	/	/	/	7	51	-187
Finlandia	52	79	84	56	56	9	21	51	-11
Svezia	53	81	133	36	49	9	/	60	/
Regno Unito	59	92	97	53	33	54	41	61	4
Portogallo	97	142	169	76	72	9	2	81	6
Spagna	79	132	142	66	86	39	35	83	-6
Canada	73	164	159	/	53	8	/	91	34
Nuova Zelanda	91	154	193	132	86	75	31	109	36
Norvegia	128	151	175	145	112	85	48	121	18
Australia	158	153	293	74	48	19	/	124	42
Estonia	187	117	106	/	/	/	/	137	-20
Cile	87	997	1.180	64	113	40	/	414	25
Media	79	158	197	61	59	27	21	95	-11

Fonte: elaborazioni OCPI su dati OCSE.

Un problema comune e irrisolto

La questione delle liste d'attesa in sanità è un problema in moltissimi Paesi sviluppati.⁹ L'OCSE sottolinea il ruolo di diversi fattori di domanda e di offerta di servizi sanitari nel determinare la lunghezza delle liste e mette in luce la differenza degli approcci dei vari Paesi in termini di misure di contenimento del fenomeno.¹⁰ Per esempio, nel caso di richieste di interventi chirurgici non urgenti programmati vi sono diversi fattori che possono contribuire a quello che, in termini economici, può essere visto come uno squilibrio fra domanda e offerta. Fra questi, l'invecchiamento della popolazione, l'avanzamento tecnologico nella medicina (che può influire sulla facilità con cui vengono eseguite alcune operazioni), il ricorso alle assicurazioni sanitarie private e agli erogatori sanitari privati, il ruolo degli specialisti stessi (che possono "indurre" la domanda) e la produttività nelle strutture sanitarie.

Molti Paesi hanno tentato di affrontare il problema delle liste d'attesa adottando diverse politiche. Due possibili rimedi dal lato dell'offerta prevedono di influenzare la produttività degli erogatori: i) l'utilizzo di finanziamenti mirati per ridurre i tempi di attesa; ii) l'uso di incentivi monetari per il personale sanitario per remunerare le ore aggiuntive di lavoro oppure introdurre schemi di finanziamento delle strutture Pay-for-Performance (P4P) basati sul numero effettivo di pazienti trattati. Sebbene la prima misura sia stata la più utilizzata tra i Paesi OCSE, questo rimedio non ha mai portato ai risultati sperati. Infatti, questi programmi rappresentano spesso erogazioni temporanee di fondi che migliorano la situazione solo nel breve termine. Inoltre, la scala di questi finanziamenti è generalmente contenuta rispetto al finanziamento complessivo degli erogatori e dunque insufficiente per aumentare significativamente la produttività nel medio-lungo termine. La seconda soluzione, invece, fornisce un incentivo ad aumentare il numero degli interventi. Tuttavia, gli studi empirici sul tema hanno dimostrato come si riesca ad ottenere una riduzione delle liste d'attesa solo se gli

stimoli alla produttività sono accompagnati da ulteriori misure come l'aumento della capacità produttiva, sia in termini strutturali (posti letto e attrezzature) sia di personale.

Anche dal lato della domanda si sono proposte due soluzioni. La prima consiste nello spostamento degli interventi verso gli ospedali privati sussidiando, in parte, l'assicurazione sanitaria privata. Tuttavia, nei pochi Paesi che hanno introdotto questo rimedio non si sono riscontrati risultati significativi per due motivi principali: da un lato, i cittadini assicurati hanno continuato ad utilizzare gli ospedali pubblici a causa delle elevate franchigie nelle assicurazioni sanitarie e dell'elevata compartecipazione ai costi nel privato; dall'altro, gli ospedali pubblici forniscono molteplici servizi che non sono disponibili negli ospedali privati. La seconda soluzione, invece, è basata sull'utilizzo di sistemi di prioritizzazione, che però si basano spesso su linee guida fortemente soggette all'arbitrio dei medici, che devono fornire una valutazione dell'urgenza medica del paziente. A questi sistemi è stata spesso combinata una "garanzia di tempo di attesa massimo", soluzione che viene spesso giustificata dall'idea che possa indurre un miglioramento dell'efficienza produttiva del sistema sanitario. Tuttavia, c'è il rischio che si crei un paradosso nel momento in cui pazienti con priorità più bassa devono essere fatti avanzare rispetto a quelli con priorità più alta solo per rispettare i tempi stabiliti.

Altre politiche di contenimento si sono concentrate poi sull'affiancare ad una "garanzia di tempo massimo di attesa" sistemi basati sul raggiungimento di obiettivi da parte dei soggetti erogatori, con politiche sanzionatorie in caso di mancato raggiungimento. Questo perché le garanzie, da sole, non vengono facilmente implementate e monitorate ed è difficile per i pazienti stessi esercitare i propri diritti (sembra essere questo il caso dell'Italia, come specificato anche dal Ministro Schillaci). Combinando queste "garanzie" con sanzioni nei confronti degli erogatori, queste sembrano invece essere state più efficaci.

Se da una parte la letteratura in materia fatica a trovare una soluzione adeguata a tutti i Paesi, dall'altra si trova d'accordo sul fatto che la spesa sanitaria (misurata come spesa pro capite) non sia un indicatore sufficiente o necessario dello stato delle liste d'attesa e dei tempi d'attesa in un Paese, con evidenze fortemente variabili fra i diversi casi. Lo studio OCSE riporta come in alcuni dei Paesi con una spesa sanitaria pro capite maggiore della media OCSE i tempi di attesa non costituiscano un problema rilevante, mentre altri, nonostante il livello di spesa, si trovano a dover fare i conti con questa problematica così come i Paesi con una spesa inferiore alla media.¹¹

Ragionamenti analoghi si possono fare considerando il personale sanitario, in particolare il numero dei medici, che non sembra avere una forte correlazione con la lunghezza delle liste o dei tempi di attesa. Anzi, nella quasi totalità dei casi analizzati, anche i Paesi in cui vi è un numero di medici (in rapporto alla popolazione) maggiore della media OCSE, i tempi di attesa restano una questione rilevante, così come per circa i due terzi dei Paesi con una proporzione di medici inferiori alla media.¹²

Meno ambigua, anche se comunque non uniforme, sembra invece essere l'influenza dei limiti di capacità produttiva delle strutture ospedaliere, laddove una maggiore capacità appare correlata ad una minore gravità del problema delle attese. Restano in ogni caso questioni con una grande variazione a livello nazionale, specialmente perché sono fattori rilevanti anche elementi quali la struttura demografica di un Paese, le caratteristiche stesse del sistema sanitario, i sistemi di pagamento ecc.

Vi sono poi evidenze che collegano l'aumento della domanda o dell'offerta delle prestazioni sanitarie al variare delle liste d'attesa stesse: un aumento nei tempi di attesa può comportare una riduzione della domanda, spingendo i pazienti a ricorrere al settore privato, o ad un aumento dell'offerta, incentivando il personale a lavorare in modo più efficiente o inducendo una maggiore allocazione di risorse nel settore sanitario da parte dello Stato.

Le criticità del nuovo decreto

Alla luce di queste osservazioni, il decreto-legge 73/2024 sembra allinearsi con alcune delle misure più comuni attuate in passato e tutt'ora diffuse in diversi Paesi OCSE.

Il focus sulla creazione di un sistema di misurazione e monitoraggio sottolinea la necessità di avere una misura più affidabile dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie. Anche se a livello internazionale i confronti restano difficoltosi a causa delle grandi differenze nelle definizioni e nelle misurazioni fra i vari Paesi, questo può costituire un grande passo avanti per l'Italia.

Anche l'esistenza di un sistema di prioritizzazione è in linea con molti altri Paesi sviluppati. Come già accennato, in Italia questo sistema è affiancato dalla possibilità di ricevere i servizi tramite attività libero-

professionale intramuraria qualora i limiti previsti dalle classi di priorità non vengano rispettati. Il nuovo decreto-legge aggiorna la norma del 1998 con l'intenzione di rendere più facile ai cittadini l'utilizzo di questo servizio, che risultava complesso e di difficile attuazione.

Tuttavia, il decreto "liste d'attesa" ha già sollevato numerose critiche da parte di esperti e parti interessate. Qui di seguito elenchiamo le principali.

L'articolo 7 del nuovo decreto prevede che la nuova tassazione si applichi a tutte le erogazioni di compensi a cominciare dalla fine di giugno, inclusi quelli maturati nei mesi precedenti.

Questo significa innanzitutto che la tassazione più favorevole per le prestazioni già effettuate non costituirà chiaramente un incentivo per tutti quei pagamenti riferiti a prestazioni erogate prima di giugno. Inoltre, si complicherà ulteriormente il sistema fiscale italiano. Si verrà infatti a creare una tassazione ibrida: una ordinaria per le prestazioni ordinarie e una separata per le prestazioni aggiuntive.

La soluzione proposta, mirata a migliorare la produttività delle strutture ospedaliere attraverso il ricorso a prestazioni straordinarie del personale sanitario oltre l'orario lavorativo, appare inadeguata visto che gli ospedali lamentano già mancanza di figure professionali. Aumentare significativamente le ore lavorative del personale sanitario potrebbe inoltre compromettere la qualità delle prestazioni, a causa del maggiore stress e del possibile esaurimento degli stessi medici e infermieri.

Un altro punto da considerare è la complessità del superamento del tetto di spesa per il personale. Questa procedura è caratterizzata da una metodologia complicata, che rende incerti i tempi e i risultati. Inoltre, è condizionata dalla congruità dei fondi regionali di cui 9 non riescono neanche a garantire i LEA.

Infine, permangono dubbi sulle coperture finanziarie del decreto. Schillaci, nella conferenza stampa, ha dichiarato che il costo della defiscalizzazione al 15% delle prestazioni aggiuntive sarà di 250 milioni di euro ricordando che sono stati stanziati 500 milioni l'anno per il 2022 e il 2023 per ridurre le liste di attesa e solo con il monitoraggio di fine giugno si saprà esattamente quante di queste risorse sono state effettivamente spese. Allo stesso modo, l'innalzamento del tetto della spesa per il personale non costituisce un vero e proprio aumento della spesa sanitaria, quanto più una sua ricomposizione.

Nel complesso quindi, de-fiscalizzazione a parte, i fondi per la manovra dovrebbero includere: 100 milioni ancora non spesi stanziati nel 2022, 500 milioni provenienti dal Fondo Sanitario Nazionale (lo 0,4%) nell'ultima manovra, e un aumento del tetto di spesa per l'offerta nel privato convenzionato pari a 123 milioni nel 2024, 370 milioni nel 2025 e quasi 500 nel 2026.¹³

Un decreto ambizioso

In conclusione, il decreto-legge n. 73 del 7 giugno 2024 rappresenta un tentativo significativo di affrontare il problema delle liste d'attesa nel Ssn, combinando misure di monitoraggio, riorganizzazione del servizio e incentivazione del personale. Le politiche adottate con questo provvedimento, infatti, sono in linea con le iniziative introdotte in molti dei Paesi OCSE negli anni.

Questi hanno dimostrato che aumentare la capacità produttiva e migliorare l'efficienza possono essere strategie efficaci in alcuni specifici contesti, ma è essenziale adattare queste lezioni al contesto italiano e considerare anche i casi in cui gli interventi si sono rivelati inefficaci nel risolvere la questione delle liste o dei tempi di attesa.

Le critiche sollevate sottolineano che restano alcune questioni irrisolte, come la complessità della nuova tassazione degli straordinari, le incognite sulle coperture finanziarie (che verranno risolte col monitoraggio di fine mese) e l'efficacia delle misure di incentivazione del personale in un contesto già segnato da carenze di risorse umane e da personale reduce dagli anni della pandemia.

Sarà quindi fondamentale osservare come queste politiche verranno implementate e monitorare i loro effetti nel medio e lungo termine, per garantire che possano realmente contribuire a ridurre strutturalmente le liste d'attesa e migliorare l'accesso alle prestazioni sanitarie da parte dei cittadini.

<https://osservatoriocpi.unicatt.it/ocpi-pubblicazioni-la-questione-aperta-delle-liste-d-attesa>

Liste d'attesa. Zaia: "Fatto lavoro importante, risultati notevoli. E l'impegno continua"

I dati della Regione: le prestazioni in priorità D in attesa erano quasi 83.000 a maggio 2023 e circa 13.000 nel 2024; quelle con priorità B da 502 sono state azzerate e quelle con priorità P sono passate da 74.489 a 28.317. Zaia: "Fatta un'azione eccezionale, che vede una omogeneità di risultato nelle varie aziende della Regione". Lanzarin: "Il lavoro non è ancora finito ma contiamo che per fine anno si possa arrivare a un abbattimento delle attese".

04 LUG - "I numeri ci dicono che nell'abbattimento delle liste d'attesa è stato fatto un lavoro veramente importante per superare la situazione che la Pandemia ci aveva lasciato in eredità. Un'opera immane che in quest'ultimo anno è stata premiata da importanti risultati. Ho voluto un controllo di gestione meticoloso, con dati continui e un sistema informatico che possa permetterci di avere la situazione aggiornata giorno dopo giorno. La curva delle prestazioni in attesa sta scendendo velocemente; prova ne è che per le prestazioni in priorità D, ossia da erogare entro 30gg, l'anno scorso a maggio erano in attesa quasi 83.000 persone, a maggio di quest'anno circa 13.000. Un ringraziamento va a tutti i medici, infermieri, operatori sociosanitari e personale amministrativo per aver profuso un simile impegno".

Con queste parole il presidente della Regione del Veneto, **Luca Zaia**, ha presentato gli ultimi dati dell'attesa per le prestazioni specialistiche della sanità veneta. All'incontro erano presenti l'assessore regionale alla Sanità, **Manuela Lanzarin**, e il direttore generale dell'Area Sanità e Sociale, **Massimo Annicchiarico**.



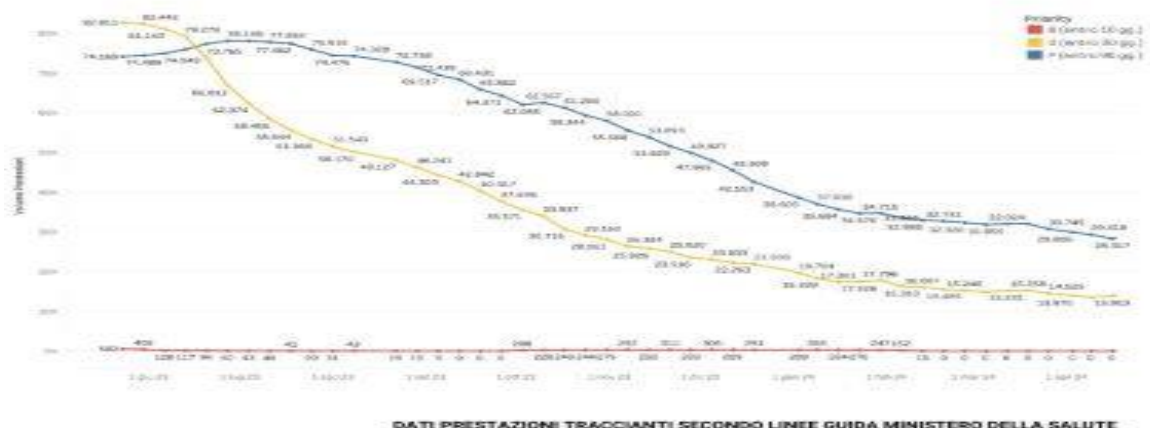
Dal maggio 2023 a quello dell'anno successivo, secondo i dati illustrati nella nota della Regione, le prestazioni con priorità B (da garantire entro 10 gg dalla prescrizione) da 502 sono state azzerate; quelle con priorità D (30 gg) sono passate da 82.811 a 13.913, pari -83%; quelle con priorità P (60/90 gg) da 74.489 a 28.317, pari a -62%.

"È stata fatta un'azione eccezionale – prosegue **Luca Zaia** – che vede una omogeneità di risultato nelle varie aziende della Regione con un grande lavoro di squadra. Abbiamo assunto, dal 2019, 4.900 nuove figure professionali nelle aziende sanitarie ma purtroppo continuano a mancare i medici. Nel Veneto ne mancano 3.500 su una carenza a livello nazionale di 50.000. A sfatare la leggenda metropolitana che non facciamo assunzioni dico che si fa un concorso ogni tre giorni ma con scarsissime adesioni da parte dei dirigenti medici, sono pochi nel mercato del lavoro per una programmazione nazionale sbagliata anni fa. La cabina di regia che abbiamo organizzato sta contrastando questa situazione acquistando pacchetti di prestazioni, incentivando i nostri medici e operatori a lavorare internamente con forme di rapporto libero professionale oltre a quello previsto dal contratto con la

Regione e studiando altre forme di servizio. E con un progetto innovativo in Veneto utilizzeremo anche l'intelligenza artificiale per aiutare la gestione dei flussi di prenotazioni”.

Andamento prestazioni in attesa

B (10 gg) - D (30 gg) - P (90 gg)



“Il lavoro non è ancora finito ma i numeri dicono che si sta lavorando bene, contiamo che per fine anno si possa arrivare a un abbattimento delle attese che si erano accumulate – aggiunge l’assessore alla Sanità e alle Politiche sociali, **Manuela Lanzarin** -. Il lavoro è continuo, sotto il monitoraggio della cabina di regia e sfruttando a pieno tutti gli strumenti a disposizione. Per questi importanti risultati desidero ringraziare coloro sono impegnati in questo sforzo: tutti i professionisti, i medici, gli infermieri, i tecnici, gli operatori che seguono e si interfacciano con i pazienti nel percorso dallo sportello del Cup alla consegna del referto. Un grazie lo esprimo anche agli utenti del Servizio sanitario che hanno dimostrato comprensione nei momenti di maggiore difficoltà”

Nel contrasto delle liste d’attesa la Regione del Veneto ha aperto le porte anche all’intelligenza artificiale, come spiega il dottor **Massimo Annicchiarico**, direttore generale dell’Area Sanità e Sociale: “A fronte della necessità della programmazione da parte del medico specialista di una serie di indagini che devono precedere la valutazione di controllo, l’AI è in grado di aiutare il personale di front office a individuare le date per una corretta progressione dei vari appuntamenti necessari prima della visita. Così non solo si provvede alla correttezza della sequenza delle indagini ma si evita al cittadino di tornare per le varie prescrizioni”.

https://www.quotidianosanita.it/veneto/articolo.php?articolo_id=123226

quotidiano**sanita.it**

Sul DM 70 è arrivato il ‘tana libera tutti’ per le Regioni

Claudio Maria Maffei

Gentile direttore,

questo intervento parte da due premesse, una politica e una tecnica.

La premessa tecnica è che nelle reti ospedaliere regionali, fatte da strutture altamente energivore troppo disperse con troppe duplicazioni di funzioni ad alto costo come quelle dell'area dell'emergenza e di area chirurgica, sono impigliate risorse sia in termini di investimenti che di gestione che corrispondono ad uno spreco che il Ssn non si può più permettere.

La premessa politica è che sulle reti ospedaliere si guadagnano e si perdono consensi e per questo, specie in vista di competizioni elettorali, “chi tocca muore” e chi promette vince.

Per questo occorrerebbe un arbitro ragionevolmente imparziale che in base alle regole vincolasse la politica a non considerare le reti ospedaliere regionali un giocattolo in mano ai partiti che le governano o le vogliono governare, anche se questi fanno parte della cosiddetta “filiera istituzionale” (chi governa a Roma governa anche in Regione).

Le regole ci sono e le fornisce il DM 70 del 2015 (migliorabili sicuramente, ma ci sono) e l'arbitro pure, rappresentato dai Ministeri della Salute e della Economia e delle Finanze e dai loro organi, in particolare dal Comitato LEA, dal Tavolo per la verifica della applicazione del DM 70 e dal Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici in sanità.

Quest'ultimo dovrebbe vigilare sui programmi di edilizia ospedaliera, che richiedono una attenzione prioritaria per diversi ordini di motivi: assorbono una notevole quantità di risorse in conto capitale in fase di progettazione e realizzazione, che spesso da notevole diventa enorme a causa dei tempi dilatati, ma soprattutto impattano enormemente nei costi di gestione a regime.

Oltretutto, nel lunghissimo periodo in cui gli interventi sugli ospedali vengono decisi, progettati e realizzati il sistema della offerta rimane ingessato con tutte le sue eventuali difformità rispetto agli standard del DM 70.

Sono sempre stato colpito dal silenzio degli organi di controllo centrali sulla programmazione ospedaliera delle Marche e in particolare sul suo programma di edilizia ospedaliera.

Eppure i fenomeni distorsivi che la caratterizzano sono davvero clamorosi se si considera il DM 70 un riferimento ancora valido, come in effetti è.

Per limitarci ad un solo dato, se il suo programma di edilizia ospedaliera che vale centinaia di milioni (buona parte dei quali da trovare) e prevede 3 nuovi ospedali e 5 nuove palazzine con DEA in altrettanti ospedali, andasse avanti così come viene attualmente gestito le Marche continueranno ad avere gli attuali 13 ospedali con DEA di primo livello destinati a diventare 14 contro i 10 da DM 70.

Il tutto senza avere alcun atto che formalizzi la rete ospedaliera regionale e la declini nel rispetto del DM 70. Particolare fondamentale: con questo programma autoreferenziale il centrodestra ha vinto le elezioni regionali del 2020 contro il centrosinistra che aveva avviato il percorso di adeguamento della rete ospedaliera al DM 70.

Non a caso in occasione di quelle elezioni arrivarono durante la campagna elettorale sia [Meloni](#) che [Salvini](#) a promettere la riapertura dei piccoli ospedali riconvertiti.

La vicenda della rete ospedaliera della Regione Abruzzo su cui Qs ha fornito ogni tanto degli aggiornamenti mi ha, come si dice, aperto gli occhi. Sono partito da [una nota pubblicata su Qs a gennaio 2024](#) in cui si diceva che la rete ospedaliera della Regione Abruzzo di recente approvata era passata attraverso il vaglio del Comitato Lea con deroghe rispetto alle indicazioni del DM 70.

Al riguardo l'Assessore alla salute Nicoletta Veri ha dichiarato che tra i meriti del provvedimento regionale c'era “quello di aver aperto una riflessione proprio su questo tema e cioè l'applicazione degli standard del DM70 nelle regioni più piccole e meno densamente popolate, del quale potranno beneficiare anche altri territori del Paese”.

Se si va [nel sito della Regione Abruzzo a recuperare la Delibera di approvazione della rete regionale](#) si riesce in qualche modo a ricostruire che le “deroghe” concesse nascerebbero da un protocollo SIVEAS del 21 aprile 2023, da un verbale del Tavolo DM 70 del 23 maggio 2023 e da un verbale del Comitato LEA del 3 agosto 2023.

Quali siano queste deroghe chi non conosce la realtà sanitaria della Regione Abruzzo ha difficoltà a capire in cosa consistono. Un comunicato stampa della Regione sintetizza comunque così le modifiche introdotte dalla nuova programmazione regionale rispetto alla precedente del 2016 verosimilmente più ligia al DM 70 approvato l'anno prima:

“Tra le novità principali spiccano la riclassificazione del presidio di Sulmona quale Dea di primo livello con il mantenimento del punto nascita, per il quale sarà attivato un progetto sperimentale (da sottoporre alla valutazione del Comitato Percorso Nascita nazionale); quella dei nosocomi di Ortona, Penne e Popoli in ospedali di base sede di pronto soccorso; la classificazione dei Presidi medici h24 di Tagliacozzo, Pescara e Guardiagrele in stabilimenti ospedalieri rispettivamente degli ospedali di Avezzano, L'Aquila e Chieti, in cui ubicare specifici reparti specialistici; il riconoscimento al presidio di Atesa della funzione di ospedale di area disagiata.

Il Tavolo DM 70, lo scorso maggio, aveva inoltre validato il cronoprogramma proposto dalla Regione per provvedere, entro 36 mesi, all'individuazione dei Dea di secondo livello.”

Quindi la Regione Abruzzo ha prodotto una sua formale programmazione ospedaliera, qualcuno (anzi più d'uno) l'ha verificata a livello centrale e questo qualcuno ha ammesso alcuni adattamenti del DM 70 che però non hanno portato ad alcuna modifica del Decreto, ma a una sua personalizzazione su misura anzi su Regione.

Una Regione in cui alle elezioni dello scorso marzo il Presidente della Giunta che aveva concordato pochi mesi prima la personalizzazione poteva affermare che [all'una di notte del giorno dopo le elezioni la opposizione poteva già andare a dormire](#).

A questo punto tutto mi sembra più chiaro: la Giunta della Regione Marche (Regione da sempre nel cuore della Presidente del Consiglio Giorgia Meloni) aspetta la sua personalizzazione del DM 70, che immagino arriverà un po' prima delle prossime elezioni regionali previste l'anno prossimo.

Nel frattempo la stessa Giunta ha messo in crisi la sua rete ospedaliera ipertrofica e dispersa, e di conseguenza inefficiente e poco attrattiva, e si permette delle “chicche” come la previsione di una attività di chirurgia complessa in un ospedale di area disagiata.

Potenza della filiera, filiera che purtroppo non influisce sull'andamento negativo della sanità delle Marche in tutti gli indicatori di monitoraggio elaborati dall'Agenas, da quelli sui tempi di attesa della chirurgia oncologica a quelli sui tempi di attesa al Pronto Soccorso e a quelli sulla mobilità sanitaria.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=123588

quotidianosanita.it

Lea 2022. Gimbe: “Aumentano i divari tra Nord e Sud del paese. Legge sull'autonomia compromette l'uguaglianza in sanità”

Questa l'analisi effettuata dalla Fondazione Gimbe sui dati del “Monitoraggio dei Lea attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia” del Ministero della Salute che promuovono solo 13 regioni e vedono peggiorare le performance in 10 regioni. Emilia-Romagna in vetta mentre al Sud passano solo Puglia e Basilicata

18 LUG -

Nel 2022 solo 13 Regioni rispettano gli standard essenziali di cura, con un ulteriore aumento del divario Nord-Sud: la Puglia e la Basilicata uniche promosse al Sud, ma in posizioni di coda. In 10 Regioni le performance peggiorano rispetto al 2021.

Sono i dati del Ministero della Salute che nella recente pubblicazione della Relazione 2022 del “Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia”, come ogni anno, valuta l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza

“Si tratta di una vera e propria ‘pagella’ per i servizi sanitari regionali – afferma **Nino Cartabellotta**, Presidente della Fondazione Gimbe – che identifica quali Regioni sono promosse (adempienti), pertanto meritevoli di accedere alla quota di finanziamento premiale, e quali bocciate (inadempienti)”.

La Fondazione Gimbe, spiega il Presidente, ha quindi effettuato alcune analisi per “stimare l’entità dell’attuale frattura Nord-Sud nel garantire il diritto costituzionale alla tutela della salute anche alla luce della recente approvazione della legge sull’autonomia differenziata”.

Dal 2020 la “Griglia Lea”, ricorda la Fondazione Gimbe, è stata sostituita da 22 indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), suddivisi in tre aree: prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera. In ogni area le Regioni possono ottenere un punteggio tra 0 e 100 e vengono considerate adempienti se raggiungono almeno 60 punti in tutte le tre aree; invece, se il punteggio è inferiore a 60 anche in una sola area, la Regione risulta inadempiente.

“Se nel 2020 e nel 2021, segnati dall’emergenza pandemica, il monitoraggio ha avuto solo un ruolo informativo – precisa il Presidente – nel 2022 per la prima volta i risultati degli indicatori CORE vengono utilizzati a scopo valutativo”.

Adempimenti Lea 2022. Rispetto al 2021 le Regioni adempienti nel 2022 scendono da 14 a 13: Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Provincia Autonoma di Trento, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria e Veneto. In particolare, dal 2021 al 2022 nessuna Regione passa da inadempiente ad adempiente, mentre l’Abruzzo diventa inadempiente per il punteggio insufficiente nell’area della prevenzione. Rimangono inadempienti 7 Regioni: Campania, Molise, Provincia Autonoma di Bolzano con un punteggio insufficiente in una sola area; Calabria, Sardegna e Sicilia con un punteggio insufficiente in due aree; Valle D’Aosta insufficiente in tutte le tre aree (tabella 1).

“Nel 2022 – commenta il Presidente – aumenta il gap Nord-Sud, visto che solo Puglia e Basilicata si trovano tra le 13 Regioni adempienti, collocandosi rispettivamente in terzultima e in ultima posizione tra quelle “promosse”.

Tabella 1. Adempimenti LEA anno 2022

Regione	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera	Status
Abruzzo	49,31	62,18	73,10	Inadempiente
Basilicata	68,46	61,92	78,03	Adempiente
Calabria	36,59	34,88	63,78	Inadempiente
Campania	69,68	55,76	68,66	Inadempiente
Emilia Romagna	96,13	95,57	93,50	Adempiente
Friuli Venezia Giulia	71,24	73,30	75,29	Adempiente
Lazio	74,08	72,07	81,30	Adempiente
Liguria	61,41	86,81	77,49	Adempiente
Lombardia	90,18	94,66	86,09	Adempiente
Marche	60,91	91,03	91,26	Adempiente
Molise	50,69	61,23	67,54	Inadempiente
Provincia Aut. di Bolzano	54,14	77,03	75,23	Inadempiente
Provincia Aut. di Trento	94,27	76,45	98,35	Adempiente
Piemonte	88,79	86,55	87,07	Adempiente
Puglia	75,97	70,02	79,69	Adempiente
Sardegna	46,55	50,45	69,11	Inadempiente
Sicilia	47,18	58,04	78,38	Inadempiente
Toscana	86,57	96,42	92,32	Adempiente
Umbria	79,59	83,88	84,42	Adempiente
Valle d'Aosta	48,48	47,25	55,23	Inadempiente
Veneto	94,08	96,40	91,36	Adempiente
<div> <div>Punteggio</div> <div>≥ 60</div> <div>< 60</div> </div>				
Dati Ministero della Salute				

Considerato che il Ministero della Salute non sintetizza in un punteggio unico la valutazione degli adempimenti LEA, la Fondazione GIMBE ha elaborato una classifica di Regioni e Province Autonome

sommando gli score ottenuti nelle tre aree; i risultati sono riportati in ordine decrescente di punteggio totale e suddivisi in quartili.

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Punteggi totali anno 2022 (max 300 punti)



Punteggio >262,41

Emilia-Romagna (285,20); Veneto (281,84); Toscana (275,31); Lombardia (270,93); Prov. Aut. di Trento (269,07)

Punteggio tra 225,68 e 262,41

Piemonte (262,41); Umbria (247,89); Marche (243,20); Lazio (227,45); Liguria (225,71)

Punteggio tra 184,60 e 225,68

Puglia (225,68); Friuli Venezia Giulia (219,83); Basilicata (208,41); Prov. Aut. di Bolzano* (206,40); Campania* (194,10)

Punteggio <184,60

Abruzzo* (184,59); Sicilia* (183,60); Molise* (179,46); Sardegna* (166,11); Valle d'Aosta* (150,96); Calabria* (135,25)

Note:

*Le quattro categorie risultano dalla suddivisione dei punteggi in quartili.

*Regione inadempiente secondo il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

Dati al 17 luglio 2024

Tabella 2. Punteggio totale adempimenti LEA anno 2022

Regione	Punteggio totale 2022
Emilia Romagna	285,20
Veneto	281,84
Toscana	275,31
Lombardia	270,93
Prov. Aut. Trento	269,07
Piemonte	262,41
Umbria	247,89
Marche	243,20
Lazio	227,45
Liguria	225,71
Puglia	225,68
Friuli Venezia Giulia	219,83
Basilicata	208,41
Prov. Aut. Bolzano*	206,40
Campania*	194,10
Abruzzo*	184,59
Sicilia*	183,60
Molise*	179,46
Sardegna*	166,11
Valle d'Aosta*	150,96
Calabria*	135,25
Quartili	<div> <div>≤184,59</div> <div>>184,59 e ≤225,68</div> <div>>225,68 e ≤262,41</div> <div>>262,41</div> </div>
*Regione inadempiente secondo il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)	
Elaborazione GIMBE su dati Ministero della Salute	

“Rispetto al semplice status di adempiente o inadempiente – commenta Cartabellotta – il punteggio totale mostra ancora più chiaramente l’entità del gap Nord-Sud: infatti, ai primi 10 posti si trovano 6 Regioni del Nord, 4 del Centro e nessuna del Sud, mentre nelle ultime 7 posizioni, fatta eccezione per la Valle D’Aosta, si collocano solo Regioni del Mezzogiorno”.

Variazioni 2021-2022. La Fondazione Gimbe ha analizzato le differenze tra gli adempimenti 2021 e quelli 2022, misurando i punteggi totali delle Regioni e le performance nazionali sui tre macro-livelli assistenziali. Nel 2022 quasi la metà delle Regioni ha performance inferiori al 2021, seppure con gap di entità notevolmente diversa: Umbria (-0,03), Sardegna (-3,57), Campania (-4,47), Liguria (-6,86), Lazio (-8,06), Marche (-14,7), Molise (-17,48), Friuli Venezia Giulia (-23,13), Calabria (-24,74), Abruzzo (-30,86).

Tabella 3. Punteggio totale adempimenti LEA: gap 2022 vs 2021

Regione	Gap 2022 vs 2021
Veneto	16,96
Puglia	16,34
Piemonte	10,53
Lombardia	5,67
Prov. Aut. Bolzano	5,63
Emilia Romagna	4,01
Valle d'Aosta	3,75
Basilicata	0,87
Toscana	0,85
Prov. Aut. Trento	0,67
Sicilia	0,59
Umbria	-0,03
Sardegna	-3,57
Campania	-4,47
Liguria	-6,86
Lazio	-8,06
Marche	-14,7
Molise	-17,48
Friuli Venezia Giulia	-23,13
Calabria	-24,74
Abruzzo	-30,86
Elaborazione GIMBE su dati Ministero della Salute	

“Anche questo dato – commenta il Presidente – conferma l’aumento del divario Nord-Sud: infatti, fatta eccezione per Liguria e Friuli-Venezia Giulia, tutte le Regioni in cui si rilevano riduzioni dei punteggi totali si trovano al Centro o al Sud del Paese”.

Nel 2022 a livello nazionale si rileva un miglioramento nell’area ospedaliera (+90 punti), un lieve peggioramento per l’area distrettuale (-12 punti) e un netto peggioramento nell’area della prevenzione (-146 punti); complessivamente le tre aree perdono 68 punti rispetto al 2021.

Tabella 4. Punteggio totale nazionale adempimenti LEA: gap 2022 vs 2021

Area	2022	2021	Gap 2022 vs 2021
Prevenzione	1.444	1.590	-146
Distrettuale	1.532	1.544	-12
Ospedaliera	1.667	1.577	+90
Totale	4.643	4.711	-68
Elaborazione GIMBE su dati Ministero della Salute			

Gli indicatori più critici dell'area prevenzione – spiega il Presidente – riguardano gli screening oncologici, in particolare nelle Regioni del Sud, e le coperture vaccinali in età pediatrica su cui potrebbe aver inciso il passaggio alla fonte informativa dell'Anagrafe Vaccinale Nazionale”.

“Il monitoraggio del Ministero della Salute 2022 sulle cure essenziali – conclude Cartabellotta – conferma che la frattura strutturale tra Nord e Sud del Paese non solo non accenna a ridursi, ma addirittura si amplia sia con l'Abruzzo che diventa inadempiente, sia per riduzione dei punteggi LEA nella maggior parte delle Regioni del Mezzogiorno. Proprio nel momento in cui entra in vigore la legge sull'autonomia differenziata che in materia di salute non ha ritenuto necessario definire i livelli essenziali delle prestazioni (LEP) in quanto esistono già i LEA. Considerato che i dati sull'esigibilità dei LEA, oltre a segnare un peggioramento complessivo rispetto al 2021, confermano anche per l'anno 2022 un enorme gap Nord-Sud, è evidente che senza definire, finanziare e garantire i LEP anche in sanità, le maggiori autonomie in sanità legittimeranno normativamente questa frattura, compromettendo l'uguaglianza dei cittadini di fronte al diritto costituzionale alla tutela della salute”.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=123523

PS PANORAMA DELLA SANITÀ

INFORMAZIONE & ANALISI DEI SISTEMI DI WELFARE

Opposti centralismi

Il convegno è importante. L'auditorium del Ministero della Salute è colmo di pubblico, attratto da decine di prestigiosi relatori. Tempi contingentati. La ricerca della concisione si fa affannosa per chi avrebbe desiderio di dire molto. Per altri, la brevità è quasi una benedizione: ai vertici della burocrazia il ruolo impone cautela. Tra questi, la custode dei fondi assegnati alla sanità. Vede il bicchiere quasi pieno e prova a intaccare le fondamenta della domanda di ulteriori risorse: “le liste d'attesa sono una percezione”. Già, i pazienti contestano il disservizio e si sentono abbandonati; gli operatori stessi riconoscono di non riuscire a garantire i tempi stabiliti e si sentono inadeguati, se non altro nel numero. Percezioni.

Giovanni Monchiero, Vicedirettore di Panorama della Sanità

Qualche settimana fa, un importante docente di economia sanitaria mi anticipava, in via confidenziale, i risultati di una ricerca svolta dalla sua equipe in un paio di regioni del Nord. Risultato clamoroso: solo la metà delle prescrizioni di diagnostica specialistica viene soddisfatta dal Ssn, strutture pubbliche e private convenzionate. Che ne è delle altre? Molti rinunciano. I più provvedono di tasca propria. **La cosiddetta lista d'attesa non si esaurisce nel tempo, ma altrove. E questa non è una percezione.**

Noi funzionari e manager pubblici – l'appartenenza alla categoria mi impone comprensione e vicinanza – siamo portati a valutare positivamente l'attività della struttura presso cui operiamo e, quindi, il nostro lavoro. Ultimamente, però, – mia personalissima sensazione – si sta esagerando.

Sono stati pubblicati lunedì, da parte del Ministero, i dati del monitoraggio del Lea attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. Denominazione pomposa per una innovazione che non mi pare garantire una corretta rappresentazione della realtà.

Come molti ricorderanno, una decina d'anni fa il monitoraggio costellava l'Italia di macchie gialle e rosse, suscitando polemiche. Nella valutazione finale dell'anno 2022, invece, abbonda il verde. Una sola regione non raggiunge la sufficienza nella macroarea dell'Assistenza Ospedaliera: la Valle d'Aosta. Poco più di 120.000 abitanti, su di un vasto territorio montano. Mancano i numeri per coniugare efficacia ed efficienza. Tutte le altre regioni superano il sei.

Solo quattro presentano lacune nell'Assistenza Distrettuale, che comprende Rsa e strutture protette (carenti in mezza Italia), assistenza domiciliare (quasi inesistente) e la diagnostica ambulatoriale. Quella che genera le famose liste d'attesa che, come abbiamo appena visto, sono in buona parte liste di esclusione. Sembrerebbe, l'Assistenza Distrettuale, un'area oppressa da molte criticità. **Per il Nsg, invece, va bene così.**

A proposito di liste d'attesa, la navigazione parlamentare del D.L. 73 ha rischiato di infrangersi sul primo scoglio. Le regioni non hanno gradito il nuovo sistema di controllo introdotto dall'articolo 2 del decreto, quello che *"al fine di rafforzare il Sistema di verifica e controllo sull'attività sanitaria (SiVeAS)"* – attivo, magari non troppo, sin dal 2005 – istituisce presso il Ministero un Organismo che ne riprende nome e funzioni. Ci avevamo scherzato su. Le Regioni, invece, l'hanno considerata una invasione di campo e la Commissione del Senato ha dovuto rielaborare il testo in modo da sopire le tensioni. Per sottrarre spazio alle iniziative ministeriali, si inventa la figura del Ruas, Responsabile Unico Regionale dell'Assistenza Sanitaria, figura lessicalmente mutuata dal mondo degli appalti. Solo che di Rup ne è previsto uno per ogni procedura, qui uno per tutta la Regione, che dovrebbe sovrintendere a milioni di prestazioni. Una specie di super eroe al quale, però, *"non spettano compensi, gettoni di presenza, rimborsi di spesa o altri emolumenti comunque denominati"*. Mirabile esempio di comicità normativa.

Al di là dell'esito finale – improbabile che prescrizioni, restrizioni e controlli inducano incrementi di produttività – l'iter del decreto ha già avuto il merito di evidenziare l'ostacolo più solido alla ipotesi di una radicale riforma del Ssn che, da queste colonne, sosteniamo da anni. **La riforma presuppone un intervento legislativo nazionale che presta il fianco all'accusa di neocentralismo.**

Le Regioni sono innamorate dell'autonomia: la propria, nei confronti del governo nazionale. Mentre al loro interno, sotto l'egida delle migliori intenzioni (risparmi, equità, diritti dei cittadini) hanno ridotto al lumicino quella delle aziende sanitarie. Eppure, l'aziendalizzazione si fondava sull'autonomia, ma questo è un discorso che nessun vuol sentire, anche se la governance del sistema scricchiola da tutte le parti.

Una vera riforma rimane l'unica plausibile ipotesi di salvaguardia del servizio sanitario. Ma il cammino è impervio. Dovrà farsi strada fra i due opposti centralismi.

<https://panoramadellasanita.it/site/opposti-centralismi/>

quotidiano**sanita**.it

Autonomia differenziata, Regioni pronte a chiedere il referendum abrogativo. Cittadinanzattiva: “Bene, legge rischiosa e anacronistica”

Emilia-Romagna, Campania, Puglia, Toscana e Sardegna hanno già iniziato a muoversi per promuovere il referendum abrogativo e a loro si starebbero unendo anche altre Regioni. Cittadinanzattiva: “[Avevamo caldeggiato tale mobilitazione](#) e consideriamo la possibilità di essere

tra i soggetti promotori di un referendum. Prima si definiscano i Lep e solo con questi elementi di garanzia si può mettere mano a procedure e intese, definendone in ogni caso il perimetro”.

04 LUG - “Appreziamo l’impegno che cinque Regioni - Emilia Romagna, Campania, Puglia, Toscana e Sardegna - stanno mettendo in campo per promuovere il referendum abrogativo della legge appena approvata sull’autonomia differenziata. E consideriamo un segnale positivo che anche quelle governate da partiti di maggioranza si stiano interrogando sulle conseguenze di questa legge, in assenza di misure di contenimento e garanzia. Come Cittadinanzattiva avevamo caldeggiato tale mobilitazione, perché la consideriamo un atto forte di responsabilità da parte delle istituzioni regionali e soprattutto uno strumento per attivare la partecipazione diretta dei cittadini ad una riforma che finora li ha esclusi da qualsiasi forma di dibattito. Consideriamo, parallelamente, la possibilità di essere tra i soggetti promotori di un referendum sul tema e di partecipare attivamente alla raccolta delle firme delle cittadine e dei cittadini sul territorio”. A dichiararlo, in una nota, **Anna Lisa Mandorino**, segretaria generale di Cittadinanzattiva, che commenta così la notizia dell’impegno delle 5 Regioni a cui si potrebbero unire anche altre.

“Sono anni che ci battiamo contro le disuguaglianze, che temiamo diventino irreparabili qualora si proceda in questa direzione”, prosegue Mandorino. “Quella sull'autonomia differenziata – spiega -, oltre ad essere una legge rischiosa, è innanzitutto una legge anacronistica, perché arriva in un momento in cui, pur permanendo forti differenze territoriali nell’accesso ai servizi pubblici, tutte le Regioni appaiono in affanno, anche quelle considerate più efficienti. Per esempio, per quanto riguarda la salute dei cittadini, le regioni settentrionali corrono gli stessi rischi di desertificazione sanitaria di quelle meridionali, quasi tutte sono estremamente deboli nelle risposte di assistenza territoriale, molte devono la loro eccellenza alla forza dei servizi privati piuttosto che al rafforzamento di quelli pubblici”.

“D’altro canto – aggiunge la segretaria generale di Cittadinanzattiva, alcune Regioni considerate più fragili stanno migliorando i loro servizi ma, privati di risorse o di interventi di tipo perequativo, rischiano di fare brutti passi indietro. E anche in tema di innovazione la frammentazione non è di aiuto: è degli scorsi giorni la notizia che il garante della Privacy ha avviato procedimenti nei confronti di 18 Regioni e delle 2 Province autonome perché nell’implementazione del Fascicolo sanitario elettronico ha riscontrato difformità che non garantiscono i diritti dei cittadini in maniera uniforme in tutto il Paese”.

“La nostra proposta – chiarisce Mandorino - è in linea con la Costituzione: prima si definiscano i Livelli essenziali delle prestazioni, si stanziino le risorse necessarie comprese quelle perequative nei confronti delle Regioni più fragili, si normino i tempi di aggiornamento dei Lep e le conseguenti dotazioni di risorse; e solo con questi elementi di garanzia, ben definiti e regolati, si può mettere mano a procedura e intese, definendone in ogni caso il perimetro. La Costituzione infatti prevede “forme particolari di autonomia sulle materie di tutela concorrente”, non la devoluzione di tutte e 23 le materie per intero alle Regioni. L’esperienza dei Lea, del loro mancato aggiornamento e, di conseguenza, della loro mancata applicazione ci fa dire che l’iter corretto, anche per l’autonomia differenziata, sarebbe questo, e solo questo”.

“Per questo – conclude - daremo il nostro contributo per favorire il dibattito e mettere in campo le misure necessarie contro il regionalismo asimmetrico: non di asimmetrie hanno bisogno i diritti dei cittadini in una fase difficile come l’attuale, ma di politiche organiche e tese agli stessi obiettivi di sviluppo dell’intero Paese”.

https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=123234

Autonomia differenziata. Fnomceo: “Il rinnovamento si accompagna a certezze e sicurezza sociale, sostenendo il Ssn”

“Il Governo, impegnato nell’attuazione delle nuove disposizioni di legge, ad ascoltare il Paese che chiede che il rinnovamento si accompagni a certezze e a sicurezza sociale, evitando il rischio di un’ulteriore deriva del nostro servizio sanitario nazionale”. E invoca “una norma che rafforzi il ruolo del Ministero della Salute proprio per bilanciare, nel nuovo scenario, le istanze dell’autonomia con la garanzia uniforme della qualità e della competenza”.

12 LUG - Sull’autonomia differenziata, presa di posizione della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, la Fnomceo. Che, in una mozione approvata all’unanimità dai Presidenti dei 106 Ordini territoriali presenti oggi a Roma al Consiglio nazionale, il suo massimo organo esponentiale, invita “il Governo, impegnato nell’attuazione delle nuove disposizioni di legge, ad ascoltare il Paese che chiede che il rinnovamento si accompagni a certezze e a sicurezza sociale, evitando il rischio di un’ulteriore deriva del nostro servizio sanitario nazionale”. E invoca “una norma che rafforzi il ruolo del Ministero della Salute proprio per bilanciare, nel nuovo scenario, le istanze dell’autonomia con la garanzia uniforme della qualità e della competenza”.

Due gli aspetti che, in particolare, preoccupano i medici: il primo, la materia della Salute, sulla quale molte Regioni hanno espresso l’intenzione di richiedere l’autonomia legislativa. Il secondo, la devolution delle Professioni, materia che è indipendente dalla definizione dei Lep e può quindi essere richiesta subito, prima degli appositi accordi previsti per le 23 materie regolamentate dalla Legge, come è già accaduto, ad esempio, per il Veneto.

Da qui la richiesta di sostenere il ruolo del Ministero della Salute quale garante del principio costituzionale del diritto alla tutela della salute stessa: la facoltà delle Regioni ad autodeterminarsi con interventi mirati ed efficaci non deve, infatti, in alcun modo limitare in termini di universalità e di equità il diritto alla salute dell’individuo. E, allo stesso modo, la necessità di prevedere una regolamentazione delle professioni sanitarie che veda il Ministero della Salute, organo vigilante, come punto di riferimento certo, garante degli standard qualitativi.

“I dati sulle diseguaglianze in ambito sanitario tra le diverse Regioni – si legge nella Mozione - del nostro paese evidenziano uno scenario preoccupante, che si sta accentuando e che potrà essere affrontato solo con la definizione, da parte del Governo, di adeguati livelli essenziali di prestazioni, da garantire a tutti i cittadini del nostro Paese, in termini di certificata, effettiva e concreta esigibilità”
Netta la contrarietà del Consiglio nazionale Fnomceo “riguardo all’ipotesi di devoluzione alle Regioni della normativa sulle professioni, e per quanto ci riguarda sulle professioni sanitarie, in quanto la giurisprudenza costituzionale ha da tempo chiarito che l’argomento “professioni” consta invero di una serie di materie tutte imprescindibilmente rimesse alla potestà legislativa statale in via esclusiva, senza spazio per la potestà legislativa regionale”

“Inoltre – prosegue la mozione, dopo aver citato una serie di sentenze della Corte Costituzionale a corroborare questa tesi - le regole concernenti le professioni intellettuali come la prestazione dell’opera che costituisce l’oggetto della obbligazione del professionista nei confronti del cliente, la personalità della esecuzione dell’opera, la determinazione del compenso, la responsabilità e il recesso sono contenute nel tit. III del libro V del Codice civile, il cui capo II è dedicato alle professioni intellettuali che appartengono alla materia dell’ordinamento civile, che, secondo l’art.117 c.2 lettera l), è riservata alla legislazione dello Stato. Nella Costituzione si prevede una disposizione che stabilisce che per l’esercizio dell’attività professionale è prescritto un esame di Stato (art.33) oggi laurea abilitante. Gli interessi protetti dalla professione medica sono di rango costituzionale (es. diritto alla salute)”.

“Le professioni – sottolineano i Presidenti riuniti nel Consiglio nazionale - sono la spina dorsale del Paese, in quanto garantiscono diritti costituzionalmente tutelati a tutti gli italiani e ad ogni individuo presente in Italia attraverso le loro competenze. L’autonomia sull’ordinamento delle professioni può determinare confusioni e inefficienze legate alle diversità di esercizio possibili con la devoluzione, anche indebolendo la posizione del Paese e dei nostri professionisti a livello europeo. Siamo preoccupati che la perdita della funzione di vigilanza da parte del Ministero della Salute sia prodromica a una disomogeneità delle competenze, che metterebbe a rischio i riferimenti dei

cittadini”.

I componenti del Consiglio Nazionale della FNOMCeO danno dunque mandato al Presidente e al Comitato Centrale di “sostenere con forza” le indicazioni contenute nella mozione. Da parte loro, si impegnano “a sostenere l’operato del Presidente e del Comitato Centrale nell’attuazione del mandato ricevuto, operando nelle proprie realtà locali per sostenere, nell’attuazione delle norme sull’autonomia differenziata, la realizzazione di modelli assistenziali in grado di attuare con efficacia i principi costituzionali di tutela del cittadino”.

“Il secondo Rapporto Fnomceo-Censis, che abbiamo presentato ieri durante il Convegno “Dall’economia al primato della persona” – commenta il Presidente della Fnomceo Filippo Anelli – ha fatto emergere un dato chiarissimo: è ancora profondo l’amore degli italiani per il Servizio sanitario che considerano un vero e proprio tesoro nazionale, così come resta inscalfibile il legame fiduciario tra medici e cittadini. Il 91,7% degli italiani è molto orgoglioso della sanità per tutti, universalista. Sanità che è al primo posto, con oltre il 65% delle preferenze, tra le priorità sulle quali investire. Del resto, lo stesso rapporto indica differenze accentuate a livello regionale nelle assunzioni di medici e negli investimenti sul personale. Per questo abbiamo chiesto di ascoltare il paese che chiede di salvaguardare il nostro SSN, elemento foriero di salute ma anche di sviluppo e coesione sociale”.

“L’autonomia differenziata – afferma Anelli intervistato da Fnomceo Tg Sanità – è un argomento molto sentito dagli Ordini. Le Professioni sono la spina dorsale del Paese, sono elemento essenziale per rendere possibile la garanzia dei diritti che con le loro competenze tutelano. Chiediamo al Governo di riflettere e di non dare alle Regioni questa delega sulle Professioni, che riteniamo debbano essere di esclusiva competenza statale”.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=123435

quotidianosanita.it

Autonomia differenziata. Cimo: “Mina la Costituzione e l’unità del Paese”. Bocciato anche il decreto Liste d’attesa

I segretari regionali del sindacato, riuniti a Bologna, approvano una mozione per esprimere la propria contrarietà sul decreto liste di attesa e sull’autonomia differenziata: “Il Decreto liste d’attesa sposta l’attenzione su tematiche poco inerenti per la riduzione dei tempi”, spiega, e si dice pronta a “ogni azione utile e necessaria finalizzata a scongiurare gli effetti devastanti di una Legge che mina seriamente l’unità del Paese”.

09 LUG - I Segretari regionali Cimo, riuniti a Bologna, dopo ampio e approfondito confronto, hanno espresso una posizione unanime e incondizionata sul decreto liste di attesa e sulla Legge per l’attuazione dell’autonomia differenziata. “Come Cimo – spiegano in una nota - prendiamo atto della mancata volontà di voler adottare interventi strutturali seri e fuori tesi a ridurre i tempi di attesa in sanità” e definiscono il decreto sulle liste d’attesa “un provvedimento legislativo che premia il settore privato senza chiare né il controllo sull’appropriatezza delle prestazioni erogate, né dell’impegno datoriale sui rinnovi dei contratti dei medici”.

“Il maggior carico di lavoro per noi medici dipendenti, rispetto ad una ‘mancia’ economica oraria – aggiungono -, vanifica la nostra richiesta di valorizzare l’indennità di specificità; soprattutto ci offende essere individuati come possibili responsabili di un sistema marcio alla fonte che, tra l’altro prevede ulteriori azioni vessatorie e punitive. Di contro stigmatizziamo la cattiva abitudine di presentare innumerevoli emendamenti, un vero e proprio “assalto alla diligenza”, che nulla hanno a che vedere con la finalità del decreto”.

“Conosciamo tutti le vere cause che determinano i lunghi tempi di attesa – dicono i rappresentanti del sindacato -; dalla mancata riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale, alla lunga stagione dei tagli in sanità, alla grave carenza di personale ancorata al blocco ventennale del tetto di spesa, alla evidente inappropriatazza delle prestazioni legata alla “medicina difensiva”. Di certo manca l’offerta sanitaria perché non si fa prevenzione secondaria e terziaria; il fabbisogno di personale è oggi messo in grave pericolo dall’algoritmo di AGENAS; manca una seria riforma sulla responsabilità professionale; non si valorizza il ruolo del personale sanitario che necessita di una radicale riforma dello stato giuridico, normativo ed economico”.

In modo “convinto, unanime e incondizionato” i segretari regionali della Cimo esprimono, quindi, il proprio parere sull’autonomia differenziata. “Riteniamo che la negativa esperienza in sanità, fonte di grandi sprechi e diseguità a danno dei cittadini, rappresenti il vero monito per il futuro del nostro Paese perché analoghi percorsi saranno avviati su altri ambiti dei servizi essenziali portando ad una vera e propria disintegrazione dello stato sociale del Paese. In aggiunta i futuri LEP richiederanno importanti risorse aggiuntive che costringeranno molte regioni ad aumentare il prelievo fiscale riducendo, ulteriormente, il potere di acquisto dei cittadini”, spiegano.

“Attesa, pertanto, l’assoluta inutilità di una Legge fortemente voluta da chi intende trasformare il nostro Paese in tanti piccoli “feudi” – concludono -, Cimo ritiene che i diritti dei cittadini saranno fortemente compromessi da dinamiche che minano i principi fondamentali della Costituzione Italiana ed è per tale motivo che il Sindacato dei medici intende essere parte attiva di ogni azione utile a scongiurare gli effetti devastanti di una Legge che mina seriamente l’unità del nostro Paese”.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=123332

Bologna: incontro segretari regionali CIMO su autonomia differenziata e liste di attesa. Visione unanime e incondizionata.

I Segretari regionali CIMO, riuniti a Bologna, dopo ampio e approfondito confronto, hanno espresso una posizione unanime e incondizionata sul decreto liste di attesa e sulla Legge per l'attuazione dell'autonomia differenziata.

In merito al Decreto Legge sulle Liste di attesa**CIMO prende atto**

della mancata volontà di voler adottare interventi strutturali seri e fuori da ogni logica populistica e demagogica per ridurre i tempi di attesa in sanità;

di un provvedimento legislativo che premia il settore privato senza chiare indicazioni sui sistemi di verifica circa l'appropriatezza delle prestazioni erogate, soprattutto, senza alcun impegno, da parte datoriale, sui rinnovi contrattuali dei medici;

della volontà di voler gravare ulteriormente il lavoro sui medici e sanitari dipendenti promettendo loro risibili incrementi economici diretti e indiretti (defiscalizzazione) perché, di fatto, non si intende affrontare il vero intervento strutturale legato alla valorizzazione della indennità di specificità;

della volontà di voler, ancora una volta, individuare il medico come responsabile principale di un sistema marcio alla fonte prevedendo, a suo danno, ulteriori azioni vessatorie e punitive;

degli innumerevoli emendamenti proposti in questi giorni, una sorta di 'assalto alla diligenza' che svilisce le finalità del decreto spostando l'attenzione su tematiche che poco hanno a che vedere con la riduzione dei tempi di attesa.

CIMO ritiene che

le vere cause che determinano i lunghi tempi di attesa sono da ricondurre: alla mancata riorganizzazione della rete ospedaliera e dei piccoli presidi ospedalieri fino alla ennesima mancata riforma del territorio, alla lunga stagione dei tagli in sanità, alla grave carenza di personale ancorata al blocco ventennale del tetto di spesa, quindi al crollo dell'offerta sanitaria unitamente alla evidente inappropriata delle prestazioni legata alla "medicina difensiva";

il rilancio dell'offerta sanitaria, debba avvenire attraverso una seria prevenzione secondaria e terziaria che, tuttavia, necessita di risorse strutturali (ambulatori e posti letto) e umane, ovvero di un serio adeguamento del fabbisogno di personale, oggi messo in grave pericolo dall'algoritmo proposto da AGENAS;

la riduzione di gran parte dell'attuale inappropriata delle prestazioni possa avvenire solo attraverso una seria riforma sulla responsabilità professionale a condizione che i lavori della Commissione Nordio non portoriscano un "topolino";

la valorizzazione del personale sanitario non possa avvenire attraverso interventi "spot" ma attraverso una radicale riforma dello stato giuridico, normativo ed economico dei professionisti.

In merito alla Legge sull'autonomia differenziata, in modo convinto, unanime e incondizionato

CIMO ritiene che

la negativa esperienza sulla autonomia sanitaria regionale, fonte di grandi sprechi e disequilibrio a danno dei cittadini, rappresenti il vero monito per il futuro del nostro Paese;

avviare percorsi analoghi su altri ambiti, dalla scuola, ai trasporti, ai porti, alla fornitura dei servizi essenziali, possa condurre ad una vera e propria disintegrazione dello stato sociale del Paese;

i nuovi LEP necessitano di importanti risorse aggiuntive a carico di gran parte delle regioni che si vedranno costrette ad aumentare il prelievo fiscale impoverendo, ulteriormente, il potere di acquisto dei cittadini.

Attesa, pertanto, l'assoluta inutilità di una Legge fortemente voluta da chi intende trasformare il nostro Paese in tanti piccoli "feudi" dove i diritti dei cittadini sono fortemente compromessi da dinamiche che minano i principi fondamentali della Costituzione Italiana

CIMO

intende essere parte attiva di ogni azione utile e necessaria, che sia finalizzata a scongiurare gli effetti devastanti di una Legge che mina seriamente l'unità del nostro Paese.

I conti dell'autonomia non tornano: per ogni euro in più al Nord, il Sud paga tre volte

Filippo Santelli

Partita da 100 miliardi. L'Osservatorio sui Conti pubblici ha calcolato l'effetto della legge Calderoli: un danno pari fino all'1,4% del Pil nazionale

Ascolta l'articolo

In un Paese dalle finanze fragilissime come l'Italia, e in cui l'economia del Mezzogiorno vale meno di un quarto di quella complessiva, i conti dell'autonomia differenziata non tornano. Se le Regioni più ricche, quelle che oggi generano più tasse di quanto spendano, decidessero infatti di trattenere per sé anche una piccola parte delle risorse con cui oggi contribuiscono al bilancio nazionale, l'ammanco in termini di trasferimenti per le Regioni più povere sarebbe ben più rilevante, moltiplicato per tre volte e mezzo. E se lo Stato dovesse intervenire per compensarlo, rischierebbe di azzerare o quasi il suo avanzo primario, il parametro più importante per il rispetto delle regole europee.

Risultato? Il progetto delle Regioni del Nord di trattenere maggiore ricchezza sui propri territori appare "lungo, accidentato e per nulla scontato". Di fatto "un miraggio". A meno di non mettere a rischio la tenuta del welfare del Mezzogiorno o quella dei conti pubblici italiani, due esiti allo stesso modo catastrofici.

Chi dà e chi prende

A dare sostanza numerica all'allarme delle opposizioni [pronte ad unirsi in referendum](#) contro la legge Calderoli, ma anche di ampie fasce della maggioranza, [è una simulazione](#) dell'Osservatorio sui Conti pubblici italiani dell'Università Cattolica. Finora dell'autonomia differenziata è stato approvato in Parlamento solo lo scheletro di principi generali, tra cui le 23 materie che le Regioni potranno decidere di avocare. Ma in attesa che i dettagli vengano definiti, a cominciare dalla decisiva definizione dei Livelli essenziali di prestazione che andranno garantiti su tutto il territorio nazionale, gli economisti dell'Osservatorio — Rossana Arcano, Alessio Capacci e Giampaolo Galli — hanno fatto un paio di conti.

Il primo, basato sui dati Bankitalia del 2019, fotografa la situazione attuale: in sette regioni di Nord e del Centro il gettito fiscale prodotto supera le spese di 95,9 miliardi di euro, un contributo positivo ai conti nazionali con la Lombardia nella parte del leone; le restanti, tra cui tutte quelle del Sud, spendono 64,2 miliardi più del gettito prodotto; la differenza tra le due cifre, 31,7 miliardi, è il bilancio primario (positivo) dell'Italia, pari all'1,8% del Pil. Il secondo conteggio invece simula cosa accadrebbe a questi flussi con l'autonomia differenziata.

Conti pubblici in bilico

Nel 2017 il Veneto, alfiere dell'autonomia, chiese di trattenere addirittura i nove decimi del gettito fiscale riscosso sul proprio territorio. Un'ipotesi estrema, che se applicata da tutte le Regioni "costerebbe" al bilancio nazionale una cifra pari a 5 punti di Pil. Gli economisti simulano allora uno scenario "meno irrealistico" che vede i governatori del Nord coalizzarsi per trattenere risorse pari al 2 per cento della ricchezza lorda regionale. Dato il peso specifico dell'economia settentrionale, l'effetto sul bilancio aggregato dello Stato sarebbe comunque importante: il saldo primario scenderebbe dall'1,8 allo 0,4% del Pil. Un peggioramento "molto rilevante in quanto a carattere permanente".

Il Sud paga quadruplo

Per evitarlo lo Stato potrebbe decidere di far pagare il Mezzogiorno, riducendo i trasferimenti. Il problema è che l'economia del Centro-Nord vale il 78% del Pil nazionale, mentre quella del Sud solo il 22. Significa che ogni punto di Pil trattenuto dalle Regioni più ricche "peserebbe" tre volte e mezzo in più per quelle più povere: un guadagno relativamente piccolo per le prime si tradurrebbe così in una perdita molto consistente per le seconde, finendo per mettere a rischio la tenuta dei servizi. Ma l'effetto non sarebbe molto diverso neppure se, anziché tutte le Regioni settentrionali, a percorrere

questa strada fossero solo Lombardia e Veneto. Da sole valgono infatti 67 dei 96 miliardi di residuo fiscale “trasferito” al bilancio nazionale.

Il miraggio del Nord

La domanda, in sostanza, è: chi pagherebbe il conto? E le perplessità rispetto alla risposta sono già emerse con forza, non solo da parte delle opposizioni. Molti governatori e sindaci del Sud, anche all'interno della maggioranza, e non pochi imprenditori hanno lanciato l'allarme sul fatto che la legge Calderoli finisca per estremizzare le disparità che dividono l'Italia, anziché ridurle responsabilizzando la politica locale. E diversi osservatori hanno messo in luce la tensione che la sua attuazione potrebbe provocare nei conti pubblici, con il farraginoso meccanismo che prevede di verificare anno per anno l'allineamento tra il fabbisogno di spesa delle Regioni e il loro gettito fiscale, equilibrando eventuali scostamenti.

L'aritmetica racconta che, a meno di ignorare le ragioni dei conti pubblici o quelle della perequazione nazionale, le risorse aggiuntive a cui le Regioni del Nord potrebbero attingere sarebbero limitate. Una promessa tradita, e sarebbe decisamente il male minore

https://www.repubblica.it/economia/2024/07/21/news/autonomia_differenziata_conti_nord_sud-423406265/?ref=RHVS-BG-P1-S1-T1



Autonomia differenziata: Gallo, sui “Lep” profili di incostituzionalità con effetti negativi anche su famiglie e imprese del Nord

Franco Gallo

La prima considerazione che l'emanazione della legge Calderoli sul regionalismo differenziato mi ha suggerito è d'ordine generale, direi storico. È che l'uscita dalla crisi pandemica poteva costituire una spinta verso la ripresa del percorso attuativo del federalismo fiscale segnato dal Titolo V della Costituzione e, di conseguenza, verso anche il rilancio dell'autonomia finanziaria delle Regioni e degli enti locali.

L'attuazione del PNRR sarebbe stata la migliore occasione per rilanciare le autonomie e riorganizzare la materia dei rapporti Stato-Regioni-enti locali.

L'enfasi che il Piano ha posto sulla necessità di una riforma della Pubblica Amministrazione come pre-requisito di una sua corretta attuazione non può prescindere infatti – almeno in teoria – dall'assetto istituzionale e finanziario che si vuole dare al sistema di relazioni intra e intergovernative.

È accaduto, invece, che sono state differite di due anni sia la rideterminazione dell'addizionale IRPEF a favore delle Regioni a statuto ordinario e della compartecipazione all'IVA, sia la soppressione di parte dei trasferimenti dallo Stato alle Regioni, sia – soprattutto – l'istituzione del fondo perequativo di cui all'art. 119 Cost..

Il PNRR si è limitato a prendere atto di ciò affermando, un po' ambiguamente, che il completamento del federalismo fiscale «è in corso di approfondimento da parte del tavolo tecnico istituito presso il MEF» e che il processo sarà definito entro il primo quadrimestre del 2026.

Tutto ciò mi fa pensare che se si fosse voluto dare attuazione, seppur nei larghi tempi indicati dal PNRR, al disegno di decentramento finanziario prefigurato dagli artt. 117, 118 e 119 della Costituzione, i temi su cui le forze politiche avrebbero dovuto confrontarsi dovevano essere, per le grandi linee, gli stessi a suo tempo affrontati e definiti dalla legge delega n. 42 del 2009 e dai decreti

delegati di essa attuativi; legge e decreti – si badi bene – che sono tutt’ora vigenti, la cui applicazione è rimasta però finora sospesa e integrata da iniziative legislative di segno contrario, l’ultima appunto quella relativa al regionalismo differenziato.

Questi temi sono in particolare quelli, su cui gli addetti ai lavori si soffermano da tempo immemorabile, del rafforzamento dell’autonomia impositiva regionale e locale, della perequazione interregionale finanziaria che a noi qui più interessa, dello sviluppo del ruolo di coordinamento della finanza territoriale da parte dello Stato e delle Regioni nei loro rispettivi ambiti, della fiscalizzazione dei trasferimenti statali, del superamento per tutti gli enti territoriali della spesa storica e, naturalmente, dell’introduzione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni e del finanziamento delle funzioni in relazione ai fabbisogni e ai costi *standard*.

Dobbiamo prendere atto che l’attuale Governo ha invece preferito proporre solo parziali iniziative legislative riguardanti il solo regionalismo differenziato, rinviandone l’attuazione nel tempo e lasciando, comunque, in sospeso il progetto federalista disegnato dalla legge n. 42 e dai suoi decreti di attuazione nel solco della riforma costituzionale del 2012.

Da qui il varo della legge n. 86 del 26 giugno 2024 di cui oggi discutiamo, che ha avuto come primi effetti sia quello di confermare il rinvio a tempi indeterminati dell’attuazione del progetto perequativo, sia quello di smantellare progressivamente l’autonomia tributaria delle Regioni e degli enti locali sostituendola con la ripresa dei trasferimenti temporanei ed estranei a una logica perequativa di lungo termine.

Sta di fatto che, nonostante l’esistenza della legge n. 42 e dei suoi decreti legislativi di attuazione – soprattutto il d.lgs. 68 del 2011 – e nonostante il pressante invito della Corte costituzionale a dare attuazione a tale legge (v. la sentenza n. 293 del 2012), il quadro offerto dall’art. 119 quanto alla perequazione non si è finora assestato, pur essendo esso sufficientemente espresso dal principio di base sviluppato dall’art. 9 della stessa legge n. 42, secondo cui deve esserci una «corrispondenza fra scelte di tipologia di finanziamento e di perequazione e tipo di funzioni da finanziare, essenziali e non».

Si deve perciò prendere atto che ora, secondo la legge n. 86, i LEP dovranno essere definiti, ma fuori dal complessivo disegno perequativo indicato dall’art. 119 e sviluppato dalla legge n. 42. Essa legge ha, infatti, il difetto di perseguire l’obiettivo di individuare i Livelli Essenziali delle Prestazioni, intendendoli però non come strumenti di prestazioni sostanziali perequative da garantire con carattere di generalità, ma come mere quote di partecipazione al gettito di tributi erariali maturato nel territorio nazionale.

Mi spiego meglio. La semplice lettura della legge Calderoli fa emergere subito un problema di sua coerenza interna. Ci si accorge cioè che essa dimentica che, per garantire l’accantonamento nel fondo perequativo di cui all’art. 119 delle risorse necessarie ad assicurare alle istituzioni dei “territori con minore capacità fiscale per abitante” i mezzi idonei a “finanziare integralmente le funzioni pubbliche loro attribuite”, occorre qualcosa di più della determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* in un limitato numero di settori. La nuova legge dimentica cioè che l’art. 119 vuole in via prioritaria che la perequazione sia attuata ai sensi di tale articolo con riferimento a tutte le Regioni e che l’autonomia di bilancio di esse e degli enti locali deve essere garantita pienamente all’interno degli equilibri più complessivi del bilancio statale.

In questa ottica, i LEP dovrebbero essere perciò costruiti in stretta correlazione con la tutela dei diritti civili e sociali e non concepiti, come fa la nuova legge, solo come obiettivi a lungo termine delle politiche pubbliche regionali stabiliti dallo Stato. Essi non possono consistere, cioè, solo in misure di tipo organizzatorio, in *target* di offerta dei servizi regionali realizzabili in un futuro non determinato. E nemmeno possono essere concepiti solo in dipendenza delle relazioni finanziarie tra lo Stato e le Regioni. La funzione costituzionale cui devono rispondere è ben altra: è quella di garantire subito *ex artt.* 5, 2 e 3 Cost. – e cioè in base ai principi di autonomia, solidarietà e uguaglianza – una tutela uniforme e non parziale dei diritti civili e sociali su tutto il territorio nazionale.

Si coglie bene questo passaggio se si volge lo sguardo soprattutto agli effetti economici e finanziari della legge Calderoli, i cui artt. 1 e 4 richiamano sì l’art. 119, ma non istituiscono – e comunque non

presuppongono l'istituzione del – fondo perequativo da esso previsto e, soprattutto, non indicano il modo in cui le Regioni dovrebbero contribuire. Da questa degradazione dei LEP a meri indici tecnico-amministrativi è conseguita la loro spoliticizzazione, non coerente con l'essenziale funzione garantista e perequativa ad essi assegnata dallo stesso art. 119 Cost..

Dovendo dare attuazione agli artt. 116, terzo comma e 117, secondo comma, lett. *m*), sarebbe stato perciò necessario che, prima della – o quantomeno contestualmente alla – attribuzione di nuovi specifici compiti e funzioni ad alcune Regioni con le corrispondenti risorse finanziarie, si fossero determinati tutti i LEP attinenti all'esercizio di diritti civili e sociali e, soprattutto, si fosse definito il loro finanziamento secondo i principi e le procedure dell'art. 119. È del resto evidente infatti che, essendo le risorse disponibili determinate dai vincoli di bilancio imposti dall'art. 81 Cost., l'individuazione dei LEP in tale senso non può non richiedere anche una valutazione complessiva di quelli che il Paese è effettivamente in grado di finanziare; valutazione che non può essere fatta materia per materia. Date le condizioni della finanza pubblica, così facendo ci si ritroverebbe, alla fine, nella condizione di non poter finanziare i LEP necessari ad assicurare l'esercizio di diritti civili e sociali nelle materie lasciate per ultime.

Indipendentemente da quanto finora detto in via generale, è comunque condivisibile la critica che sul piano istituzionale è stata mossa allo stesso meccanismo di individuazione dei LEP quale risulta dalla nuova legge. Giustamente si è rilevato che i LEP dovrebbero essere individuati e valutati in modo integrale dal Parlamento e non rimessi esclusivamente a una sede tecnica di esso sotto il controllo del ministro degli affari regionali, come invece previsto dai commi 791-801 dell'art. 1 della legge di bilancio per il 2023 e dalla legge n. 86. Hanno ragione al riguardo coloro che sostengono che solo il Parlamento ha il potere di fare le scelte fondamentali sull'allocazione delle risorse pubbliche e solo esso è in grado di mediare tra le esigenze dei diversi territori e dei diversi contrastanti interessi. Può essere, infatti, interesse delle comunità più ricche e più autosufficienti del Paese minimizzare la soglia costituzionalmente necessaria dei LEP, in modo da non impegnare risorse pubbliche nei territori dove essi non possono essere raggiunti o, in alternativa, differire più lungamente nei tempi gli interventi di perequazione e coesione nazionale destinati a drenare risorse a favore delle altre Regioni (v. art. 4, commi 1 e 9 della legge). Essendo l'interesse delle comunità meno ricche l'opposto, è perciò evidente che le condizioni per un confronto politico e una mediazione su queste scelte si possono trovare solo in Parlamento.

Non si dica, per superare questa osservazione, che la legge Calderoli prevede pur sempre che le intese con le Regioni passano attraverso il Parlamento con lo strumento del decreto legislativo di approvazione. Attraverso questa via il Parlamento non riconquista il terreno perduto, perché il *quantum* da devolvere con l'accordo Stato-Regioni non lo vede protagonista. Le nuove norme concentrano infatti il negoziato esclusivamente sui due esecutivi, centrale e locale, lasciando al Parlamento un intervento puramente formale con l'approvazione dell'intesa una volta conclusa. Per esso si tratterà, infatti, o di prendere o di lasciare senza la possibilità di emendare l'atto negoziato. Nonostante l'inserimento di questa disposizione, il vero assente continua ad essere perciò il Parlamento, che si vede “scippata” di mano non solo la decisione sul tasso di socialità, ma anche la scelta di continuare a essere uno Stato unitario o di farsi disgregare dalle forze centrifughe. A che serve un Parlamento che su questi temi deve dire solo sì?

Tutto ciò a non tener conto che, nelle attuali condizioni di bilancio, l'attuazione del federalismo differenziato con lo strumento dei LEP dovrebbe, comunque, avvenire secondo la legge a “spesa storica” e, perciò, fuori dall'effettivo contesto generale dell'economia pubblica. Si avrebbe, così, l'ulteriore, inaccettabile effetto negativo di ridurre tutta l'operazione alla sistematizzazione dell'esistente, assumendo come LEP i servizi che sono già previsti dalla normativa o sono offerti comunque nel territorio. Con l'invarianza di gettito si “cristallizzerebbero”, infatti, quelle disuguaglianze territoriali nel godimento dei diritti fondamentali, che l'art. 117, lett. *m*) Cost. e l'art. 1, 791° comma della Legge di bilancio per il 2024 mirano invece a superare.

La caratteristica più evidente della legge n. 86 è che la soluzione dei problemi di cui ho detto è fatta “balenare”, ma è rinviata a scelte politiche a venire. Ad esempio, in essa si parla vagamente di “compartecipazione” a uno o più tributi “erariali” come possibile fonte di finanziamento principale

delle nuove spese devolute, ma non si tiene in alcun conto degli effetti distorsivi che derivano dall'attribuire competenze di spesa ad un ente territoriale, senza nello stesso tempo introdurre i necessari meccanismi di responsabilizzazione su queste spese, in termini di autonomia impositiva, di taglio "effettivo" di altre spese e di utilizzazione di nuove entrate. Il legislatore si è limitato, infatti, a disporre genericamente che, qualora dalla determinazione dei LEP derivino nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, si potrà procedere al finanziamento delle funzioni (ma) solo "successivamente" all'entrata in vigore dei provvedimenti che stanzieranno le necessarie risorse con riferimento «all'intero territorio nazionale»; provvedimenti che devono essere coerenti con gli obiettivi programmati di finanza pubblica e di equilibrio di bilancio e – lo sottolineo – per espressa previsione degli artt. 4.1 e 8.1, dovranno però trovare un effettivo finanziamento solo successivamente e progressivamente, e cioè in un arco temporale indeterminato o, comunque, difficilmente determinabile.

Queste disposizioni significano che l'obiettivo del legislatore di ultima istanza è quello di realizzare un giorno la volontà di attribuire ai LEP quella funzione perequativa che è necessaria a garantire, *ex art. 119 Cost.*, un uguale livello di trattamento a tutte le Regioni. Tutto ciò vale però solo come affermazione di una promessa o, meglio, di un principio proiettato nel futuro.

Il che potrebbe avere delle conseguenze anche in termini di incostituzionalità. È stato, infatti, fatto notare che le norme richiamate potrebbero violare l'art. 117, comma 2, lett. *m*) *Cost.* perché il legislatore si è limitato a promettere i LEP, ma non ha indicato gli strumenti necessari a finanziarli. Il contrasto con la Costituzione sarebbe nel fatto che l'art. 117 eleva i LEP a diritti sociali meritevoli di essere soddisfatti ora e senza esitazioni, mentre la legge Calderoli li declassa, come si è visto, a diritti a esecuzione futura e incerta, trasformandoli da diritti soggettivi ad aspettative di mero fatto.

4. In conclusione, non si può non essere d'accordo con chi sostiene che il difetto di fondo della legge è quello di dettare una disciplina dei LEP provvisoria, senza che sia stato realmente predeterminato un quadro di riferimento generale che consenta, a fini perequativi, un adeguato bilanciamento tra le Regioni del Sud e quelle del Nord quanto alla destinazione sia delle risorse complessive della finanza della Repubblica; sia di quelle destinate alle singole Regioni; sia di quelle ricavabili dall'esercizio della loro autonomia tributaria; sia di quelle necessarie al finanziamento di tutti i LEP.

Tutto ciò – lo ripeto – è ipotizzato e presupposto dalla legge n. 86, ma è rinviato a future incerte iniziative.

Hanno perciò ragione coloro che ritengono che per realizzare effettivamente il regionalismo differenziato occorrerebbe, più che costruire discipline transitorie da completare in un futuro indeterminato, dare quella completa, pregiudiziale e sostanziale attuazione all'art. 119 *Cost.* nel senso di cui ho detto.

Occorrerebbe, cioè, collocare subito il bilancio delle Regioni e degli enti locali all'interno del bilancio complessivo della Repubblica e prevedere che la loro autonomia di entrata e di spesa non solo realizzi l'equilibrio dei rispettivi bilanci e il superamento della spesa storica, ma concorra anche ad assicurare l'osservanza dei vincoli economici e finanziari derivanti dall'ordinamento dell'Unione europea.

Il fatto è che la legge Calderoli, così come è stata approvata, non risolve i problemi connessi ai rapporti finanziari tra Stato e Regioni. Declassa, anzi, la funzione garantista dei LEP non tenendo conto che l'attuazione del regionalismo differenziato difficilmente può avere una sua giustificazione e una sua soddisfacente legittimazione costituzionale se non si scioglie anche il nodo della perequazione interregionale e dell'autonomia finanziaria delle Regioni.

Hanno perciò ragione coloro che, in sintonia con i risultati del rapporto Panetta sulla stabilità finanziaria, sottolineano che l'attuazione dell'autonomia differenziata secondo le regole fissate dalla legge Calderoli, sganciata dall'applicazione della disposizione costituzionale dell'art. 119, potrà avere conseguenze negative indirette anche per le famiglie e le imprese del Nord ben superiori ai benefici di finanza pubblica ad esse derivanti dalle compartecipazioni dinamiche ai tributi.

L'impressione che si ha leggendo la legge Calderoli è insomma che, seguendo la strada da essa indicata, ci si allontani sempre più dal regionalismo cooperativo cui si è ispirato il titolo V della Costituzione e si vada, invece, verso un regionalismo competitivo avente una disciplina finanziaria incerta, tutta da riscrivere e soprattutto fomite di disuguaglianze.

Hanno ragione coloro che sostengono che, nonostante il richiamo inserito nel testo definitivo della legge Calderoli alla tutela dell'unità giuridica ed economica del Paese, il quadro dell'attuazione del federalismo regionale che si sta profilando va nella sostanza contro l'obiettivo costituzionale di un sistema ordinato e solidale di decentramento.

Il che significa che sarà difficile far funzionare l'autonomia differenziata per alcune Regioni se, prima e parallelamente, non si attua il meccanismo di finanziamento e perequazione delle funzioni attribuite a tutte le Regioni.

Aggrava la situazione la circostanza che nelle materie non LEP, diversamente da quelle LEP, il trasferimento delle risorse potrebbe, allo stato, avvenire immediatamente con l'entrata in vigore della legge n. 86, senza essere subordinato alla previa individuazione dei livelli essenziali.

Il che significa che dovrebbero essere accantonate, *ex art.* 119, anche le risorse del fondo perequativo che devono servire per finanziare integralmente le funzioni attribuite ai territori con minore capacità fiscale fuori dal regime LEP.

Ma se è così, viene spontaneo porsi l'ulteriore domanda su come sia possibile finanziare le prestazioni non LEP erogabili immediatamente se prima non si ha un quadro chiaro di quali vincoli derivano al bilancio dello Stato tanto dal finanziamento dei LEP, quanto dal finanziamento delle misure non LEP e di perequazione previste dall'art. 119. Non ci resta che attendere, al riguardo, qualche convincente risposta degli esperti governativi.

Questa è un'ulteriore ragione che dovrebbe – dovrei dire, avrebbe dovuto – spingere il Governo ad individuare modalità di attuazione dell'art. 116 più conformi alla centralità del Parlamento che evitino la crescita di spinte separatiste e, comunque, il riprodursi di una sempre più forte dinamica competitiva.

<https://www.fiscoequo.it/autonomia-differenziata-gallo-sui-lep-profilo-di-incostituzionalita-con-effetti-negativi-anche-su-famiglie-e-imprese-del-nord/>



19.06.2024

Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale Gennaio-Dicembre 2023

Adempimento AIFA ai sensi della Legge 222/2007 e della Legge 135/2012, successivamente modificata dalla L. 232/2016 e dalla L. 145/2018 condotto sulla base dei dati di spesa convenzionata e delle DCR acquisite dalle Regioni, nonché dei dati acquisiti dall'NSIS del Ministero della Salute, relativi alla tracciabilità del farmaco (DM 15 luglio 2004).

Tabella 1 Spesa farmaceutica convenzionata nel periodo Gennaio - Dicembre 2023 rispetto allo stesso periodo del 2022

	Gennaio-Dicembre 2022 (milioni)	Gennaio-Dicembre 2023 (milioni)	Δ assoluta (milioni)	Δ %
Spesa lorda (€)	9.880,6	9.872,2	-8,4	-0,1
Spesa netta ^a (€)	7.675,2	7.700,7	25,5	0,3
Spesa Convenzionata ^b (€)	8.015,4	8.084,4	69,0	0,9
Ricette	564,1	567,3	3,2	0,6
Compartecipazione Totale ^c (€)	1.501,0	1.481,2	-19,8	-1,3

^a Spesa a carico del SSN per farmaci erogati attraverso le farmacie aperte al pubblico, al netto del pay-back dell'1,83% versato dalle aziende farmaceutiche alle regioni ai sensi dell'art. 21, comma 6, del D.L. 28/2011 convertito con modificazioni nella Legge 30 luglio 2012, n.122, e successivamente modificato dall'art. 2, comma 12-bis, del D.L. 20 dicembre 2011 n.225, convertito, con modificazioni, dalla Legge 26 febbraio 2012, n.10 e al art. 3, paragrafo Payback 2,82 Gennaio-Dicembre 2023 pari a 143,5 milioni di euro. Il payback 2,82 è calcolato al netto del payback 5% (dato effettivo Gennaio-Dicembre 2023: 24,3 milioni di euro).

^b Spesa farmaceutica convenzionata = Spesa lorda - Ricette - Compartecipazione del cittadino - pay-back 1,83 - Altri pay-back.

^c Somma del ticket per ricette e dell'eventuale quota di compartecipazione sul prezzo del farmaco e benefit scodato rispetto al prezzo di riferimento.

Tabella 7 Verifica del rispetto del tetto di spesa programmato (7,00%) nel periodo Gennaio - Dicembre 2023

	Spesa	FSN(*)	Tetto spesa programmata (7,00%)	Scostamento assoluto	% su FSN
Convenzionata [†]	8.084,4	127.390,1	8.917,3	-832,9	6,35

Dati in milioni di €

^{*} Fsa 2023 provvedimento emanato dal Ministero della Salute il 16/06/2023

[†] Spesa farmaceutica al netto del pay-back delle Aziende Farmaceutiche e benefit delle Regioni. Spesa farmaceutica certa è così ottenuta (€): Totale 764

Spesa farmaceutica convenzionata = Spesa lorda - Ricette - Compartecipazione del cittadino - pay-back 1,83 - Altri pay-back.

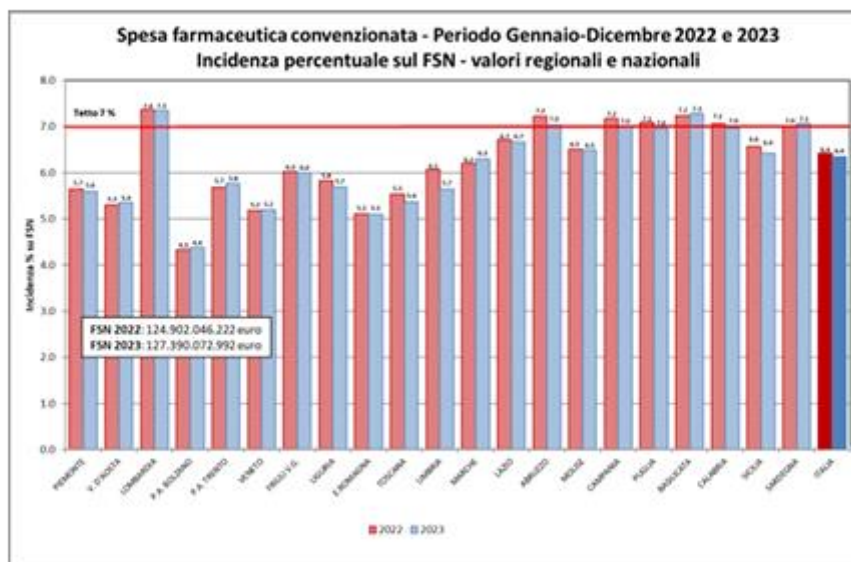
Il dettaglio del Payback è riportato nella tabella 12 ter

Tabella 3 Riepilogo della spesa farmaceutica convenzionata netta* nel periodo Gennaio-Dicembre 2023, nelle singole regioni, rispetto allo stesso periodo del 2022.

Regione	A Spesa Netta Gen-Dic 22	B Spesa Netta Gen-Dic 23	C=B - A Var assoluta	D=100*C/A Var %
PIEMONTE	522.704.121	526.619.696	3.915.575	0,7
V. D'AOSTA	12.539.129	12.721.684	182.555	1,5
LOMBARDIA	1.432.175.887	1.439.786.591	7.610.704	0,5
P.A. BOLZANO	42.871.364	43.173.912	302.548	0,7
P.A. TRENTO	63.651.644	65.190.458	1.538.813	2,4
VENETO	482.695.425	485.857.653	3.162.229	0,7
FRIULI V.G.	153.604.246	154.801.633	1.197.387	0,8
LIGURIA	182.266.114	181.528.126	-737.988	-0,4
E. ROMAGNA	486.009.790	494.511.470	8.501.680	1,7
TOSCANA	442.141.217	436.392.756	-5.748.460	-1,3
UMBRIA	114.485.778	109.588.828	-4.896.950	-4,3
MARCHE	199.972.833	205.517.244	5.544.411	2,8
LAZIO	794.996.647	798.421.129	3.424.482	0,4
ABRUZZO	190.838.136	189.836.724	-1.001.412	-0,5
MOLISE	39.034.185	39.707.587	673.402	1,7
CAMPANIA	763.931.748	756.267.739	-7.664.009	-1,0
PUGLIA	544.748.959	545.279.139	530.181	0,1
BASILICATA	84.874.838	86.818.566	1.943.729	2,3
CALABRIA	273.381.550	275.148.775	1.767.225	0,6
SICILIA	613.589.164	611.954.887	-1.634.277	-0,3
SARDEGNA	234.667.172	241.559.623	6.892.451	2,9
ITALIA	7.675.179.945	7.700.684.221	25.504.276	0,3

* Spesa calcolata al netto del payback 1,82% (rispetto Payback 1,82 Gennaio-Dicembre 2023 pari a 162,5 milioni di euro). Il payback 1,82 è calcolato al netto del payback 5% (data effettiva Gennaio-Dicembre 2022: 23,1 milioni di euro).

Grafico 2 - Spesa farmaceutica convenzionata - Periodo Gennaio-Dicembre 2022 e 2023 - Incidenza percentuale sul FSN - valori regionali e nazionali

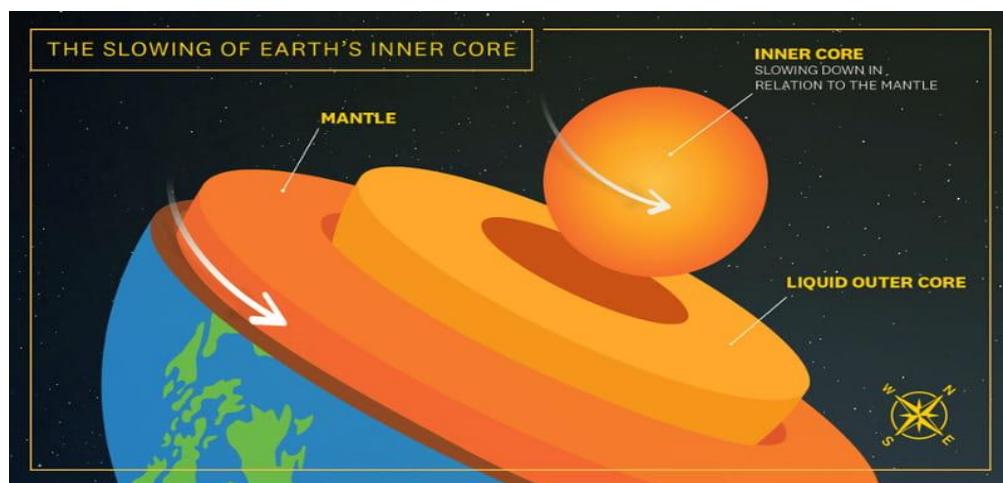


www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1720510857.pdf

la Repubblica

Il cuore della Terra sta rallentando, e il motivo è un mistero: ecco quali potrebbero essere le conseguenze sul campo magnetico del Pianeta

Elena Dusi



La Terra in un disegno dell'Università della California del Sud

All'interno del globo c'è un nucleo solido che ruota a velocità differente dal resto della Terra. Uno studio su "Nature" conferma che sta decelerando, ma non ci aspetta la fine del mondo

È come una matrioska con ogni bambola che gira per conto proprio. La Terra ha un nucleo interno, solido e pesante, che ruota a una velocità diversa dal resto del pianeta. A volte accelera, a volte rallenta e ora - secondo i ricercatori dell'Accademia Cinese delle Scienze e dell'Università della California del Sud - sarebbe in una fase accentuata di stanca, tanto da essere superata dalla velocità della superficie terrestre.

Il sorpasso

Se noi, restando fermi su un punto preciso della crosta terrestre, potessimo osservare il nucleo interno 5mila chilometri sotto ai nostri piedi, lo vedremmo dunque perdere terreno. Fino a qualche anno fa, al contrario, procedeva più spedito di noi. Il motivo di queste oscillazioni - [raccontate](#) sulla rivista scientifica *Nature* - fa girare anche la testa ai geologi, che faticano a comprendere il perché di quel che avviene così in fondo al nostro pianeta.

Il primo timore cui ci capita di pensare - quello di un'inversione della rotazione terrestre - è però privo di fondamento. Il Sole continuerà a sorgere a est e tramontare a ovest. Le differenze nella velocità di rotazione di cui stiamo parlando sono lievi: qualche decimo di grado al giorno. Il fatto che la superficie terrestre abbia sorpassato il nucleo interno può causare una lieve variazione del campo magnetico e della velocità di rotazione della Terra nel suo complesso. Il cambiamento nella durata del giorno e della notte non ci costringerà però a riaggiustare gli orologi: si tratta di qualche millesimo di secondo.

La fantascienza

Le bizzarrie del nucleo del pianeta interessano una ristretta cerchia di geologi (che hanno scelto un tema di studio particolarmente ostico) e gli autori di film di fantascienza. Nel 2003 uscì "The Core", un non imperdibile thriller in cui il nucleo esterno (quello che gioca un ruolo maggiore nel generare il campo magnetico terrestre) si blocca completamente, mandando in tilt le bussole, disorientando gli uccelli migratori e causando una strage tra i portatori di pacemaker. Una spedizione di scienziati

decide allora di tuffarsi nelle profondità della Terra attraverso la Fossa delle Marianne. Lì tenta di far detonare delle atomiche per riscuotere il nucleo.

Nel decifrare quel che accade così lontano dai nostri sguardi, i geologi reali hanno vita dura come quelli del film. Non esistono infatti prove dirette della rotazione del nucleo interno della Terra. Subito dopo i grandi terremoti le onde sismiche si propagano all'interno del pianeta, rimbalzando avanti e indietro come una pallina da ping pong anche per una manciata di volte. Attraversando il nucleo, subiscono rifrazioni e deviazioni che vengono studiate con molta cura, perché danno i pressoché unici indizi di quel che accade lì in fondo.

L'eco dei terremoti

I ricercatori cinesi e californiani di *Nature*, in particolare, hanno studiato 121 sismi avvenuti tra il 1991 e il 2023 alle isole di Sandwich del Sud (vicino al Polo Sud), la cui eco è stata registrata in Alaska. In aggiunta hanno analizzato la propagazione delle onde sismiche causate dai test nucleari sovietici tra il 1971 e il 1974.

Oggi si è compreso che il nucleo interno – di dimensioni leggermente più piccole della Luna – è composto di ferro e nichel. Nonostante gli oltre 5mila gradi di temperatura (quasi come la superficie del Sole), l'enorme pressione rende il nocciolo centrale della Terra solido. Al suo esterno si trova un'altra componente della matrisca - il nucleo esterno – che è invece fluido. Questo permette al nucleo interno di scivolargli dentro quando varia la sua velocità.

Anche se noi abitanti del fuori abbiamo al momento superato il nucleo di dentro, il vantaggio non sembra destinato a durare. I ricercatori suggeriscono che la velocità del cuore duro del pianeta abbia un andamento ciclico, con un periodo di 70 anni circa. L'ipotesi è che il nucleo interno abbia accelerato il passo dagli anni '70 fino al 2009. Da allora sarebbe iniziato il rallentamento, che dovrebbe esaurirsi negli anni '40, portando a un nuovo sorpasso della parte di dentro su quella di fuori.

https://www.repubblica.it/esteri/2024/07/08/news/terra_rallentamento_campo_magnetico-423375604/?ref=RHLF-BG-P12-S1-T1



Laureati delle Professioni sanitarie: occupazione al 77% e sempre primi in classifica

Angelo Mastrillo*

È quasi stabile attorno al 77% l'occupazione per l'area delle Professioni sanitarie che lo scorso anno era al 78%.

Lo evidenzia il XXVI rapporto annuale del Consorzio Interuniversitario AlmaLaurea di Bologna, sul Profilo e sulla Condizione Occupazionale dei Laureati, che è stato presentato all'Università di Trieste alla presenza del Rettore Roberto Di Lenarda, dal Presidente del Consorzio AlmaLaurea, Ivano Dionigi, e dal Direttore Marina Timoteo. Titolo dell'evento: "Laureati e dimensioni internazionali: dall'università al mercato del lavoro".

Per i 16.242 laureati di primo livello delle 22 Professioni Sanitarie dell'anno 2022 (tabella 1 in allegato) si rileva che, rispetto ai 12.331 laureati che hanno risposto all'indagine (75,9%), si registra un lieve calo della quota di occupati (sono 9.476), pari a -1,7 punti percentuali, essendo sceso al 76,8% rispetto al 78,5% dello scorso anno.

È un calo minore rispetto al totale di tutti i 16 gruppi disciplinari, su cui il calo della quota di occupati è di -2,1 punti percentuali. Il totale dei laureati di primo livello dell'anno 2022 è di 153.909, di cui sono stati intervistati 113.811 (73,9%); di questi, 43.817 sono occupati (38,5%).

Il numero di occupati è in calo rispetto allo scorso anno (-6,2 punti percentuali), quando i laureati erano 167.467, gli intervistati 115.006 e di questi, 46.714 occupati (40,6%).

Il numero di occupati è in diminuzione in tutti i gruppi disciplinari, con l'unica eccezione del Servizio sociale che risulta invece in aumento di 2,1 punti percentuali, dal 43,5% dei laureati dell'anno 2021 al 45,7% attuale.

Per effetto di questi risultati, si conferma ancora una volta e solo per le Professioni Sanitarie il primo posto assoluto fra i vari gruppi disciplinari.

Ciò è legato anche all'elevata quota di quanti si inseriscono direttamente nel mercato del lavoro, rinviando quindi agli anni successivi e mentre lavorano di proseguire ulteriormente gli studi universitari.

Resterebbe in ogni caso la diminuzione rispetto a 16 anni fa, di oltre -10 punti percentuali per il complesso dei laureati dell'area sanitaria, la quota di occupati a un anno dalla laurea passa dall'87,0% dei laureati del 2007 al 76,8% dei laureati del 2022 (tabella 2).

Inoltre, la quota di occupati osservata sul complesso dell'area sanitaria è in calo di -1,7 punti percentuali, anche rispetto allo scorso anno, dal 78,5% del 2021 al, già citato 76,8% del 2022.

Inoltre, tali tendenze assumono intensità differente nelle diverse aree.

In dettaglio per l'area Infermieristica -2,2 punti percentuali anche rispetto allo scorso anno, dal 79,9% al 77,7%; lieve calo anche per le professioni della Riabilitazione con -0,8 punti percentuali, dal 77,9% del 2021 al 77,1% del 2022.

Per l'area Tecnica risulta quasi stabile con -0,2 punti percentuali dal 74,1% al 73,9%; mentre il calo maggiore riguarda l'area della Prevenzione, con -4,2 punti percentuali, dal 76,8% del 2021 al 72,6% del 2022, che lo scorso anno, al contrario rilevava un aumento di +10,5 punti percentuali, dal 66,3% del 2020 al 76,8% del 2021.

Analisi fra le 22 Professioni sanitarie

Analizzando in dettaglio le 22 professioni sanitarie sugli ultimi dati AlmaLaurea dei laureati dell'anno 2022 (tabella 3), si rilevano per l'alto tasso occupazionale ai primi quattro posti e sopra la media del 76,8%: Terapista Neuro psicomotricità età evolutiva (81,1%), Tecnico di Neurofisiopatologia (81,0%), Igienista Dentale (80,7%) e Fisioterapista (80,5%).

A seguire, Tecnico di Radiologia con 78,6%, Infermiere con 77,7%, e Ostetrica con 77,2%, quindi Logopedista con 76,9%.

Mentre, al contrario, agli ultimi cinque posti, sotto il 72%, si trovano: Tecnico Ortopedico 69,0%, Podologo 66,7%, Dietista 57,5%, Tecnico di Fisiopatologia Cardiocircolatoria al 57,4% e, infine, Ortottista con 56,9%.

Se si guarda invece la media degli occupati di tutte le 22 professioni nel corso degli ultimi 16 anni, fra i laureati dal 2007 al 2022 abbiamo ai primi cinque posti: Logopedista con 86%, Igienista Dentale con 85%, Fisioterapista con 84%, Tecnico Audioprotesista 83% e Educatore professionale con 81%. A seguire, Podologo con 79%, Terapista Neuro psicomotricità età evolutiva 78%, Infermiere e Tecnico Ortopedico con 77%. Mentre sono sotto la media del 74% le restanti 13 Professioni: Terapista Occupazionale 73%, Tecnico Riabilitazione Psichiatrica 68%, Infermiere pediatrico e Assistente sanitario 63%, nonché Tecnico Radiologia 62%, Tecnico Prevenzione 60%, Ortottista 59%, Tecnico Audiometrista con 58%, Dietista 56%, Tecnico di Neurofisiopatologia 55%, seguiti agli ultimi tre posti da Ostetrica con 54%, Tecnico di Laboratorio 51% e Tecnico di Fisiopatologia Cardiocircolatoria al 41%.

Si tratta di valori medi pluriennali che sono tuttavia parecchio diversi se confrontati con i dati dell'ultimo anno 2022.

In conclusione, l'area delle Professioni Sanitarie continua a mantenere stabile al primo posto i livelli occupazionali, seppure con fluttuazioni nel corso degli anni.

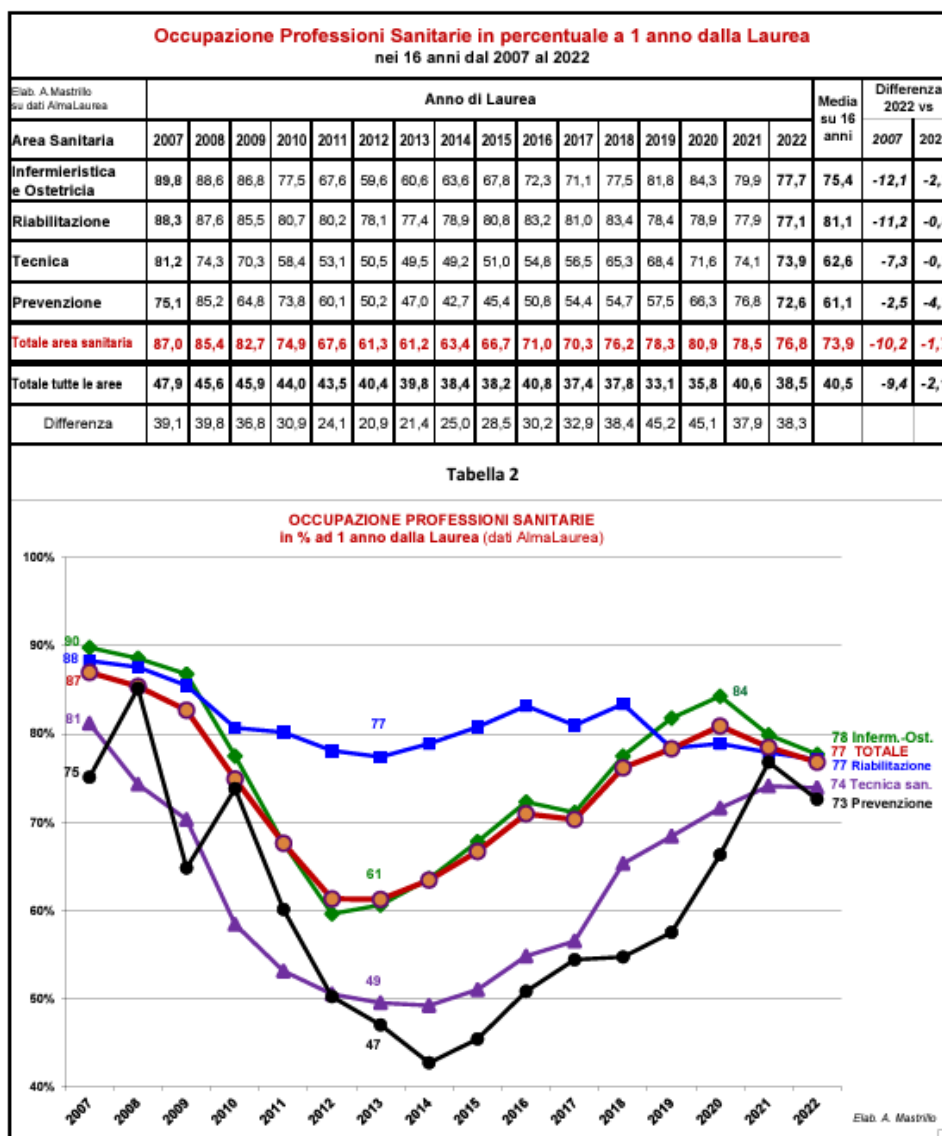
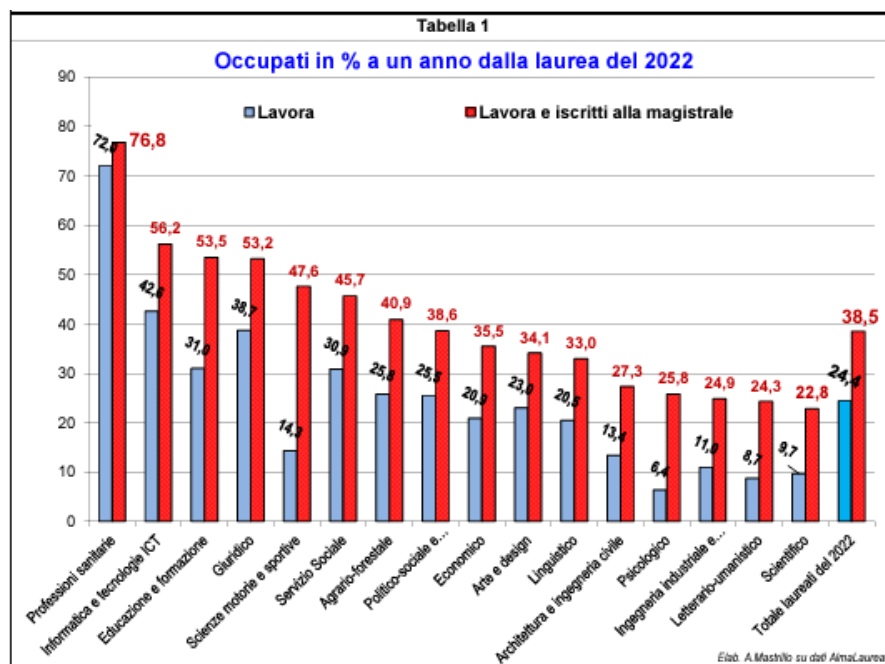
Ringraziamenti. Ringrazio per la disponibilità dei dati il Consorzio Interuniversitario AlmaLaurea di Bologna e per la preziosa collaborazione Silvia Ghiselli, Claudia Girotti, Sara Binassi, e Daniela Perozzi dell'Ufficio Indagini e Statistiche del Consorzio stesso.

**Docente in Organizzazione delle Professioni Sanitarie, Università di Bologna
Segretario della Conferenza Nazionale dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie*

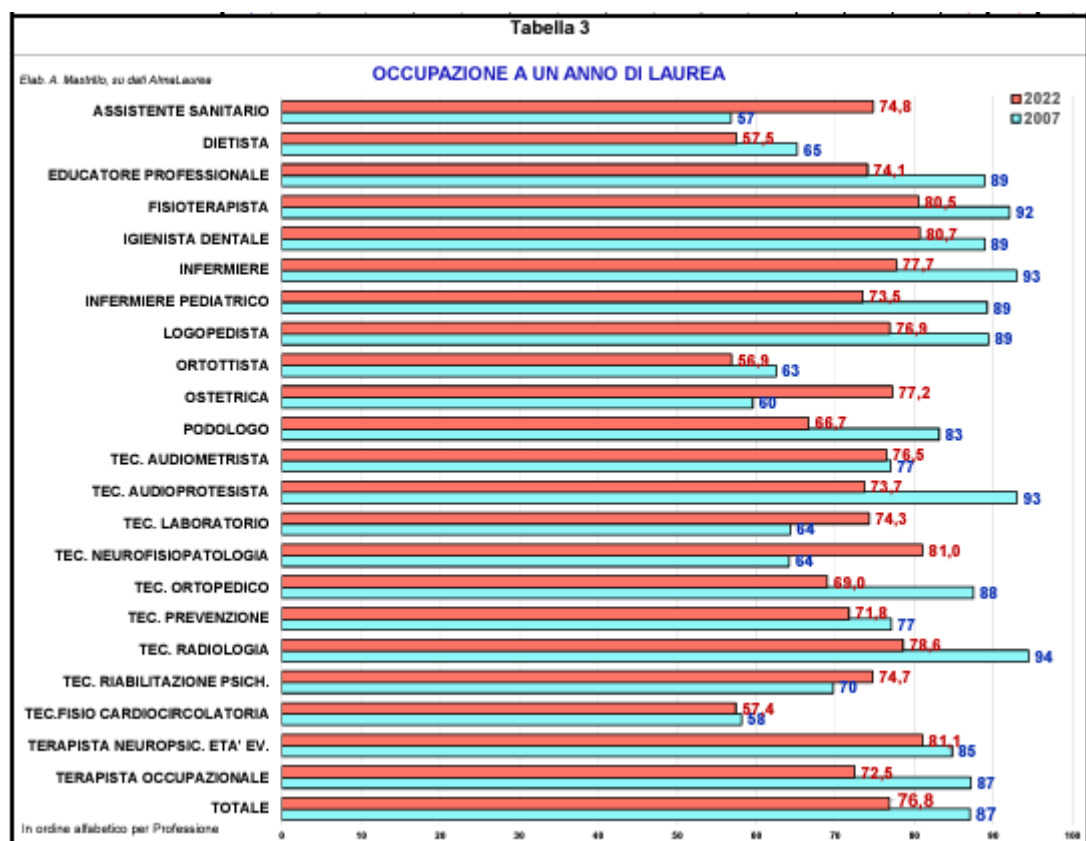
<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2024-07-23/laureati-professioni-sanitarie-occupazione-77percento-e-sempre-primi-classifica-093133.php?uuid=AFHFE20C&cmpid=nlqf>

Laureati di primo livello del 2022									
intervistati ad un anno dal conseguimento del titolo per gruppo disciplinare									
<small>Dati AlmaLaurea anno 2023 su laureati dell'anno 2022</small>	<small>Lavora e non è iscritto a un corso di II livello (%)</small>	<small>Lavora ed è iscritto a un corso di II livello (%)</small>	<small>Totale lavora (%) *</small>	<small>Numero di laureati</small>	<small>Numero di intervistati</small>	<small>Numero di occupati</small>	<small>Ributazione mensile netta (euro)</small>	<small>Totale lavora* dei laureati del 2021</small>	<small>Differenza quota occupati laureati 2022 vs 2021</small>
Professioni sanitarie	72,0	4,8	76,8	16.242	12.331	9.476	1.602	78,5	-1,7
Informatica e tecnologie ICT	42,6	13,6	56,2	3.360	2.382	1.340	1.472	59,1	-2,9
Educazione e formazione	31,0	22,5	53,5	7.486	5.498	2.938	1.010	58,0	-4,5
Giuridico	38,7	14,5	53,2	2.826	1.984	1.055	1.353	60,5	-7,3
Scienze motorie e sportive	14,3	33,3	47,6	5.146	3.763	1.791	810	48,5	-0,9
Servizio Sociale	30,9	14,8	45,7	2.271	1.750	799	1.083	43,5	2,1
Agrario-forestale	25,8	15,1	40,9	4.119	3.170	1.296	1.159	41,6	-0,7
Politico-sociale e comunicazione	25,5	13,1	38,6	16.265	11.752	4.532	1.108	41,6	-3,0
Economico	20,9	14,6	35,5	24.293	18.260	6.480	1.178	38,5	-3,0
Arte e design	23,0	11,1	34,1	6.348	4.566	1.559	998	35,9	-1,8
Linguistico	20,5	12,5	33,0	11.857	8.494	2.804	1.013	34,8	-1,8
Architettura e Ingegneria civile	13,4	13,9	27,3	3.471	2.629	717	1.070	30,3	-3,0
Psicologico	6,4	19,4	25,8	6.986	5.133	1.329	815	27,1	-1,3
Ingegneria Industriale e dell'Infor	11,0	13,9	24,9	18.819	14.162	3.532	1.204	27,3	-2,4
Letterario-umanistico	8,7	15,6	24,3	8.172	5.851	1.419	875	27,5	-3,2
Scientifico	9,7	13,1	22,8	16.248	12.086	2.750	971	24,9	-2,1
Totale laureati del 2022	24,4	14,1	38,5	153.909	113.811	43.817	1.198	40,6	-2,1
Totale laureati del 2021	25,2	15,4	40,6	167.467	115.006	46.714	1.150		
Differenza 2022 vs 2021	-0,8	-1,3	-2,1	-13.558	-1.195	-2.897	48		
<i>valori %</i>				-8,1	-1,0	-6,2	4,2		

* comprende chi lavora e non è iscritto a un corso di secondo livello e chi lavora ed è iscritto a un corso di secondo livello.



LAUREE TRIENNALI PROFESSIONI SANITARIE FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA																	
Quanti lavorano in % dopo 1 anno dalla laurea, negli ultimi 16 anni, dal 2007 al 2022																	
Elab. A. Mastribo, su dati AlmaLaurea	ANNI																Differ. 2022 vs
In ordine alfabetico	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2021 2007
ASSISTENTE SANITARIO	66,8	87,7	62,6	57,6	41,1	52,8	50,7	50,4	51,1	58,2	61,8	59,3	76,4	82,7	84,1	74,8	-9,3 18,0
DIETISTA	65,2	65,0	60,4	54,3	62,7	61,5	51,2	57,3	53,0	48,9	51,1	57,0	49,8	54,4	52,9	67,6	4,6 -7,7
EDUCATORE PROFESSIONALE	88,9	89,7	79,8	83,0	81,3	76,1	75,0	80,0	78,4	81,9	82,7	82,9	83,1	77,3	75,1	74,1	-1,1 -14,8
FISIOTERAPISTA	92,0	91,3	89,9	84,5	82,7	82,0	82,0	83,0	83,6	85,5	82,7	85,8	80,1	81,0	78,6	80,5	1,9 -11,5
IGIENISTA DENTALE	88,9	85,7	89,5	86,6	83,0	84,7	88,3	90,4	89,9	88,8	78,0	88,1	86,1	77,2	81,2	80,7	-0,5 -8,2
INFERMIERE	92,9	91,7	89,4	80,3	70,2	61,3	62,5	65,8	69,5	74,0	73,3	79,3	83,8	84,8	80,6	77,7	-2,9 -15,2
INFERMIERE PEDIATRICO	89,2	87,4	77,9	61,9	48,9	47,5	40,4	42,1	57,5	59,8	53,2	59,9	59,4	76,9	78,0	73,5	-4,6 -15,7
LOGOPEDISTA	89,4	92,9	89,6	86,4	85,5	89,2	84,1	85,9	86,9	89,1	83,9	88,4	82,5	81,7	78,8	76,9	-2,0 -12,5
ORTOTTISTA	62,6	60,2	71,6	64,1	62,0	54,3	46,8	52,6	53,8	54,6	57,9	65,2	56,4	58,9	72,3	66,9	-15,5 -5,6
OSTETRICA	69,6	50,1	57,7	49,6	41,8	38,9	40,6	47,0	45,7	53,5	48,6	53,9	57,9	76,9	70,2	77,2	7,1 17,6
PODOLOGO	83,1	89,6	79,5	86,4	78,6	67,8	85,7	76,5	83,6	82,8	69,4	81,5	70,4	77,5	77,8	66,7	-11,1 -16,5
TEC. AUDIOMETRISTA	77,0	80,7	80,0	55,3	61,1	51,9	42,0	51,9	55,2	40,7	40,6	53,3	47,6	41,7	76,5	76,5	0,0 -0,6
TEC. AUDIOPROTESISTA	93,0	88,3	87,9	86,1	87,0	84,3	85,2	80,5	85,6	86,8	84,0	83,6	79,2	67,6	71,1	73,7	2,6 -19,3
TEC. FISIO CARDIOCIRCOLATORIA	68,1	38,5	52,6	29,1	30,4	36,2	29,2	36,7	33,3	36,0	38,2	40,0	30,1	51,6	54,9	67,4	2,5 -0,7
TEC. LABORATORIO	64,3	62,6	50,9	44,1	41,2	37,8	41,1	29,2	35,0	37,0	35,2	46,3	61,5	74,1	74,9	74,3	-0,6 10,0
TEC. NEUROFISIOPATOLOGIA	64,2	45,9	49,2	38,7	47,6	31,9	29,5	42,2	61,3	65,6	66,0	63,3	71,4	48,5	75,4	81,0	5,6 16,9
TEC. ORTOPEDICO	87,5	78,1	75,9	82,2	76,9	81,1	65,7	75,0	83,1	73,8	77,1	90,4	69,7	66,7	75,9	69,0	-6,5 -18,5
TEC. PREVENZIONE	77,1	84,8	65,2	75,6	62,8	49,8	45,9	40,5	43,9	48,3	52,5	53,2	48,9	59,7	74,2	71,8	-2,4 -5,3
TEC. RADIOLOGIA	94,6	84,6	77,1	56,1	43,6	41,2	38,1	38,7	36,1	47,6	55,6	67,0	73,0	83,1	80,4	78,6	-1,8 -15,9
TEC. RIABILITAZIONE PSICH.	69,8	66,4	62,8	59,2	65,0	58,2	59,3	66,5	71,5	74,4	77,4	73,1	70,6	67,6	75,4	74,7	-0,6 5,0
TERAPISTA NEUROPSIC. ETA' EV.	84,8	77,5	72,6	70,3	67,1	68,8	67,7	77,0	83,6	87,7	84,2	83,8	75,0	83,3	81,3	81,1	-0,2 -3,7
TERAPISTA OCCUPAZIONALE	87,2	79,8	65,4	58,8	75,0	65,5	76,4	61,8	73,6	78,6	78,6	73,4	67,6	79,3	80,2	72,5	-7,7 -14,7
TOTALE	87,0	85,4	82,7	74,9	67,6	61,3	61,2	63,4	66,7	71,0	70,3	76,2	78,3	80,9	78,5	76,8	-1,7 -10,2



[https://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Editrice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO_SANITA/O
nline/_Oggetti_Correlati/Documenti/2024/07/24/almalaurea.pdf?uuid=AFHFE20C](https://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Editrice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO_SANITA/O
nline/_Oggetti_Correlati/Documenti/2024/07/24/almalaurea.pdf?uuid=AFHFE20C)



L'Italia si trova di fronte a un'emergenza sanitaria senza precedenti, con una crescente carenza di **personale medico e infermieristico** che sta mettendo a dura prova il sistema sanitario nazionale. Per far fronte a questa situazione critica, il reclutamento di **medici** e infermieri stranieri è diventato una soluzione sempre più adottata.

Secondo le ultime stime, nel 2023 il numero di medici provenienti dall'estero è salito a quota 28.000, rispetto ai 21.000 del 2019.

Gli **infermieri stranieri rappresentano circa il 5,5% del totale degli infermieri in Italia**, con una concentrazione particolare nelle regioni della Lombardia, Lazio, Piemonte, Emilia-Romagna e Veneto.

Di fronte a questa crescente domanda di personale sanitario straniero, il governo italiano sta lavorando a nuove regole in collaborazione con le Regioni al fine di regolamentare e garantire la qualità dell'assistenza sanitaria offerta da questi professionisti.

<https://nursetimes.org/emergenza-sanitaria-boom-di-medici-e-infermieri-stranieri-nuove-regole-in-arrivo/175284>



Istituto Superiore di Sanità
EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica

Sistema sanitario e risorse umane: l'Italia ha bisogno di infermieri

Gli italiani invecchiano e la domanda di assistenza sanitaria sale. La popolazione italiana è una delle più vecchie al mondo: quasi il 20% supera i 65 anni di età e, secondo i dati Istat, nel 2050 circa l'8% degli italiani avrà più di 85 anni. Il sistema sanitario italiano, al momento, potrebbe non essere in grado di far fronte a questi cambiamenti, in particolare per quanto riguarda il rinnovo e l'assunzione del personale paramedico. Si calcola che la carenza di infermieri, già importante soprattutto al Nord, aumenti ogni anno a causa dello squilibrio tra i pensionamenti (17 mila all'anno) e le nuove assunzioni (8 mila all'anno). È quanto emerge dal [rapporto Ocse 2008](#) (pdf 412 kb) sulle risorse umane italiane in ambito sanitario.

Troppi medici

L'Italia ha il più alto numero al mondo di medici per abitante: più di 600 medici ogni 100 mila abitanti nel 2005. I medici appartenenti alla Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (Fnomceo) sono circa 370 mila, di cui un terzo lavora negli istituti pubblici. Inoltre, secondo l'Ocse, la competizione tra medici nel settore pubblico è molto alta e spesso i più giovani devono aspettare a lungo prima di riuscire a ritagliarsi un posto di lavoro.

Questo esubero si è sviluppato tra gli anni Settanta e gli anni Novanta, periodo in cui il numero degli studenti di medicina è aumentato notevolmente: solo nel 1980, 17 mila studenti iscritti. Dagli anni Novanta, il numero chiuso alle università ha portato a una riduzione del numero di iscritti, che nel 2006 è sceso a 5623.

Il settore pubblico offre scarse opportunità a lungo termine e questo spinge a cercare lavoro all'estero: molti dei cosiddetti "cervelli in fuga" sono, non a caso, medici. D'altra parte, l'Ocse sottolinea come il mercato del lavoro italiano in ambito sanitario soffra di una cronica mancanza di fondi, scarse opportunità di carriera e nepotismo, risultando quindi poco attraente per i professionisti stranieri.

Pochi infermieri

Il settore infermieristico deve far fronte al problema opposto. L'Italia ha meno infermieri che dottori, la maggior parte dei quali (70%) lavorano in strutture pubbliche. L'università italiana non forma abbastanza infermieri e, secondo la Federazione nazionale Ispasvi, nel 2006 la carenza ammontava a circa 60 mila, per una mancanza di copertura dei posti di lavoro pari al 15%. Per questo motivo l'università ha incrementato la capacità dei corsi per le professioni paramediche, ma le domande di ammissione rimangono più alte dei posti disponibili, soprattutto al Sud.

Per risolvere la carenza cronica di infermieri, alcune Regioni hanno creato nuove figure professionali come quella dell'assistente e operatore socio-sanitario, riducendo così il carico di lavoro degli infermieri specializzati che storicamente svolgono anche compiti di pulizia e movimento dei pazienti.

Risorse dall'estero

La carenza di infermieri potrebbe essere in parte colmata dall'assunzione di personale proveniente dall'estero. Ma a causa della competizione con i Paesi esteri, che offrono salari più alti e condizioni di lavoro migliori e delle complesse politiche di immigrazione, il numero di infermieri stranieri in Italia è ancora molto basso: 6730 nel 2005, di cui un terzo proveniente dall'Unione europea.

Nel 2004, secondo i dati Ocse, la maggior parte del personale straniero autorizzato a venire in Italia è stato assunto con contratti dai 12 ai 24 mesi. Gli infermieri che arrivano in Italia hanno mediamente tra i 20 e i 39 anni e provengono generalmente da Romania (circa 60%), Polonia (25%), Perù, Albania, Serbia e India.

Le assunzioni dall'estero possono essere facilitate tramite contatti diretti tra le istituzioni. Gli accordi intrapresi in questo senso sono ancora pochi, ma alcuni sono risultati di particolare efficacia. La Spagna per esempio, che presenta un esubero di infermieri, ha un accordo interistituzionale con l'Italia che facilita l'assunzione del personale.

Alcune Regioni hanno iniziato a richiamare personale dall'estero tramite accordi bilaterali tra gli istituti di formazione. La Regione Veneto, per esempio, ha stipulato un accordo bilaterale con alcuni istituti di Bucarest e Pitesti e la Provincia di Parma con la Provincia di Cluj-Napoca.

Dei 7 mila infermieri stranieri presenti in Italia, la maggior parte lavora nel settore privato. L'unico accordo che coinvolge direttamente le autorità nazionali è quello che l'Italia ha con la Tunisia tramite il ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali.

Le reazioni al flusso di infermieri dall'estero sono state molto positive anche se persistono alcune preoccupazioni legate alle difficoltà linguistiche e alla necessità di formazione iniziale. Malgrado la forte domanda di personale paramedico, l'Italia rimane un Paese poco attraente per gli infermieri stranieri: lo stipendio non è competitivo (circa 1600 euro al mese), le politiche di immigrazione sono sfavorevoli e la scarsa diffusione della lingua italiana all'estero rende la comunicazione più difficile.

Studenti stranieri

L'Italia non ha mai avuto un grande afflusso di studenti stranieri, anche se negli ultimi anni la loro percentuale ha avuto un leggero incremento. L'assenza di una politica specifica in questo senso abbandona gli studenti alle loro risorse, anche se i posti a disposizione per gli stranieri sono quattro volte quelli attualmente occupati. Molti degli studenti provenienti dall'estero frequentano corsi di medicina: il 6,9% degli studenti che conseguono questa laurea sono stranieri, contro il 2,9% dei corsi di infermieristica.

Assistenza sanitaria a casa

L'invecchiamento della popolazione italiana richiede sempre maggiore impegno nell'assistenza agli anziani. L'invecchiamento della popolazione italiana richiede sempre maggiore più nell'assistenza agli anziani. La domanda di badanti e assistenti/operatori socio-sanitari eccede addirittura quella degli infermieri. Recenti indagini stimano che gli stranieri che in Italia lavorano in questo ambito sono circa 500 mila. La carenza dell'assistenza pubblica e i cambiamenti sociali delle famiglie italiane hanno incrementato il mercato dell'assistenza tramite badanti privati, la maggior parte dei quali stranieri.

Molti di questi lavoratori non hanno un regolare permesso di soggiorno, ma il loro ruolo è ormai essenziale per la società italiana: si tratta fondamentalmente di immigrati provenienti da Ucraina, Romania, Polonia, Moldavia, Ecuador e Perù, spesso privi di preparazione in ambito sanitario. Per accrescere le loro competenze, molte autorità locali hanno organizzato corsi di formazione per il primo soccorso e le cure di base.

Conclusioni

L'Italia deve fronteggiare la questione delle risorse umane nel settore sanitario. L'eccesso di medici, ma soprattutto la scarsità di infermieri e di personale paramedico in genere, è un problema da risolvere al più presto. L'aumento dei corsi di formazione per infermieri sta iniziando a colmare queste carenze, ma la domanda di personale è ancora molto elevata. Gli ostacoli burocratici e le contraddizioni interne al sistema universitario e a quello sanitario rendono la situazione molto complessa, ma le risorse umane straniere possono contribuire a risolvere la questione.

https://www.epicentro.iss.it/politiche_sanitarie/ocseSistemaSanitario08



Contro la desertificazione sanitaria serve un'alleanza tra professionisti, cittadini e istituzioni

La carenza di servizi sul territorio, la penuria di alcune specifiche figure professionali, la distanza dai luoghi di salute in particolare nelle aree interne del Paese, periferiche e ultraperiferiche, rappresenta un elemento di diseguità nell'accesso alle cure e alle prestazioni che va affrontato attraverso un'alleanza tra istituzioni, professioni sanitarie e cittadini

di Redazione

Oltre 18mila cittadini senza medico di famiglia in Brianza, solo a Limbiate, comune di 34718 abitanti in provincia di Monza, 4712 sarebbero senza assistenza di base, a breve saranno nella stessa situazione oltre 4000 cittadini di Novate Milanese e 2429 cittadini di età inferiore a quattordici anni hanno a disposizione una sola pediatra.

Nel territorio dell'Ast di Macerata mancano all'appello 42 medici di famiglia, e sono scoperti 32 incarichi per la guardia medica e 18 per il servizio di emergenza-urgenza; la carenza di medici di base è pari a 78 unità in provincia di Bergamo e a 31 a Lodi; 88 le guardie mediche mancanti in Trentino; nell'ospedale di Locri così come in quello di Salerno e Ravello mancano cardiologi; nella Asl5 di La Spezia mancano rianimatori, così come al Santa Maria della Misericordia di Sorrento dove il reparto di rianimazione resta chiuso per mancanza di personale. In alcune aree interne e periferiche la situazione è anche più allarmante: a Calasetta-Sant'Antioco in Sardegna gli abitanti sono rimasti senza medico di base, come denunciano da tempo i responsabili locali di Cittadinanzattiva; all'ospedale di Lipari manca il diabetologo e 13 infermieri, nel territorio della Valle Olona in Lombardia mancano in tutto 74 fra medici e pediatri.

Sono alcuni dei casi che le cronache locali portano alla ribalta in questi giorni: testimonianza di uno degli aspetti forse più evidenti, quello legato appunto alla carenza di personale sanitario, della cosiddetta desertificazione sanitaria.

Dal **Report Ahead** presentato nel 2023 da Cittadinanzattiva emerge una situazione di carenza di professionisti sanitari molto diffusa e variegata. Andando a vedere i casi più eclatanti nelle singole province emerge che: Asti e provincia contano meno pediatri per numero di bambini rispetto al resto di Italia (ogni professionista segue 1813 bambini fra gli 0 e i 15 anni, la media nazionale è di 1/1061 e la normativa prevede circa 1 pediatra per 800 bambini); nella provincia di Bolzano ogni medico di medicina generale segue in media 1539 cittadini dai 15 anni in su (la media nazionale è di 1 medico ogni 1245 pazienti); a Caltanissetta e provincia c'è un

ginecologo ospedaliero ogni 40.565 donne (la media italiana è di 1/4132); a Bolzano si trova un cardiologo ospedaliero ogni 224.706 abitanti (la media è di 1/6741).

Di questo si è parlato oggi nel corso di un evento presso la sala conferenze di Europe Experience, “Desertificazione sanitaria: verso una nuova alleanza per colmare il vuoto”. L’iniziativa, ospitata dall’Europarlamentare Beatrice Covassi, è stata organizzata da Cittadinanzattiva nell’ambito della XVIII edizione della Giornata Europea dei diritti del malato. Si è trattato di un momento di confronto a partire dalla presentazione dei dati di tre grandi progetti europei – Ahead, Meteor e Oasis – che affrontano il fenomeno della desertificazione sanitaria come urgenza da affrontare su tutto il territorio europeo.

“La carenza di servizi sul territorio, la penuria di alcune specifiche figure professionali, la distanza dai luoghi di salute in particolare nelle aree interne del Paese, periferiche e ultraperiferiche, rappresenta un elemento di diseguità nell’accesso alle cure e alle prestazioni che va affrontato attraverso un’alleanza tra istituzioni, professioni sanitarie e cittadini per elaborare proposte in vista dell’adozione di politiche pubbliche che contrastino il fenomeno e favoriscano un godimento effettivo del diritto alla salute da parte di tutti i cittadini, ovunque essi risiedano”, dichiara Anna Lisa Mandorino, segretaria generale di Cittadinanzattiva.

“La Giornata Europea dei Diritti del Malato è un’occasione preziosa che ci chiama tutti ad agire sul tema del diritto alla salute. Assistiamo anche in Italia ad un crescente fenomeno di desertificazione sanitaria, da tempo evidenziato da Cittadinanzattiva, dove a insufficienti risorse economiche si aggiunge il problema della carenza e della formazione del personale medico sanitario. Dopo l’emergenza da COVID-19 dall’Europa arriva una forte spinta per mettere la salute al centro anche in chiave comunitaria. La prossima legislatura deve andare avanti su questa strada. Dobbiamo garantire una solidarietà intergenerazionale, difendendo e proteggendo la salute pubblica nelle trasformazioni demografiche che viviamo”, è quanto ha dichiarato l’europarlamentare Beatrice Covassi, componente Commissione parlamentare europea per l’ambiente, la sanità pubblica e la sicurezza alimentare.

Le preoccupazioni riguardo alla disponibilità di medici di medicina generale sono aggravate – come emerge dalla **ricerca Oasis** – dal loro profilo di età che risalta come uno dei più avanzati in Europa. Oltre il 55% dei medici ha più di 55 anni di età, più di un quarto raggiungerà l’età pensionabile entro il 2027. Inoltre, sebbene il numero di infermieri sia aumentato gradualmente nell’ultimo decennio, con 6,2 infermieri per 1.000 abitanti nel 2021 l’Italia è ancora notevolmente sotto la media europea di 8,5.

“Nella prospettiva di rilancio del SSN avviata dal PNRR, assume un ruolo cruciale la dimensione qualificante della prossimità come parola-chiave che deve informare di sé i processi di ricostruzione. Il richiamo alla prossimità implica una riflessione compiuta su quanto i servizi siano fuori dalla portata dei bisogni (e in questo senso hard-to-reach), e sulla desertificazione sanitaria come fenomeno complesso da contrastare attraverso i nuovi modelli organizzativi della sanità territoriale e le potenzialità derivanti dall’utilizzo diffuso dell’intelligenza artificiale”, ha affermato Giovanni Baglio, Direttore UOC Ricerca di AGENAS.

Infermieri e medici che lasciano il lavoro

Dal **progetto europeo Meteor**, effettuato in Belgio, Paesi Bassi, Polonia e Italia, emerge che il 16% dei medici e l’8% degli infermieri intende lasciare il proprio ospedale e tali percentuali si invertono se consideriamo l’intenzione di lasciare del tutto la professione sanitaria (lo dichiara il 9% dei medici e il 14% degli infermieri). “Sono maggiormente a rischio gli operatori sanitari più giovani e coloro che lavorano sotto stress, in contesti ospedalieri caratterizzati da carenze organizzative e inadeguatezza di attrezzature e materiali e da un clima interno poco collaborativo e stimolante. Tra le politiche in grado di trattenere la forza lavoro sanitaria, lo studio ha evidenziato come più efficaci quelle a sostegno del personale, la formazione mirata e specifica per la leadership, la retribuzione competitiva, l’alleggerimento del carico burocratico e l’adeguamento delle piante organiche”, dichiara Domenica Matranga, Professoressa ordinaria di statistica medica presso l’Università di Palermo, partner progetto METEOR.

Sono dati confermati anche dalla ricerca condotta da Cittadinanzattiva nel 2023 su 10mila operatori sanitari appartenenti a venti categorie professionali con l’obiettivo di sondare le motivazioni dei professionisti a restare o lasciare il SSN. “Poco meno della metà è soddisfatto del proprio percorso professionale ma in egual misura si dice insoddisfatto del proprio ambiente di lavoro che stimola poco o per niente la realizzazione personale e la crescita professionale. Oltre il 40% dichiara di avere carichi di lavoro insostenibili e quasi un terzo denuncia di essere stato vittima, negli ultimi tre anni, di aggressione (verbale o fisica) da parte degli

utenti. Nonostante queste difficoltà, i professionisti sanitari credono fermamente nel valore del SSN e nella salute come bene pubblico, perché pensano di poter contribuire al benessere della comunità (71,6%). Soprattutto, la maggioranza (83,5%) crede che ogni persona debba avere diritto alle cure di cui ha bisogno indipendentemente dalla gravità delle patologie o dal costo delle cure”, ha dichiarato Valeria Fava, responsabile politiche della salute di Cittadinanzattiva.

https://www.sanitainformazione.it/advocacy-e-associazioni/xviii-giornata-europea-dei-diritti-del-malato-contro-la-desertificazione-sanitaria-serve-una-alleanza-tra-professionisti-cittadini-e-istituzioni/?mkt_tok=MDIwLVNDVC0wNjQAAAGSImLT9Mbmut68bJ9ZtQHgg8EayCYjwTSckQrTq2EzwiL9GDVlv_za047MGcbR7MUv9iOfj485W9TKggexSeZC0p42cWXNu7gdvvpinfoX

Desertificazione sanitaria: verso una nuova alleanza per colmare il vuoto
XVIII edizione della Giornata Europea dei diritti del malato

Roma, 18 aprile 2024

La desertificazione sanitaria: dati e definizioni

Giovanni Baglio

Direttore UOC Ricerca – Agenzia Nazionale
per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS)



Ricostruire il SSN... nel post pandemia

La pandemia ha messo in luce i limiti di
un assetto dei servizi centrato
sull'assistenza ospedaliera, altamente
tecnologica...

...e meno sulle **cure primarie**, sulla sanità
territoriale e sull'assistenza **domiciliare**



Proprio sull'assistenza territoriale, il **PNRR**
ha avviato un processo di trasformazione

...attraverso i nuovi modelli organizzativi
e gli standard contenuti nel **DM 77/2022**

ma soprattutto assumendo come
prospettiva qualificante della ricostruzione
la dimensione della **prossimità**



Quando i servizi sono... *hard-to-reach*

Un ripensamento dell'organizzazione dei servizi impone un'analisi più complessiva della dialettica **domanda-offerta**...

...con riferimento alle situazioni in cui i servizi sono fuori dalla portata dei bisogni (e in questo senso **hard-to-reach**)

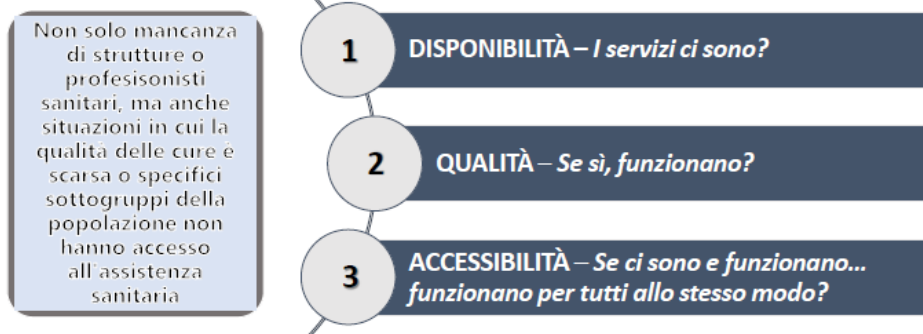


Deserti sanitari: una definizione



Nell'ambito del **Progetto OASES**, la definizione di «deserto sanitario» fa riferimento a situazioni o contesti in cui si manifestino gravi criticità nell'incontro tra **bisogni di salute, domanda e offerta sanitaria**, in altri termini in cui la dotazione è *hard to reach*

Framework
sui deserti
sanitari



Deserti sanitari: la matrice concettuale

SERVIZI SANITARI/ PROFESSIONISTI	DISPONIBILITÀ	QUALITÀ	ACCESSIBILITÀ
OFFERTA in un dato territorio	Presenza Ci sono servizi/professionisti? Quali caratteristiche presentano?	Performance Raggiungono adeguati livelli di qualità nella funzione di produzione?	Fruibilità Sono raggiungibili/utilizzabili da diverse tipologie di pazienti?
OFFERTA in relazione al bisogno	Copertura Sono commisurati rispetto a ciò che sarebbe necessario?	Tutela Garantiscono la funzione di tutela nei confronti della popolazione residente?	Equità Garantiscono parità nell'accesso ai trattamenti e negli esiti?

Deserti sanitari e cure primarie: disponibilità

SERVIZI SANITARI/ PROFESSIONISTI	DISPONIBILITÀ	QUALITÀ	ACCESSIBILITÀ
OFFERTA in un dato territorio	Presenza	Indicatori - N. professionisti attivi (MMG/PLS) per ASL/provincia - Percentuale di professionisti attivi di età ≥65 anni, per ASL/provincia	
OFFERTA in relazione al bisogno	Copertura	Indicatori - Tasso medio di professionisti attivi (MMG/PLS) su popolazione residente (x 1.000), per ASL/provincia	

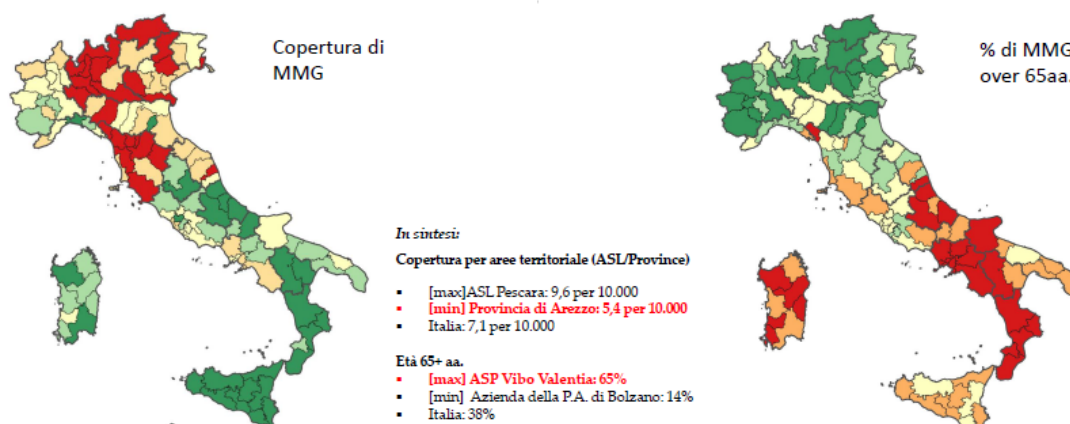
Medici di medicina generale: tassi di copertura e distribuzione per età. Italia, 2023

Regione	Tasso di copertura (per 10.000)	Classi d'età			
		<45 aa. %	45-54 aa. %	55-64 aa. %	≥65 aa. %
Piemonte	7,4	26	8	40	26
Valle d'Aosta	6,6	35	7	32	26
Lombardia	6,2	25	9	37	29
P.A. di Bolzano	6,2	32	23	31	14
P.A. di Trento	6,8	27	12	35	27
Veneto	6,4	24	11	35	31
Friuli Venezia Giulia	6,9	24	9	33	35
Liguria	7,5	27	7	31	35
Emilia-Romagna	6,7	28	11	30	32
Toscana	6,1	27	10	25	37
Umbria	8,0	27	10	27	36
Marche	6,8	23	12	28	37
Lazio	7,6	17	9	37	37
Abruzzo	9,0	18	7	26	50
Molise	8,1	12	6	39	43
Campania	7,0	6	6	35	53
Puglia	7,5	11	6	39	44
Basilicata	8,8	10	6	30	54
Calabria	8,0	4	3	38	55
Sicilia	8,5	15	7	38	41
Sardegna	7,9	10	6	34	50
ITALIA	7,1	19	8	35	38

EUROSTAT 2021.
Copertura MMG
(per 10.000 ab.)

- Portogallo: 29,8
(datocmax)
- Germania: 10,4
- Francia: 13,8
- Spagna: 9,4
- Grecia: 4,7
(datocmin)

Medici di medicina generale: copertura/età per area territoriale. Italia, 2023



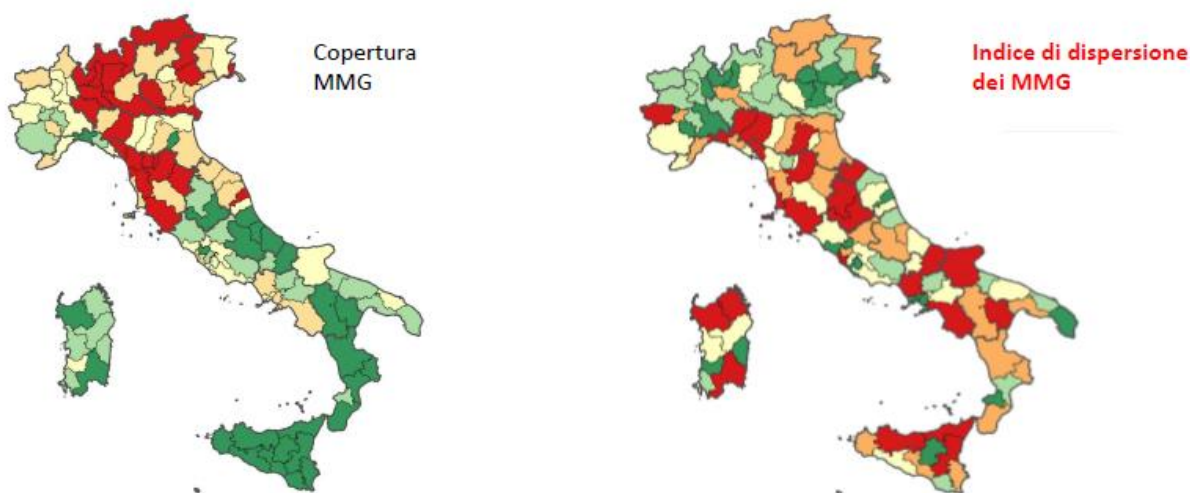
Medici di medicina generale: copertura per area territoriale e **distretto**. Italia, 2023



Deserti sanitari e cure primarie: accessibilità

SERVIZI SANITARI/ PROFESSIONISTI	DISPONIBILITÀ	QUALITÀ	ACCESSIBILITÀ
OFFERTA in un dato territorio	Indicatori - Coefficiente di variazione nel numero di MMG/PLS presenti entro un raggio di 5 chilometri rispetto al centroide di un quadrato di 1km ²		Fruibilità
OFFERTA in relazione al bisogno			Equità

Medici di medicina generale: copertura e **indice di dispersione** per area territoriale. Italia, 2023



Deserti sanitari e cure primarie: accessibilità

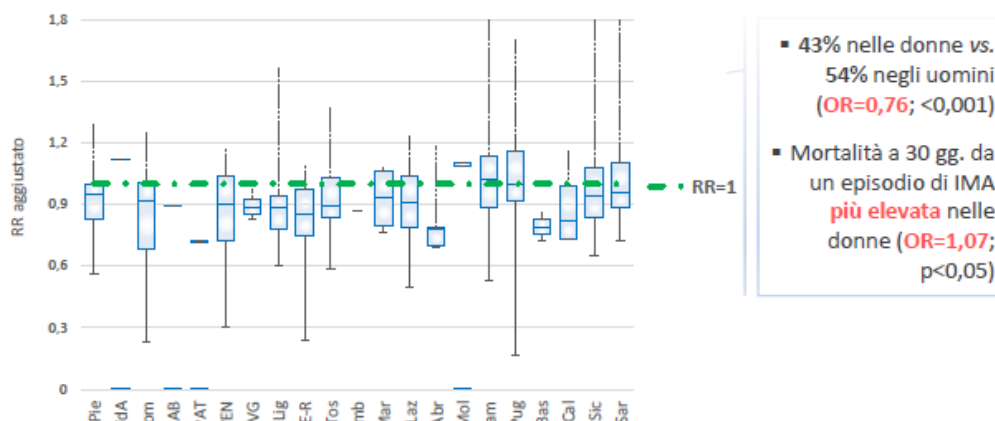
SERVIZI SANITARI/ PROFESSIONISTI	DISPONIBILITÀ	QUALITÀ	ACCESSIBILITÀ
OFFERTA in un dato territorio	Indicatori - Coefficiente di variazione nel numero di MMG/PLS presenti entro un raggio di 5 chilometri rispetto al centroide di un quadrato di 1km ²		Fruibilità
OFFERTA in relazione al bisogno	Indicatori - Disuguaglianze nei tassi di ospedalizzazione evitabile per cittadinanza (fonte: PNE)		Equità

Rischi relativi (stranieri da PFPM vs. italiani/PSA) per
indicatori di ospedalizzazione evitabile e Regione/P.A.
Italia, 2022

Regioni	Infezioni del tratto urinario		Complicanze a breve-lungo termine del diabete		Ipertensione arteriosa	
	RR*	p-value	RR*	p-value	RR*	p-value
Piemonte	1,85	<0,001**	1,94	<0,001**	1,25	0,539
Valle d'Aosta	1,19	0,768	-	-	-	-
Lombardia	0,95	0,370	1,30	0,001**	1,63	0,001**
P.A. Bolzano	0,95	0,808	3,10	<0,001**	1,94	0,155
P.A. Trento	1,77	0,022**	1,66	0,119	3,27	0,006**
Veneto	1,42	<0,001**	1,28	0,032**	1,75	0,008**
Friuli-Venezia Giulia	0,77	0,177	0,91	0,791	1,78	0,142
Liguria	2,15	<0,001**	2,50	<0,001**	2,08	0,011**
Emilia-Romagna	0,88	0,054	1,19	0,107	1,36	0,107
Toscana	1,06	0,579	1,59	0,007**	2,00	0,004**
Umbria	1,06	0,744	2,77	<0,001**	3,17	<0,001**
Marche	2,55	<0,001**	1,50	0,077	2,22	0,016**
Lazio	1,40	<0,001**	1,58	<0,001**	1,36	0,053
Abruzzo	1,92	0,021**	1,50	0,111	1,30	0,607
Molise	1,12	0,914	0,88	0,898	-	-
Campania	1,28	0,242	0,76	0,223	0,65	0,141
Puglia	1,73	0,021**	1,81	0,008**	0,44	0,154
Basilicata	4,14	0,001**	1,88	0,280	1,87	0,384
Calabria	1,56	0,244	0,63	0,253	0,71	0,490
Sicilia	1,21	0,414	1,65	0,020**	0,91	0,817

RISULTATI: differenze di genere

Proporzione di PTCA in STEMI entro 90': rischi relativi (donne vs. uomini)
per Regione/P.A. Italia, 2022



Conclusioni

- Il COVID-19 ci costringe a ripensare la sanità pubblica, a partire dai valori fondativi del SSN e in chiave di “**prossimità**”
- Il richiamo alla prossimità implica una riflessione compiuta su quanto i servizi siano **hard-to-reach**... e sulla **desertificazione sanitaria** come processo complesso da monitorare (disponibilità di dati e misure!) e da affrontare con politiche e attività programmatiche mirate
- Il ricorso alla **sanità digitale** rappresenta una straordinaria opportunità per sostenere (ma non per sostituire) la relazione di cura, soprattutto a vantaggio delle aree più deprivate e delle frange marginalizzate della popolazione

Desertificazione sanitaria: verso una nuova alleanza per colmare il vuoto
XVIII edizione della Giornata Europea dei diritti del malato

Roma, 18 aprile 2024

Grazie dell'attenzione

Giovanni Baglio

baglio@agenas.it



Co-funded by
the Health Programme
of the European Union



Il progetto METEOR

(EU-3rd Health Programme)

a cura di Domenica Matranga, WP5 leader



Mental Health

focus on
retention of
healthcare
workers



Endpoint del Progetto:

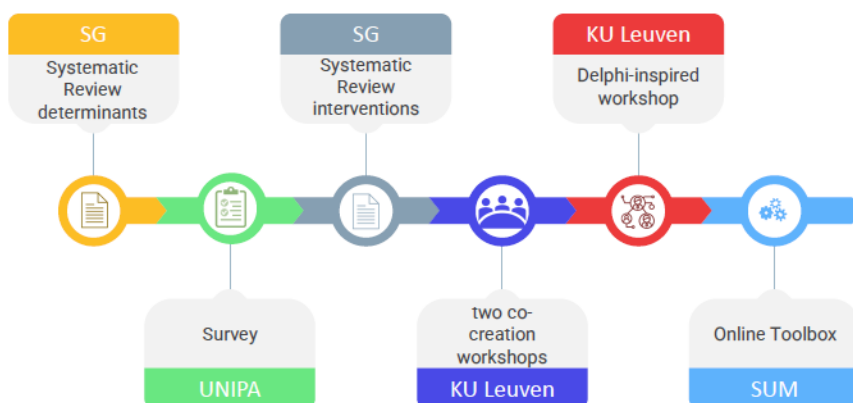


Intenzione di lasciare la professione o l'ospedale da parte di medici e infermieri

1. qual è la portata del fenomeno?
2. quali sono i determinanti?
3. quali proposte e azioni per contrastare il fenomeno?



La metodologia utilizzata dal Progetto METEOR



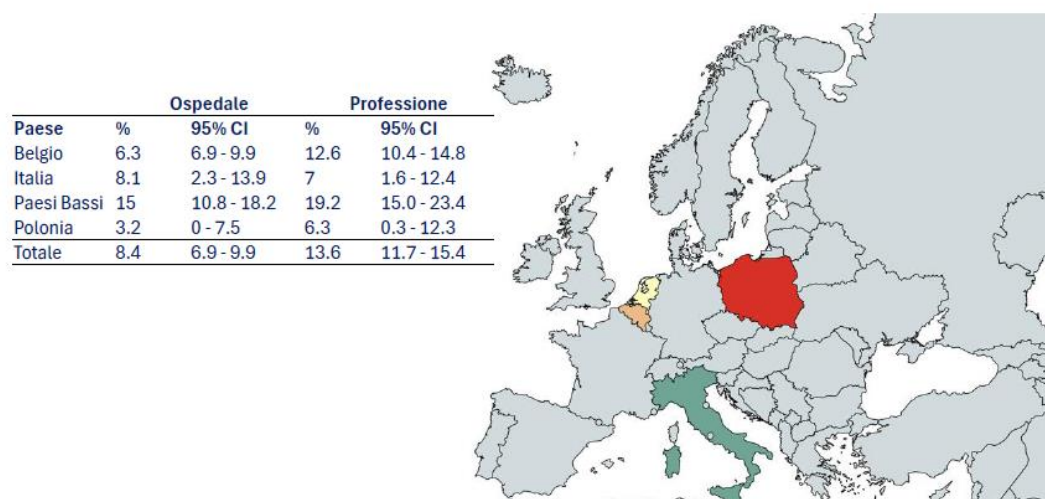
% di Intenzione di lasciare ospedale o professione



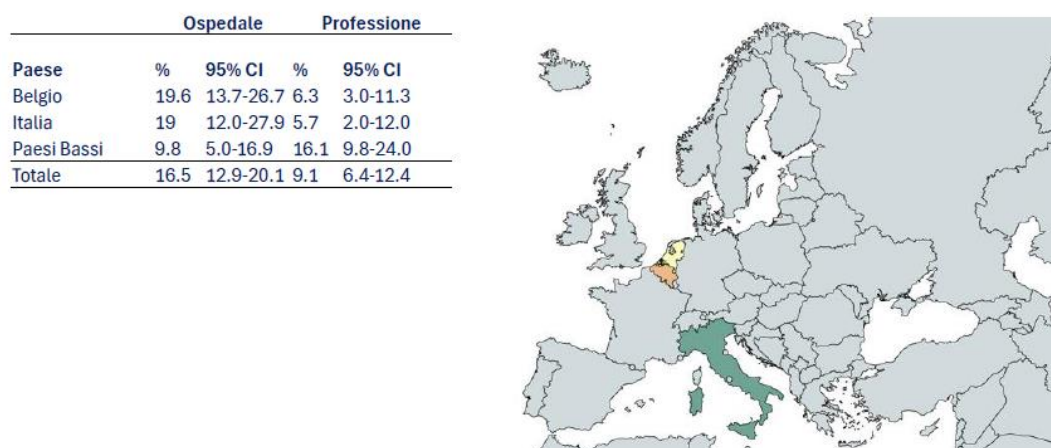
Figure 1: More nurses than doctors intend to leave their profession, while doctors are more likely to want to change employers



% di Infermieri che intende lasciare



% di Medici che intende lasciare



Fattori che influenzano l'intenzione di lasciare il lavoro (H=ospedale; P=professione)

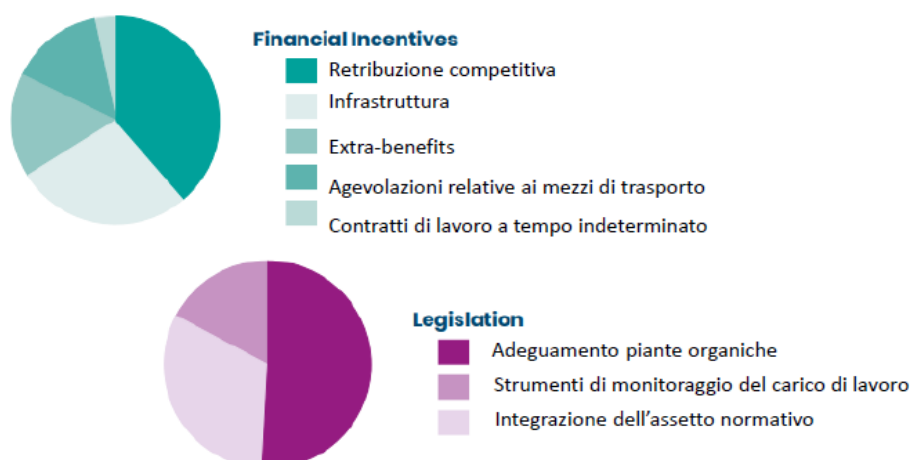


Medici	Infermieri
1. Giovane età ($OR_H=1.10$)	1. Giovane età ($OR_H=1.05$) ($OR_P=1.05$)
2. Prospettive di crescita professionale ($OR_H=2.38$)	2. In prima linea in pandemia ($OR_H=2.06$) ($OR_P=1.84$)
3. Supporto dei colleghi ($OR_H=3.12$)	3. Problemi di salute aggravati dal lavoro ($OR_H=1.49$)
4. Condizioni lavorative ($OR_P=2.77$)	4. Prospettive di crescita professionale ($OR_H=2.68$) ($OR_P=1.84$)
	5. Valorizzazione delle proprie qualità e abilità ($OR_H=2.56$) ($OR_P=2.10$)
	6. Dotazione di attrezzature e materiali inadeguata ($OR_H=2.18$)

Risultati dell'attività di co-creazione



Risultati dell'attività di co-creazione





Co-funded by
the Health Programme
of the European Union

KU LEUVEN



Spoarne Gasthuis

ALD GATE

Questa ricerca è stata possibile grazie a:

European Union, HaDEA (Grant Agreement (GA) No: 101018310)—3rd Health Programme, Multibeneficiary Project Grant (HP-PJ, HP-JA), Topic: PJ-01- 2020-1, Type of action: HP-PJ, SEP-210693712: Project called METEOR (MEⁿTal hEalth: fOCUS on Retention of healthcare workers). The funding source did not influence the study design, the collection, analysis and interpretation of the data, the manuscript writing or the decision to submit the manuscript for publication. Both the views that are expressed and any errors or omissions are the sole responsibility of the authors.

Visita il sito: www.meteorproject.eu



Mental Health focus on
retention of
healthcare
workers



XVIII edizione della Giornata Europea dei diritti del malato

Desertificazione sanitaria: verso una nuova alleanza per colmare il vuoto

Roma, 18 aprile 2024

Esperienza Europa – David Sassoli
Europa Experience – David Sassoli



con il contributo non condizionato di

Johnson&Johnson



Urgenza Personale sanitario

Il personale sanitario in Italia



- I medici in servizio nel SSN corrispondono a poco più di 108 mila

- Le unità con profilo infermieristico costituiscono con un numero assoluto di **279.837**

Desertificazione sanitaria: verso una nuova alleanza per colmare il vuoto



NUMERO MMG (40.250)
- 2178 TRA IL 2019 E IL 2021

NUMERO PLS (7.022)
- 386 TRA IL 2019 E IL 2021

REGIONE	MMG 2019	Rapporto tra cittadini assistibili e MMG 2019	MMG 2020	Rapporto tra cittadini assistibili e MMG 2020	MMG 2021	Rapporto tra cittadini assistibili e MMG 2021
Abruzzo	1.078	1059	1.065	1.056	1.036	1048
Basilicata	475	1052	466	1.062	435	1064
Calabria	1.496	1055	1.494	1.058	1.089	1423
Campania	4.037	1225	3.732	1.295	3.631	1271
Emilia Romagna	2.949	1302	2.947	1.307	2.850	1316
Friuli V. Giulia	809	1320	790	1.352	766	1337
Lazio	4.462	1138	4.350	1.163	4.244	1136
Liguria	1.139	1179	1.109	1.204	1.094	1239
Lombardia	6.091	1408	5.984	1.426	5.774	1490
Marche	1.094	1209	1.083	1.219	1.042	1218
Molise	258	1059	247	1.094	244	1030
Piemonte	2.952	1289	2.946	1.287	2.882	1258
P. A. Bolzano	284		292	1.519	292	1494
P. A. Trento	340	1454	334	1.382	330	1367
Puglia	3.260	1078	3.247	1.078	3.144	1051
Sardegna	1.147	1226	1.168	1.178	1.118	1226
Sicilia	4.000	1059	3.928	1.072	3.871	1034
Toscana	2.622	1241	2.644	1.225	2.653	1194
Umbria	728	1049	729	1.043	719	1020
Valle d'Aosta	84	1291	82	1.328	79	1323
Veneto	3.123	1365	3.070	1.385	2.995	1370
ITALIA	41.428	1224	41.707	1.238	40.250	1237

Desertificazione sanitaria: verso una nuova alleanza per colmare il vuoto



Provincia che vai, carenza di personale sanitario che trovi

Posizione in classifica	Provincia	N° minori per ogni PEDIATRA DI LIBERA SCELTA
1	Asti	1.813
2	Brescia	1.482
3	Novara	1.370
4	Vercelli	1.367
5	Bolzano	1.364
Dato medio		1.061

Posizione in classifica	Provincia	N° persone per ogni MEDICO DI MEDICINA GENERALE
1	Bolzano	1.539
2	Bergamo	1.517
3	Brescia	1.516
4	Treviso	1.445
5	Trento	1.403
Dato medio		1.245

Desertificazione sanitaria: verso una nuova alleanza per colmare il vuoto

Fonte: Elaborazione Cittadinanza Attiva su dati ISTAT 2022



Provincia che vai, carenza di personale sanitario che trovi

Posizione in classifica	Provincia	N° persone per ogni CARDIOLOGO OSPEDALIERO
1	Bolzano	224.706
2	Potenza	105.789
3	Crotone	72.172
4	Caltanissetta	36.941
5	Viterbo	34.137
Dato medio		6.741
Dato migliore	Pisa	3.147

Posizione in classifica	Provincia	N° donne per ogni GINECOLOGO OSPEDALIERO
1	Caltanissetta	40.565
2	Macerata	18.460
3	Reggio Calabria	9.992
4	Viterbo	9.163
5	La Spezia	8.061
Dato medio		4.132
Dato migliore	Roma	2.292

Desertificazione sanitaria: verso una nuova alleanza per colmare il vuoto

Fonte: Elaborazione Cittadinanzattiva su dati Ministero della Salute, 2020



Tenendo presente le **39 province dove gli squilibri, tra numero professionisti e cittadini, sono più marcati**, primeggiano province della **Lombardia, Piemonte del Friuli Venezia Giulia, della Calabria**

Seguono **Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Trentino Alto Adige e Lazio**

Gli interventi del PNRR per potenziare l'assistenza territoriale – Case e Ospedali di comunità

I fondi e i progetti previsti dal PNRR avrebbero la potenzialità di ridurre alcuni gap storici, come quello dell'assistenza territoriale in alcune aree del Paese.

Per questo abbiamo deciso di analizzare anche quante **Case e Ospedali di Comunità** si prevede di realizzare nelle **aree interne** appartenenti alle **39 province dove la carenza di personale sanitario è più marcata**

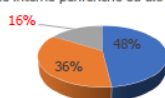
Desertificazione sanitaria: verso una nuova alleanza per colmare il vuoto



Case e Ospedali di Comunità previsti dal PNRR: focus sulle Aree Interne

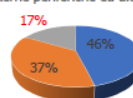
Case della Comunità (1431)

- resto del territorio nazionale (centri)
- aree interne intermedie
- aree interne periferiche ed ultra periferiche



Ospedali di Comunità (434)

- resto del territorio nazionale (centri)
- aree interne intermedie
- aree interne periferiche ed ultra periferiche



A restare quasi **sguarniti** saranno soprattutto gli **oltre 5 milioni di cittadini** che vivono nelle zone periferiche e ultraperiferiche di queste aree: qui sono previste appena il 16% delle 1431 Case ed il 17% dei 434 Ospedali di comunità.

Desertificazione sanitaria: verso una nuova alleanza per colmare il vuoto



In totale, per ben **654.883** italiani che vivono in aree interne periferiche ed ultra periferiche di 7 Regioni, non è previsto alcun Ospedale di Comunità: si tratta di cittadini di alcune province di **Piemonte, Liguria, Valle D'Aosta, Trentino Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Umbria e Marche**.

Aree interne periferiche ed ultra periferiche

Valle d'Aosta: 13 Comuni con 9.191 residenti.
Liguria: 36 Comuni con 24.867 residenti.
In entrambe i casi non è prevista né una Casa né un Ospedale di Comunità

Friuli: 43 Comuni con 38.947 residenti.
Marche: 42 Comuni con 109.512 residenti.
Prevista 1 Casa della Comunità

Regioni che primeggiano per numero di Case della Comunità:

Lombardia (199), Campania (172) e Sicilia (156)

Le stesse Regioni primeggiano per numero degli Ospedali di Comunità:

Lombardia (66), Campania (48) e Sicilia (43)

Addirittura i residenti nei 13 comuni periferici ed ultraperiferici della **Valle d'Aosta** e negli analoghi 36 comuni della **Liguria** non avranno a disposizione nessuna delle due nuove tipologie di servizi territoriali previsti dal Piano di ripresa e resilienza.

Desertificazione sanitaria: verso una nuova alleanza per colmare il vuoto



La survey



dal 6 al 25
Aprile 2023

Cittadinanzattiva in collaborazione con la Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI) e la Federazione Nazionale Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle Professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (FNO TSRM e PSTRP).

Come vivono la loro condizione professionale 10.000 operatori, in rappresentanza di 20 diverse professioni sanitarie



Infermieri, Infermieri pediatrici, Radiologi, Audiometristi, Tecnico di Neurofisiopatologia, Tecnici di laboratorio biomedico, Ortopedici
 Tecnico, Tecnico dell'udito, Tecnico di Fisiopatologia
 Cardiocircolatoria e Perfusioni Cardiovascolari, Igienisti dentali, Dietisti,
 Logopedisti, Podologi, Ortottista - Assistente oculistico, Terapista
 occupazionale, Tecnico della riabilitazione psichiatrica, Terapista neuro e
 psicomotorio dell'età evolutiva,
 Educatori Professionali, Assistenti Sanitari, Tecnici della Tutela
 dell'Ambiente e del Lavoro



La survey

Strumento di indagine: questionario online con 23 domande principalmente a risposta chiusa

Obiettivi del sondaggio:

1. Valutare il clima percepito tra gli operatori sanitari.
2. Identificare gli aspetti critici all'interno dei vari ambiti lavorativi.
3. Comprendere le motivazioni che spingono o ostacolano il personale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).



Aree di interesse del sondaggio:

1. Benessere sul posto di lavoro
2. Riconoscimento politico e sociale
3. Empowerment e crescita professionale
4. Condizioni di lavoro e attrezzature
5. Gratificazione e soddisfazione lavorativa
6. Comunicazione e partecipazione
7. Principi e valori del sistema assistenziale italiano
8. Attrattività del Servizio Sanitario Nazionale



Benessere sul lavoro



Equilibrio tra lavoro e vita privata:

Il 33% fatica a conciliare lavoro e vita privata. Il 35,3% non ha orari di lavoro flessibili. Eppure il 48,8% riesce a preservare la propria vita privata

Problemi di sicurezza:

Il 46,5% non è sicuro/non sa se esiste un sistema per prevenire la violenza sul posto di lavoro.

Supporto per la salute mentale:

Il 65,9% desidera un punto di consulenza psicologica sul posto di lavoro

Vittime di aggressioni negli ultimi 3 anni:

Il 31,6% ha subito aggressioni da parte degli utenti. Il 20,7% ha subito aggressioni da parte dei superiori. Il 18,4% ha subito aggressioni da parte dei colleghi.

Presenza:

Basse percentuali segnalano frequenti assenze per malattia/infortunio (3,1%), difficoltà di concentrazione (7%) e burn-out (13,3%).

Carico di lavoro e supporto:

Il 41,2% ritiene i carichi di lavoro inadeguati. Il 36,3% ritiene insostenibili i ritmi di lavoro. Il 42,2% sente poco o nessun sostegno da parte dei superiori. Il 36,2% si sente supportato dai colleghi.



Riconoscimento e apprezzamento



RICONOSCIBILITA': essere identificato come distinto dagli altri professionisti che operano nel settore sanitario

- Il 75,4% sente poco o nessun riconoscimento da parte della politica
- Il 63,7% si sente non riconosciuto dalle istituzioni
- Il 57,6% non è riconosciuto nel proprio posto di lavoro
- In media, più riconoscimento da parte dei cittadini/assistenti (44,7%) e altri professionisti (46,6%).

APPREZZAMENTO: per la propria professionalità profilo e ruolo

- Apprezzato dai cittadini/pazienti (57,9%).
- Sentono poco o nessun apprezzamento da parte della politica (73,5%), delle istituzioni (64,6%) e nei propri luoghi di lavoro (60,8%).



Empowerment e crescita professionale



Coerenza e soddisfazione:

- Il 53,7% ritiene che il proprio lavoro sia in linea con il proprio profilo professionale
- Il 46,6% esprime soddisfazione per la propria carriera

Ambiente di lavoro:

- Scarsi stimoli alla realizzazione personale (42,6%)
- Scarso incoraggiamento alla crescita professionale (48,5%)

Formazione e competenze:

- Formazione di base adeguata (42%)
- Buona preparazione teorica (45,5%) e pratica (41,9%).
- Formazione nelle soft skills (36,9%)

Formazione continua:

- Insoddisfazione per le opportunità (48,3%) e per i crediti ECM (53,1%).
- Accesso limitato ai corsi allineati con esigenze professionali (34,4%).
- Soddisfazione per la qualità del corso (50,8%).



Condizioni di lavoro e attrezzature



Distribuzione del lavoro:

- Insufficiente equità nella distribuzione del carico di lavoro (**42,3%**)
- Distribuzione disomogenea delle responsabilità (**44,1%**)

Condizioni del posto di lavoro:

- Scarsa soddisfazione per le caratteristiche del luogo di lavoro (**36,3%**)
- Risorse e strumenti adeguati (**solo il 30%**)



Retribuzione e avanzamento di carriera

Insoddisfazione salariale:

- Il **60%** ritiene inadeguato il rapporto stipendio-impegno
- Il **65%** ritiene che lo stipendio non corrisponda alle responsabilità



Avanzamento di carriera:

- Il **67,6%** non vede reali opportunità di avanzamento di carriera
- Il **69,3%** ritiene che l'avanzamento non sia basato sul merito

Diversità e uguaglianza:

- Promozione positiva della parità di genere e culturale diversità (**54,6%**)



Coinvolgimento e partecipazione

Obiettivi dell'Azienda/Istituzione:

- Il **60,4%** si sente estraneo alla definizione di obiettivi e strategie
- Il **47,3%** non può esprimere pareri sulle decisioni di organizzazione del lavoro
- Il **68%** ritiene che le proprie opinioni non siano prese in considerazione nelle politiche aziendali



Impatto sulle politiche sanitarie:

- Il **77,5%** ritiene che le proprie opinioni non si riflettano nelle politiche sanitarie locali posto di lavoro
- L'**81,5%** si sente inascoltato a livello regionale e nazionale.



Punti di forza

I professionisti sanitari credono fermamente nel valore del SSN e nella salute come bene pubblico:

La maggioranza si sente **orgogliosa di contribuire personalmente** a dare risposta ai bisogni sociali e sanitari del cittadino (66,9%) e quindi di poter **contribuire al benessere della comunità** (71,6%).

Crede che ogni persona debba avere **diritto alle cure di cui ha bisogno** indipendentemente dalla gravità delle patologie o **dal costo delle cure** (83,5%)

Motivi per non abbandonare il SSN

Stabilità contrattuale

Amare e credere nella propria professione

Senso del dovere e responsabilità

Qualità del servizio erogato

Desertificazione sanitaria: verso una nuova alleanza per colmare il vuoto



Conclusioni

Riconoscimento della crisi: il carico di lavoro irregolare, le competenze complesse richieste, il coinvolgimento emotivo e le elevate responsabilità sono importanti fonti di stress. Questo stress può influenzare negativamente la qualità della vita, il benessere personale e le prestazioni professionali.

Focus sulle priorità: equo compenso per le proprie competenze e responsabilità, maggiore riconoscimento sociale e istituzionale; gli investimenti in istruzione e formazione continua, nel sostegno, nella prossimità e nelle tecnologie innovative e negli strumenti di comunicazione sono evidenziati come priorità cruciali. Queste azioni possono migliorare la resilienza e l'efficacia dei servizi sanitari, garantendo una migliore assistenza ai pazienti e la fiducia nel sistema.



Conclusioni

Impegno professionale: nonostante le sfide, gli operatori sanitari rimangono ancorati ai valori del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e nel concetto di salute come bene pubblico. La loro dedizione nell'affrontare le esigenze sociali e sanitarie dimostra la loro motivazione intrinseca a contribuire al benessere della società.

Richiesta di azione politica: c'è una chiara richiesta di un approccio multiforme che dia priorità agli investimenti, all'impegno politico e ad una prospettiva centrata sul paziente in un quadro di responsabilità sociale e di equità.



Le professioni sanitarie del futuro secondo Altems e J&J

di redazione 8 luglio 2024 19:47

Managerialità e ibridazione: sono queste, secondo uno studio dell'Alta scuola di economia e management dei sistemi sanitari (Altems) dell'Università Cattolica, le caratteristiche che dovranno assumere gli operatori sanitari per superare le sfide di un sistema sanitario in evoluzione.

Lo studio è stato presentato lunedì 8 luglio a Milano, nella prima giornata della Johnson & Johnson Week "Insieme verso la medicina del futuro".

«Dall'analisi che abbiamo condotto – racconta Federica Morandi, direttrice dei Programmi accademici e ricerca di Altems - emerge chiaramente come il mondo della formazione si trovi di fronte a uno spartiacque con il passato: oggi vi è sempre maggiore consapevolezza rispetto alla necessità di associare alle hard skills, intese come competenze tecniche, anche quelle competenze comportamentali, relative al saper essere che risultano fondamentali per rispondere ai fenomeni di ibridazione e managerialità che interesseranno sempre di più il settore.

Tuttavia, queste capacità sono quelle in cui si registra un alto mismatch rispetto a quanto appreso oggi dagli studenti, rendendo necessario un rapido intervento per integrare i corsi di laurea in questo senso. È un tema che va affrontato con decisione già oggi – sostiene - perché gli interventi che si potrebbero attuare realisticamente produrranno i loro effetti non prima di dieci anni».

Secondo Altems, la sfida per l'attuale sistema formativo non è tanto sui saperi tecnici quanto sulla creazione di un "mindset" diverso per i futuri operatori sanitari, che li renda in grado di seguire con tempestività ed efficacia i trend che l'innovazione e la tecnologia portano nel loro lavoro, sia in termini di processi e servizi che di ruoli veri e propri, oggi ancora embrionali o inesistenti.

Di questi, Altems ne identifica tre: il Responsabile dell'innovazione, il Direttore sanitario 4.0 e il Patient journey manager.

«Lo studio accende i riflettori sull'importanza di dare vita a un cambio di passo nella formazione in ambito sanitario per assicurare che le competenze degli studenti siano le più ampie e variegate possibili, consentendogli di rispondere concretamente alle esigenze di un sistema sanitario in continua evoluzione» commenta Americo Cicchetti, direttore generale della Programmazione sanitaria del ministero della Salute. L'evento dell'8 luglio e tutta la Johnson & Johnson Week, dice Mario Sturion, Managing Director di Johnson & Johnson Innovative Medicine Italia, «vogliono essere testimonianza del cambiamento che abbiamo intrapreso come azienda attraverso il recente rebranding: una vera dichiarazione di intenti, un impegno verso il futuro e un omaggio alla nostra storia aziendale di 138 anni, che esprime al meglio il senso di responsabilità nel rispondere, insieme ai nostri partner, alle nuove sfide della salute del futuro.

Tra queste, il tema delle competenze da costruire oggi per un sistema sanitario più equo, moderno ed efficiente, è quanto mai rilevante e siamo certi – conclude Sturion - che questo studio faccia luce sulla direzione in cui andare a beneficio di tutti i pazienti».

<https://www.healthdesk.it/cronache/professioni-sanitarie-futuro-secondo-altems-ji>

Fnopi: l'assistenza domiciliare infermieristica funziona, il 91,7% dei pazienti è soddisfatto

L'assistenza domiciliare infermieristica funziona: il 91,7% dei pazienti è soddisfatto e la promuove. Nelle Asl le Case della comunità sono ancora poco diffuse (solo nel 27,3% delle aziende), va un po' meglio per i servizi di sanità digitale (presenti nel 57,1% delle Asl), ma il 92,2% garantisce comunque le cure a domicilio con personale infermieristico. Sono i principali risultati della prima analisi sull'assistenza infermieristica domiciliare in Italia Aidomus-It - 'Il contributo dell'infermieristica per lo sviluppo della territorialità' - condotta per 10 mesi del 2023 dal Cersi, Centro di eccellenza per la ricerca e lo sviluppo dell'infermieristica, che ha raccolto ed elaborato i dati su mandato della Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (Fnopi). L'indagine a cui hanno aderito 77 Asl su 110, pari al 75,3% della popolazione italiana, è articolata in tre sezioni: la prima rivolta ai dirigenti delle professioni sanitarie per analizzare gli aspetti organizzativi dell'assistenza domiciliare; la seconda agli infermieri, per rilevare le caratteristiche professionali, della loro attività lavorativa e delle condizioni di lavoro; la terza, rivolta ai pazienti per rilevare la qualità e la soddisfazione dell'assistenza ricevuta.

Quasi la totalità dei pazienti - si legge in una nota - promuove l'assistenza ricevuta a casa: il 91,7% dichiara di essere sempre stato trattato con cortesia e rispetto dagli infermieri, l'86% di aver percepito che si stessero sempre prendendo cura di loro, l'83,3% di essere stato ascoltato attentamente, l'82% di essere stato sempre informato dagli infermieri su tempi e modi del loro intervento. Una valutazione complessiva sull'assistenza domiciliare ricevuta, espressa con voti da 0 a 10, ha meritato una media di 9,3 (con una punta del 9,4 negli anziani). Il numero medio di attività erogate per Asl è 10,1 su 17. Il percorso per il paziente oncologico è presente nel 40,3% delle strutture e le attività per i pazienti cronici sono erogate dal 74% delle Asl, mentre quelle per gli utenti con disabilità dal 59,7%. I servizi di infermieristica di famiglia e di comunità sono erogati dal 68,8% delle aziende mentre, il 26% delle Asl li codifica come 'infermiere di prossimità'. La metà circa delle Asl eroga consulenze infermieristiche specialistiche e i servizi di sanità digitale risultano presenti in oltre la metà delle aziende (51,9%), di cui il 26% con attività di Teleassistenza.

In quasi tutte le Asl sono inoltre garantite le attività di assistenza erogate dagli infermieri: prelievi ematici, medicazioni semplici e avanzate, somministrazione di farmaci, gestione di device, educazione terapeutica, sanitaria, formazione dei caregiver, monitoraggio e misurazioni delle condizioni di salute, valutazione delle condizioni familiari, cure palliative, procedure clinico assistenziali come gestione del catetere vescicale, gestione della nutrizione/dei dispositivi per la somministrazione di nutrizione enterale. Nelle cure domiciliari sono 49,5, su mille abitanti, gli over 65 presi in carico: 16,8 hanno gravi limitazioni per disabilità e 8,2 hanno patologie croniche. Più di 8 infermieri su 10 (83,8%) ha dichiarato di essere soddisfatto o molto soddisfatto del proprio lavoro: solo il 20,1%, se potesse, lascerebbe il lavoro nei successivi 12 mesi. Circa un terzo dichiara un carico di lavoro medio-alto mentre il 10,3% lo ritiene elevato. Rispetto al clima del gruppo di lavoro e la possibilità di erogazione di cure sicure, il 65,8% ha riportato punteggi migliori, con una media di 76,9.

Rispetto alle condizioni psicosociali nei luoghi di lavoro, il 65,8% ha riferito una criticità media. Un infermiere su 5 dichiara di averne subito uno negli ultimi 12 mesi, ma il 36,9% ne ha subito tre o più nello stesso arco di tempo. Grazie alla capillarità delle rilevazioni, lo studio Aidomus ha potuto calcolare il costo giornaliero di un infermiere che opera nel servizio di cure domiciliari, comprendente il tempo speso a domicilio (circa 24 minuti ad accesso), quello per raggiungerlo, per ritornare presso la struttura e per le attività di back-office. Il valore, considerando 6,84 accessi/pazienti al giorno, è di 138,73 euro. L'adequatezza delle stime di costo è stata comparata e confermata anche dall'analisi di 12 capitolati di gara a livello nazionale in 10 Regioni italiane da cui risulta che il costo giornaliero di un infermiere (anche considerando il costo-orario medio appaltato dalle Asl secondo capitolato di gara) è di 152,12 euro per 6,64 accessi. Quindi, se la gestione delle cure territoriali è a carico del Ssn si registra un risparmio e la sostenibilità economica si racchiude in una duplice azione: il valore dell'assistenza domiciliare infermieristica erogata e il mancato costo di ricoveri ripetuti di anziani e fragili.

Lo studio inoltre consente di valorizzare economicamente il reale valore delle attività assistenziali svolte dall'infermiere al domicilio della persona: rapportandole al tariffario ambulatoriale del 2023, il valore della produzione garantita dagli infermieri è pari a 636,31 euro/giorno. Ne consegue che, in caso di mancata erogazione strutturata del servizio e ulteriore carenza infermieristica, si rischia di non poter garantire adeguatamente tali prestazioni in regime pubblico e convenzionato, costringendo il cittadino al ricorso all'out of pocket. Anche per questo la Fnopi ritiene necessario e strategico investire sulla professione infermieristica, sostenendola a tutti i livelli.

“I dati organizzativi dello studio - afferma il Comitato centrale Fnopi - sottolineano la necessità di delineare modelli organizzativi condivisi ed efficaci, basati soprattutto sulle necessità delle differenti categorie di pazienti. I diversi livelli di staffing e skill mix condizionano l'efficienza della risposta del sistema assistenziale. È auspicabile - prosegue - l'implementazione di modelli che prevedano il coinvolgimento di infermieri con formazione specifica nelle cure territoriali”, data anche la soddisfazione espressa dall'utenza. “L'indagine condotta sulla soddisfazione degli infermieri rispetto al proprio lavoro - sottolinea Fnopi - impatta sulla 'retentiv' degli infermieri stessi e dimostra una maggiore attrattività del setting domiciliare specifico. I dati rilevati sulle missed care (cure mancate) permetteranno, con approfondimenti futuri, di determinare i predittori delle nursing missed care sul territorio (anche riferiti alla singola attività) con ricadute positive sui costi dell'assistenza in termini di re-ricoveri impropri. Attraverso le strutture, per ora scarse, quali case della comunità o unità di degenza infermieristiche, sarebbe possibile incrementare la quantità e la complessità degli interventi erogati in ambito territoriale, senza il coinvolgimento delle strutture ospedaliere, con un evidente impatto in termini di risposte ai problemi di salute del cittadino e di riduzione dei costi sanitari. Oggi la distribuzione della tipologia di servizi disponibili e delle relative risorse - conclude la Federazione - non sembra essere sempre in linea con la densità abitativa e dunque con le richieste della popolazione, contrariamente a quanto sottolineato dalla letteratura riguardo alla necessità di adattare il più possibile i modelli alle esigenze dell'utenza”.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2024-07-10/fnopi-l-assistenza-domiciliare-infermieristica-funziona-917percento-pazienti-e-soddisfatto-152643.php?uuid=AFsqPeiC&cmpid=nlqf>



Nursind: per ridurre le liste d'attesa 6 italiani su 10 chiedono più assunzioni di personale

Sei italiani su dieci (il 60% esatto del campione) sono convinti che per risolvere il problema delle liste d'attesa occorra assumere più medici e infermieri e oltre la metà (il 56%) ritiene necessario investire più risorse nel settore pubblico per estendere gli orari dei servizi sanitari.

Mentre è in corso in Senato l'iter del decreto liste d'attesa licenziato dal governo, Nursind ha voluto coinvolgere direttamente i cittadini su questo tema con una survey commissionata a Swg. “

Un sondaggio - commenta il segretario nazionale Andrea Bottega - che rivela da un lato la consapevolezza da parte degli italiani della necessità di interventi concreti e non di misure spot senza risorse e dall'altro anche le loro preoccupazioni sulla tenuta del Ssn. Del resto, il fatto che solo un responder su dieci (11%) sostenga l'ipotesi di un rafforzamento del privato accreditato per abbattere i tempi dei servizi sanitari è spia di un timore crescente nella popolazione circa un progressivo scivolamento verso il privato della sanità”.

Dall'indagine emerge altrettanto chiaramente la convinzione da parte dei cittadini del ruolo che potrebbero giocare gli infermieri per contrastare le lunghe liste d'attesa: il 71% del campione crede infatti che tra visite di controllo post ricovero, medicazioni semplici, piccole suture e prescrizione di presidi sanitari, contribuirebbero a snellire i tempi di risposta.

Un italiano su cinque pensa addirittura che questa soluzione migliorerebbe di molto la situazione.

“Pur volendo, però, il problema numero uno - commenta Bottega - rimane la carenza di professionisti e, ammesso che si voglia assumere personale infermieristico, l'ostacolo da superare è ancora una volta la scarsa attrattività del nostro lavoro.

Un appeal sempre più sbiadito che non solo noi, come parte in causa, ma anche gli italiani (l'84%) adducono in primis agli stipendi bassi e a carichi di lavoro eccessivi, oltre che (l'80%) a un irrilevante riconoscimento del valore della professione”.

Un comune sentire tra cittadini e infermieri che riguarda anche i timori per il futuro. “Condividiamo con gli italiani le stesse ansie - prosegue il segretario -. Ben nove italiani su dieci si dichiarano preoccupati per la grave carenza di infermieri che si profila nei prossimi anni. E noi lo siamo quanto loro. Come diretta conseguenza di ciò, il 53% degli intervistati da Swg teme una riduzione dei servizi pubblici a favore di quelli privati, mentre il 35% una riduzione della qualità delle prestazioni. E noi non possiamo dare loro torto”. Senza contare che “il 39% del campione paventa un allungamento delle liste d'attesa. Una prospettiva cui guarda con timore anche il Nursind, preoccupato già adesso dagli effetti dell'attuale decreto. Non a caso – conclude Bottega - abbiamo subito messo in guardia governo e Parlamento sul rischio di uno spostamento dei tempi d'attesa dalla fase diagnostica a quella terapeutica”.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2024-07-05/nursind-ridurre-liste-d-attesa-6-italiani-10-chiedono-piu-assunzioni-personale-110500.php?uuid=afhsm1wc&cmpid=nlqf>

La carenza infermieristica nella sanità territoriale

G. Barbato, G. Piga

L'Infermiere Online Contributi ISSN 2038-0712 – L'Infermiere 2024, 61:2, e51 – e55 53

Descrizione del fenomeno

Alla luce delle sollecitazioni dell'emergenza pandemica, risulta necessario creare un sistema di servizi diversificato, che risponda ai bisogni complessi della comunità. Il tessuto sociale ed economico in profonda trasformazione porta ad esigere lo sviluppo di metodi e dinamiche innovative e integrative alla programmazione ed erogazione dei servizi.

Negli ultimi 50 anni l'invecchiamento della popolazione italiana è stato uno dei più rapidi tra i Paesi maggiormente sviluppati e si stima che nel 2050 la quota di ultra 65enni ammonterà al 35,9% della popolazione totale, con un'attesa di vita media pari a 82,5 anni (79,5 per gli uomini e 85,6 per le donne) (1). L'Italia detiene il primato europeo sia per aspettativa di vita che per numero di anziani e le previsioni attestano che nei prossimi decenni assisteremo a quello che viene spesso denominato “inverno demografico”.

Revisione della letteratura mirata sul fenomeno analizzato

Le recenti rilevazioni statistiche disponibili su 55 comuni del territorio bolognese confermano queste previsioni. Gli anziani rappresentano infatti il 24,4% (247.900) della popolazione complessiva (1.019.539 abitanti), percentuale che aumenterà di circa il 20% in più entro il 2033, a fronte di tassi di natalità statistici (Figura 1) (2).

I residenti in Italia che al 1° gennaio 2019 hanno compiuto i 75 anni di età sono oltre 7 milioni (7.058.755), l'11,7% del totale della popolazione, donne nel 60% dei casi. Sono oltre 4 milioni e 300 mila (4.330.074) ad aver raggiunto e superato gli 80 anni, oltre i 700 mila (774.528) ad aver compiuto 90 anni: l'incidenza della popolazione femminile, notoriamente più longeva degli uomini, aumenta di 10 punti percentuali tra gli ottantenni e i novantenni, passando rispettivamente dal 63% al 73% (Fonte: Istat, Popolazione residente per sesso, anno di nascita e stato civile).



Figura 1 – Struttura della popolazione del comune di Bologna al 30 dicembre 2021 (Fonte: Servizio studi e statistica Città Metropolitana di Bologna).

Nel 2019, prima della crisi pandemica, gli indicatori di salute degli over 75 si confermano in miglioramento. Ad eccezione delle malattie croniche gravi, più diffuse tra gli uomini (46,0% contro 41,1% delle donne), le donne hanno condizioni peggiori per tutti gli altri indicatori di salute. Forti le differenze territoriali a svantaggio del Sud e delle Isole e le disuguaglianze sociali nella salute. Circa un terzo degli over 75 presenta una grave limitazione dell'autonomia e per un anziano su 10 questa incide sia sulle le attività quotidiane di cura personale che su quelle della vita domestica (Fonte: Report Istat 14 luglio 2021), (Tabella 1).

Tabella 1 – L'autonomia delle persone anziane (Fonte: Report Istat 14 luglio 2021).

32,3% Quota di popolazione over 65 con gravi patologie croniche e multimorbidità Tra gli over 85 è il 47,7%	3,8% Gli anziani con grave riduzione dell'autonomia nelle attività quotidiane di cura personale oppure in quelle della vita domestica	1 mln Gli anziani con bisogno di assistenza o ausili perché non autonomi nella cura della propria persona. La percentuale è del 6,9%
--	---	---

Quota di popolazione over 65 con gravi patologie croniche e multimorbidità Tra gli over 85 è il 47,7% 3,8% Gli anziani con grave riduzione dell'autonomia nelle attività quotidiane di cura personale oppure in quelle della vita domestica 1 mln Gli anziani con bisogno di assistenza o ausili perché non autonomi nella cura della propria persona.

La percentuale è del 6,9% Nel Patto della Salute siglato a dicembre 2019 dal Ministro della Salute con le Regioni era previsto “un potenziamento dell'assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale, per prevenire l'aggravamento delle patologie legate ai processi di invecchiamento della popolazione”. In questo riordino prendeva forma anche una nuova figura, l'infermiere di famiglia, il quale avrebbe avuto il compito fondamentale di assistere le persone sul territorio, alleggerendo il carico degli ospedali dove possibile (L. 17 luglio 2020, n.77).

L'emergenza sanitaria ha arrestato i tavoli di lavoro, ripartiti in qualche modo dallo stesso punto in cui si erano fermati. La pandemia ha riportato alla luce l'urgenza dell'assistenza territoriale in tutta la sua complessità.

Raccomandazioni emerse dall'approfondimento

Come possiamo rispondere alla richiesta del sistema sanitario pubblico e migliorare la comunicazione, sempre più complessa, tra il sistema ospedaliero e quello territoriale? Dal quarto Rapporto Osservatorio Long Term Care Cergas Bocconi Febbraio 2022 – Essity emerge che nelle RSA italiane mancano all'appello il 26% degli infermieri, il 18% dei medici e il 13% degli Oss a causa di una carenza strutturale di figure professionali e tecniche e della sempre più crescente competizione tra settore sanitario e settore sociosanitario nel cercare nuovi professionisti.

Lo studio dell'Osservatorio del Cergas ha coinvolto 598 persone con età media di 37 anni, e 24 Rsa su tutto il territorio nazionale.

I gestori delle RSA intervistati dai ricercatori riportano una situazione critica nella gestione del personale impiegato, i problemi riguardano: il carico di lavoro, la demotivazione del dipendente, i casi di burn out. La carenza di infermieri nelle RSA e nelle case di riposo sta mettendo a serio rischio, i tanti anziani che necessitano di assistenza. Intorno alla presa in carico della persona si rende necessaria la capacità di garantire adeguati livelli di assistenza e cura a tutela degli anziani, anche perché in tempi "pandemici" fra i fattori cruciali che agiscono nel contrasto alla diffusione del contagio si annovera la possibilità di disporre di personale adeguatamente formato.

Già durante la prima ondata, la carenza di personale aveva costituito un forte limite nella capacità delle residenze di fronteggiare la pandemia.

Con la seconda ondata, la carenza di personale si è ulteriormente aggravata dai piani straordinari di assunzione di personale messi in atto dalla sanità ospedaliera. I segnali di allarme sono stati più volte lanciati dalle associazioni di rappresentanza dei gestori di strutture residenziali, che hanno denunciato il progressivo trasferimento di infermieri e operatori sociosanitari dalle strutture verso gli ospedali e le crescenti difficoltà nel garantire, per questo motivo, adeguati livelli di assistenza. Per meglio comprendere la situazione, occorre focalizzarsi sull'inquadramento contrattuale e i livelli salariali del personale all'interno delle strutture.

La carenza di infermieri nelle case di riposo e nelle RSA è legata alla parte economica, oltre al fatto che chi lavora negli ospedali pubblici ha certamente maggiore sicurezza. I protocolli severi creano una eccessiva rigidità che non lascia spazio a soluzioni più aperte a moduli residenziali diversi.

Emerge come lavorare nelle strutture sia penalizzante per i lavoratori, sia sotto il profilo contrattuale che salariale. Inoltre, vi è una norma che obbliga gli infermieri pubblici dipendenti al vincolo di esclusività che li lega all'azienda di appartenenza ed impedisce di effettuare alcuni turni fuori servizio presso le case di riposo. Questo vincolo di esclusività viene annullato per gli infermieri che aderiscono all'attività di somministrazione dei vaccini contro il SARS-COV-2 al di fuori dell'orario di servizio (Decreto Sostegni, approvato il 19 marzo 2021).

La Missione 6 del PNRR prevede un forte investimento rivolto a rafforzare le prestazioni erogate sul territorio nazionale, rese possibili dal potenziamento e dalla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità, gli Ospedalidi Comunità, le Centrali Operative Territoriali), dal rafforzamento dell'assistenza domiciliare, dallo sviluppo della telemedicina e da una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari. È previsto inoltre il rinnovamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti e il completamento della diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico, garantendo una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza, attraverso i più efficaci sistemi informativi, anche mediante il potenziamento della formazione del personale.

In particolare, viene attribuito un ruolo di primo piano all'infermiere di famiglia e comunità, sia negli ambiti delle Case della Comunità sia nello sviluppo del sistema dell'assistenza domiciliare. Il PNRR prevede due miliardi nelle Case di comunità, in cui dovrebbero lavorare in gruppo medici di medicina generale, infermieri, pediatri, fisioterapisti e altri specialisti per ogni mille abitanti. L'assistenza primaria si occupa della salute della persona secondo il modello olistico, tenendo conto della storia personale e psicologica.

Gli anziani hanno bisogno di trovare in prossimità o con prestazioni a domicilio, i servizi delle Case di comunità. Le opportunità previste dal PNRR sono fondamentali per il sistema integrato dei servizi alle persone, anche quelle che vivono in famiglia, in piccole strutture di condominio solidale o in RSA, nei casi più difficili da gestire in autonomia. Sarebbe un vero cambiamento, con la necessaria figura dell'infermiere di famiglia e di comunità in una medicina di prossimità.

Un primo ordine di cambiamenti fa riferimento all'equiparazione dei contratti per gli infermieri delle RSA e quelli della sanità ospedaliera, al fine di frenare la fuga di personale sanitario dalle strutture residenziali. Dal punto di vista pratico, è necessario un contratto collettivo nazionale unico per le professioni sanitarie cui tutti facciano riferimento. In tal modo queste strutture potrebbero essere competitive e assicurarsi il personale necessario per affrontare future emergenze.

Una strategia risolutiva potrebbe essere quella di un progetto condiviso che integri le cure primarie dell'azienda territoriale con gli specialisti ospedalieri.

Potrebbe realizzarsi inizialmente in modo sperimentale con una prospettiva di stabilizzazione a lungo termine. Si tradurrebbe in un sistema di welfare in cui, a spostarsi uno o più volte alla settimana sul territorio in un ambulatorio dedicato, siano i professionisti ospedalieri.

In Emilia-Romagna è presente in particolare il modello organizzativo delle Case della Salute. Rispetto al cosiddetto “modello Veneto”, la visione è molto più territoriale, dal momento che le case della salute integrano già in sé sanità, sociale e volontariato. Il risultato sarebbe un sistema che abbraccia complessivamente la necessità della popolazione non solo sul piano della sanità, ma su tutti i bisogni assistenziali primari, espressi e non espressi, della popolazione sanitaria più fragile (3).

Un tema delicato riguarda il numero di ore che attualmente gli operatori dedicano ai pazienti. Gli attuali parametri stabiliti per le RSA sono spesso insufficienti per assicurare le giuste cure, e molto spesso i familiari pagano di tasca propria per fornire assistenza supplementare.

In questo quadro si colloca un intervento decisivo, all'inquadramento contrattuale del personale impegnato nella RSA, un contratto unico nazionale permetterebbe alle RSA di essere sullo stesso piano degli altri servizi sanitari, evitando la migrazione dei professionisti verso il setting ospedaliero.

Un ruolo determinante verrebbe giocato dall'Infermiere di Comunità, formato con laurea triennale e magari anche magistrale, operativo su tutto il versante della telemedicina, potrebbe seguire bacini di 3-4 mila persone, evitando loro di spostarsi periodicamente in una struttura sanitaria non prossimale. Alcuni punti cardine:

- Potenziare il servizio sanitario nazionale, allineando i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti, anche in considerazione delle criticità emerse durante l'emergenza pandemica;
- Rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari;
- Sviluppare la telemedicina e superare la frammentazione la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio;
- Sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare.

Il Distretto Sanitario sarà la leva di questo nuovo sistema, ce ne dovrà essere uno ogni 100.000 abitanti e sarà deputato al “perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, sociosanitarie, nonché dei servizi socioassistenziali in un'ottica di collaborazione con le istituzioni locali presenti sul territorio, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua e bisogni della popolazione, nonché di uniformità dei livelli di assistenza e di pluralità dell'offerta”.

Il Distretto avrà funzione di committenza (la capacità di programmare i servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni dell'utenza di riferimento anche in rapporto alle risorse disponibili), funzione di produzione (l'erogazione dei servizi sanitari territoriali, contraddistinta da erogazione in forma diretta o indiretta dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali), e funzione di garanzia (garantendo l'accesso ai servizi, l'equità all'utenza mediante il monitoraggio continuo della qualità dei servizi,

La verifica delle criticità emergenti nelle relazioni tra i servizi e tra questi e l'utenza finale). Gli Standard prevedono:

1 Casa della Comunità “hub” Ogni 40.000/50.000 abitanti, Case della Comunità “spoke” e ambulatori di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta considerando le caratteristiche orografiche e demografiche del territorio con l'obiettivo di agevolare la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali;

1 Infermiere di Famiglia e Comunità ogni 2000/3000 abitanti;

1 ospedale di comunità dotato di 20 posti letto ogni 50.000/100.000 abitanti.

Rete cure Palliative:

1 Servizio ospedaliero di medicina e cure palliative multiprofessionale ogni 600.000 abitanti; 1 Unità di cure palliative domiciliari ogni 100.000 abitanti; 1 Hospice con almeno 10 posti letto ogni 100.000 abitanti. L'infermiere di comunità interagisce con ciascuna risorsa presente nelle comunità formali e informali. Non è soltanto l'erogatore di cure assistenziali: diviene la figura che garantisce l'assistenza all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari e sociosanitarie presenti e potenziali che incalzano in modo latente nella comunità. È un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute, è coinvolto in attività di promozione, prevenzione gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità nel sistema dell'assistenza sanitaria territoriale (4).

La FNOPI stabilisce 5 punti cardine su cui articolare il nuovo modello:

1. Rapporto adeguato infermieri-pazienti.
2. Riconoscimento di una chiara leadership di direzione: coordinamenti infermieristici e dirigenze con competenze sociosanitarie.
3. Personale di supporto conformazione adeguata.
4. Valorizzazione di formazione competenze (percorsi su cronicità, fragilità, cure palliative).
5. I rinnovi contrattuali (il rinnovo del contratto nelle RSA manca da oltre otto anni).

Per la FNOPI la forma contrattuale potrebbe essere anche quella libero professionale o convenzionata, in modo tale da poter anche dividere con il MMG il rischio d'impresa. L'idea potrebbe essere quella del MMG "clinical manager" dei pazienti sul territorio e dell'infermiere "welfare manager".

Dopo la giusta diagnosi e la scelta della migliore terapia il paziente ha assoluta necessità di essere seguito, guidato e aiutato nei suoi bisogni di salute con un approccio proattivo e trasversale, prerogative dell'assistenza infermieristica. La visione è quella di un infermiere che lavora in équipe con il medico, vere e proprie équipe sul territorio che siano davvero a fianco del paziente, che diano a ciascuno il suo ruolo nel rispetto delle singole professionalità.

CONCLUSIONI Nei prossimi dieci anni 8 milioni di anziani avranno almeno una malattia cronica grave. Nel 2030, potrebbero arrivare a quattro milioni e mezzo gli ultrasessantacinquenni che vivranno soli, e di questi, 1,2 milioni avrà più di 85 anni.

L'epidemia del COVID-19 ha portato all'attenzione dell'opinione pubblica la realtà delle RSA e dell'assistenza territoriale, per la concentrazione di contagi e decessi provocati dal virus, ponendo interrogativi soprattutto su cosa deve essere una RSA.

La Commissione Tecnica per la Riforma dell'Assistenza Sanitaria e Socio-sanitaria della popolazione anziana, istituita dal Ministero della Salute con apposito decreto dell'8 settembre 2020, nell'ultimo rapporto elaborato, pone l'attenzione sul rendere esigibile il diritto di ogni anziano di invecchiare a casa propria.

Occorre superare l'attuale, drastica frattura tra servizi domiciliari e residenziali al fine di offrire alle persone opportunità che possano fondarsi su un continuum di interventi. Il problema degli anziani critici non si risolve realizzando più strutture residenziali e con più posti letto sulla base dell'attuale modello:

L'innovazione sarebbe realizzare un graduale processo di riconversione a partire da un diverso paradigma al cui al centro collocare l'anziano fragile che, malgrado le sue limitazioni, va considerato come portatore di un suo progetto di vita.

La fragilità dimostrata nel fronteggiare l'epidemia ha fatto maturare l'orientamento a potenziare le RSA nel sistema sanitario e ad innovare il sistema delle cure per la non autosufficienza, progettando in modo organico offerte domiciliari, residenziali e loro interazioni.

Potenziare la tutela a domicilio di non autosufficienti può condurre anche ad un risparmio del SSN, garantendo una minore spesa rispetto ai ricoveri in struttura.

L'assistenza territoriale, che presenta ancora forti disomogeneità a livello regionale, non è più procrastinabile, anche in funzione di equilibri sociali destinati a scomparire, con l'aumento di persone anziane all'interno dei nuclei familiari.

Se oggi ci sono 35 anziani ogni 100 persone in età lavorativa, nel 2050 secondo i dati ce ne saranno quasi il doppio. Un cittadino su due reputa che il numero di infermieri sia insufficiente per garantire l'assistenza non solo in ospedale ma anche sul territorio, i cittadini chiedono soluzioni che promuovano la figura del professionista nella realtà quotidiana della persona.

L'obiettivo è mantenere, e migliorare nel tempo, l'equilibrio e lo stato di salute della famiglia, nella comunità, aiutandola a evitare o gestire le minacce alla salute. La rete territoriale dovrebbe operare in sinergia con la rete ospedaliera, in modo da creare un sistema unificato che coinvolga la persona in una visione olistica. Il potenziamento della figura infermieristica, che da sempre abbraccia questa visione, può essere lo strumento per raggiungere l'obiettivo finale.

La carenza della figura dell'infermiere può essere contrastata con alcune possibili strategie presentate in questo lavoro, che non sono certo esaustive per risolvere il problema, ma possono essere il punto di partenza per raggiungere gli obiettivi prefissati nel PNRR. I

Il cittadino deve aver accesso ad una sanità territoriale rinnovata e innovativa, il professionista infermiere, grazie al suo ruolo strategico per la garanzia della salute della comunità, rappresenta il fulcro di questa

innovazione. L'infermiere, con le sue competenze in continua evoluzione, rappresenta una professione che cresce, si evolve e si innova, a servizio del cittadino e della comunità.

[La carenza infermieristica nella sanità territoriale e51 - e00 \(infermiereonline.org\)](https://www.infermiereonline.org)



Protocols and their effects for medical device-related pressure injury prevention among critically ill patients: a systematic review

Lee, H., Choi, S.

Pubblicato il 17 giugno 2024

<https://doi.org/10.1186/s12912-024-02080-y>

Premessa: Per lesione da pressione si intende un danno localizzato alla cute e/o ai tessuti dovuto a una pressione prolungata, e recentemente è stato definito per includere le lesioni da pressione legate ai dispositivi medici. Le lesioni da pressione correlate ai dispositivi medici si verificano in vari siti e sono difficili da rilevare. Anche se vengono rilevate, i dispositivi medici sono essenziali per la vita dei pazienti gravemente malati. Pertanto, è difficile rimuovere o modificare la posizione del dispositivo medico; la prevenzione è quindi essenziale. Questo studio si propone di integrare la letteratura sui protocolli di prevenzione delle lesioni da pressione legate ai dispositivi medici nei pazienti in condizioni critiche.

I metodi: I criteri di inclusione della letteratura erano: (1) pazienti malati critici, (2) interventi sulle lesioni da pressione correlate ai dispositivi, (3) studi controllati randomizzati e disegni quasi sperimentali e (4) scritti in coreano o in inglese. La ricerca e la selezione della letteratura sono state effettuate seguendo il Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions con il supporto delle linee guida PRISMA.

Risultati: Alla fine sono stati selezionati dodici articoli. L'incidenza delle lesioni da pressione correlate ai dispositivi medici è diminuita dall'8,1-96,7% prima dell'intervento allo 0,3-53,3% dopo l'intervento, rispettivamente. La prevenzione delle lesioni da pressione correlate ai dispositivi medici è risultata efficace nel ridurre l'incidenza delle lesioni da pressione correlate ai dispositivi medici quando applicata a pazienti di tutte le età, dai neonati agli adulti, in diverse unità di terapia intensiva. Le strategie di prevenzione delle lesioni da pressione correlate ai dispositivi medici comprendono l'educazione degli infermieri, la valutazione, la documentazione e gli interventi (igiene, riposizionamento, terapia d'emergenza come medicazioni protettive o attrezzature progettate per ridurre la pressione) per le lesioni da pressione. Le medicazioni per le lesioni da pressione includevano principalmente medicazioni in schiuma idrocolloidale, ma anche le formulazioni idrocolloidali trasparenti hanno ridotto efficacemente i tassi di incidenza delle lesioni da pressione correlate ai dispositivi medici.

Conclusioni: In futuro, è necessario aumentare il livello di evidenza applicando metodi di prevenzione delle lesioni da pressione correlate a dispositivi medici specializzati per diversi dispositivi medici e aree di lesioni da pressione e verificandone l'efficacia.

[Protocols and their effects for medical device-related pressure injury prevention among critically ill patients: a systematic review | BMC Nursing | Full Text \(biomedcentral.com\)](https://www.biomedcentral.com)

Caratteristiche delle competenze di leadership nei dirigenti infermieristici: una scoping review

Silvia Perez-Gonzalez , 1 Pilar Marques-Sanchez , 2 Arrate Pinto-Carral , 2 Alberto Gonzalez-Garcia , 1 Cristina Liebana-Presa , 2 and Carmen Benavides

Pubblicato: 11 luglio 2024

DOI: <https://doi.org/10.1155/2024/5594154>

Obiettivo. Identificare le caratteristiche delle competenze di leadership per il dirigente infermieristico e descrivere gli stili di leadership più citati in letteratura.

Premessa. La leadership è una competenza fondamentale per i dirigenti infermieristici, poiché svolge un ruolo importante nell'ambiente sanitario per raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile e promuovere organizzazioni incentrate sulle persone. Per questo motivo, è importante comprendere le caratteristiche della leadership e lo stile di leadership da utilizzare. **Metodi.**

È stata condotta una revisione dal gennaio 2009 al gennaio 2024 utilizzando il progetto di Gonzalez Garcia et al., il framework di Arksey e O'Malley e database come Web of Science, Scopus e PubMed.

Sono stati esaminati gli articoli che riportavano le caratteristiche della leadership per gli infermieri.

Gli autori hanno eseguito la revisione sulla base di una sintassi di ricerca, di criteri di inclusione ed esclusione e del processo di estrazione dei dati.

Risultati. Sessantadue studi sono stati inclusi nella revisione finale.

La revisione ha identificato 38 caratteristiche relative alle competenze di leadership, tra le quali abbiamo evidenziato la cura degli infermieri come individui, la capacità di visione, la conoscenza, la capacità di cambiamento e la capacità di comunicazione.

Questa revisione evidenzia la prevalenza della leadership trasformativa, che costituisce il 69,57% degli stili di leadership citati, e sottolinea il suo ruolo centrale nel migliorare l'ambiente di lavoro, l'efficacia dell'assistenza infermieristica, la gestione dei conflitti, l'impegno del team e l'adattabilità al cambiamento all'interno delle strutture sanitarie. **Conclusioni.**

Le caratteristiche più comunemente citate della leadership includono la cura del team, la comunicazione efficace e la visione del cambiamento.

La leadership trasformativa, centrata sulle persone e motivazionale è lo stile più appropriato. Implicazioni per la gestione infermieristica. La caratterizzazione delle competenze di leadership consentirà di sviluppare una formazione adatta agli attuali requisiti dei dirigenti infermieristici.

Questa formazione potrebbe essere sviluppata in ambienti di simulazione e realtà virtuale. Inoltre, consente di comprendere più a fondo come la competenza di leadership influisca sui team e sul loro funzionamento.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1155/2024/5594154>

Funzioni, relazioni interprofessionali ed evoluzione infermieristica: andare oltre lo status quo**Walter De Caro**, *Presidente Nazionale CNAI, Executive Board EFNNMA***29 LUG -***Gentile Direttore,*

mi permetto di intervenire nel dibattito suscitato [dalla lettera di Saverio Proia](#) pubblicata recentemente su Quotidiano Sanità. Ritengo che permanga una certa confusione dovuta anche a una visione distorta offerta da alcuni esponenti della rappresentanza professionale.

Costoro, purtroppo, hanno contribuito a considerare come sinonimi i concetti di "competenze avanzate" e "competenze specialistiche", alimentando quella resistenza al cambiamento che appare evidente e il perpetuarsi di uno status quo ormai obsoleto anche nelle relazioni interprofessionali.

Parlare di competenze infermieristiche avanzate nel reale significato comunemente accettato a livello internazionale ha ben poco a che fare con "deregulation" o "escamotage", e forse sarebbe utile ripartire da una maggiore chiarezza.

Le competenze avanzate, come ben esplicitato nella recente [definizione di assistenza infermieristica italiana](#), prevedono l'espansione e l'estensione dell'assistenza stessa. Se attuate, potrebbero consentire all'infermiere di sviluppare quell'autonomia, mai avuta in Italia ma diffusa e apprezzata, in molti Paesi.

Lo stesso vale per l'anello intermedio della granularità infermieristica: le competenze specialistiche, di cui in Italia abbiamo già tanti esempi (wound care, infermiere di famiglia, accessi vascolari) che dovrebbero trovare riconoscimento negli incarichi di funzione crescente.

In questo contesto, va sottolineata la doverosa valorizzazione, in specie economica, su cui devono essere fatti i principali investimenti, dell'attività infermieristica generalista, quella che è e rappresenterà il fulcro della professione.

L'infermiere generalista, laureato, non può e non deve essere sostituito da "assistenti infermieri": la letteratura internazionale è molto chiara sulla riduzione della mortalità con l'aumento del numero di infermieri formati all'università.

Questi sono esempi concreti di attenzione agli esiti, ai risultati che i cittadini chiedono in termini di qualità e sicurezza dell'assistenza e delle cure, al benessere e al coinvolgimento del personale infermieristico. Un simile approccio consentirebbe di avere personale più motivato e responsabilizzato.

Per ottenere ciò, è necessaria davvero una co-evoluzione. Occorre superare le rigidità professionali, anche da parte di alcuni leader istituzionali, aziendali e sindacali, e rendere anche i confini dell'agire professionale più flessibili, soprattutto nell'ambito delle competenze avanzate.

Ai cittadini interessa la salute per tutti, essere protetti e assistiti tempestivamente nelle emergenze e vivere in comunità sane.

Che questo sia garantito anche da infermieri di pratica avanzata e non da medici – assicurando la medesima qualità e sicurezza – non dovrebbe essere un elemento dirimente.

Pensiamo, ad esempio, alla possibilità che un infermiere possa gestire in autonomia l'ammissione e la dimissione da una struttura sanitaria, assistere un paziente durante un'emergenza utilizzando tutti i farmaci e i presidi a disposizione, gestire l'assistenza sanitaria primaria e le cronicità.

Che un infermiere specialista, adeguatamente formato, possa intervenire su aspetti farmacologici e un infermiere con competenze avanzate prescriva farmaci per assistere i cittadini, non dovrebbe far paura o essere ostacolato. In Spagna la prescrizione infermieristica è dominio anche infermieristico fin dalla Laurea abilitante.

La resistenza al cambiamento da parte dei medici e di alcune frange della professione infermieristica è anacronistica. Tutti si dichiarano favorevoli a un approccio collaborativo e multidisciplinare, ma quando si tratta di passare ai fatti si tira il freno a mano.

Si continua a parlare di carenza di medici, quando a essere drammaticamente carenti sono gli infermieri. Si continua a formare lo stesso numero di infermieri e medici senza che ci siano prove a supporto di questa scelta, con il rischio di ritrovarsi con una pletora di medici e le ovvie ripercussioni in ambito accademico.

Si continuano a proporre o presentare proposte di nebulosi e altamente differenziati percorsi formativi regionali e/o accademici di secondo livello, nei fatti ben poco utili agli infermieri e alle esigenze dei cittadini. Continuare su questa strada significa sminuire la professionalità di tanti professionisti sanitari, prendere in giro i professionisti, privare il sistema di risorse preziose e qualificate e contribuire al depauperamento dell'assistenza sanitaria.

Per invertire la rotta, è necessario evolvere individualmente e collettivamente. Una riflessione sulla staticità dovuta anche alle "alleanze" ordinistiche, con una revisione della Legge 3/2018, sulla base delle lezioni apprese in questi anni, potrebbe essere per converso molto utile.

Tornando agli incarichi di funzione, non vanno visti come una mera questione economica e contrattuale, ma come un modo per valorizzare le competenze del personale e garantire un'assistenza migliore.

È vero che l'applicazione degli incarichi di funzione è stata significativamente disomogenea e che in molti casi si è assistito a una anomala proliferazione di incarichi organizzativi a scapito di quelli clinico-professionali, anche a causa di una certa staticità nelle organizzazioni aziendali, di alcune rappresentanze sindacali locali e della importante carenza di risorse.

Tuttavia, questa situazione può essere vista, per dirla con Proia, anche come una sfida da affrontare attraverso una migliore pianificazione e gestione delle risorse umane, e non solo come una mera contrapposizione tra interessi e diritti.

In questo contesto, è fondamentale che i sindacati, le direzioni delle professioni sanitarie e aziendali, e tutte le organizzazioni professionali si adoperino per migliorare e far evolvere, anche con le opportune modifiche, il sistema degli incarichi di funzione, garantendone un'applicazione corretta e trasparente, al fine di evitare disparità e promuovere una cultura del merito e dell'eccellenza.

È tempo che alcuni decisori istituzionali e rappresentanti delle professioni si sveglino dal loro torpore e riconoscano che, per perseguire l'eccellenza e il cambiamento in sanità, è necessario superare gli atteggiamenti monopolistici.

È necessario un ampio coinvolgimento e un dibattito aperto tra ordini, sindacati e società scientifiche, tenendo in considerazione il parere dei cittadini.

L'ostinazione nel mantenere lo status quo nelle relazioni professionali non è solo anacronistica, ma anche pericolosamente miope.

Chi non lo comprende è destinato a rimanere indietro, trascinando con sé un sistema che ha bisogno di innovazione e flessibilità.

In conclusione, esorto tutti coloro che si aggrappano a visioni antiquate, in particolare coloro che occupano posizioni di rappresentanza da lungo tempo, a essere inclusivi e a non arroccarsi a difesa di privilegi.

Il futuro appartiene a chi sa evolvere, a chi ha il coraggio di abbracciare il cambiamento e a chi agisce concretamente per il bene delle professioni e dei cittadini. La domanda è: quanti sono davvero disposti a farlo?

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=123758&fr=n

Incontro FNOPI-CRUI: la buona università può fare la differenza

04/07/2024

“Vogliamo rendere più attrattiva questa importante professione non solo economicamente ma anche con migliori prospettive di carriera.

Un passo fondamentale in questa direzione è l’evoluzione della professione infermieristica verso le specializzazioni universitarie per rispondere alle sfide del futuro e per garantire un’assistenza sanitaria sempre più qualificata ed efficiente”.

Con queste parole il **ministro della Salute Orazio Schillaci** ha aperto, nel suo messaggio, l’incontro “Sfide e opportunità della professione infermieristica” organizzato da FNOPI (Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche) e CRUI (Conferenza dei Rettori delle Università Italiane).

Un confronto istituzionale e un’occasione per illustrare le potenzialità della professione, le criticità persistenti e il ruolo cruciale rappresentato dalla formazione universitaria negli sviluppi futuri del Sistema Salute.

L’iniziativa si è posta come momento di analisi e raccordo tra ciò che chiedono i giovani per il proprio futuro e le risposte che può dare loro la professione infermieristica come scelta di vita. Oggi la carenza di infermieri in Italia è di almeno 65.000 unità, secondo la Corte dei conti, ma nei prossimi dieci anni usciranno dalla professione per raggiunti limiti di età, rispetto al decennio precedente, almeno il quadruplo dei professionisti. L’Italia è il Paese OCSE con meno infermieri per 1.000 abitanti: 6,4 contro una media europea di 9,5 ed è fanalino di coda (sempre nell’OCSE) per laureati in infermieristica ogni 100.000 abitanti: solo 17 contro una media di 48.

Senza un intervento strutturale in grado di ridare attrattività alla professione e di riequilibrare gli organici, la carenza non resta più un problema della professione, ma diventa del Paese e dei cittadini, perché senza infermieri non c’è futuro.

Senza infermieri non c’è salute e non c’è assistenza per una popolazione sempre più anziana, fragile e sola.

“Le soluzioni strutturali possibili – ha sottolineato la **presidente FNOPI Barbara Mangiacavalli** – si basano su tre priorità: incremento della base contrattuale e riconoscimento economico e dell’esclusività delle professioni infermieristiche; riconoscimento delle competenze agite; evoluzione del percorso formativo universitario, con le specializzazioni”.

Per raggiungere gli obiettivi, le proposte FNOPI comprendono anche alcune modifiche normative. La prima è alla legge 43/2006 che regola le professioni sanitarie e stabilisce un ampliamento delle competenze prevedendo per gli specialisti una vera e propria laurea magistrale clinica. In un percorso avviato con il Ministero della Salute, il Ministero dell’Università e della Ricerca, il Consiglio Universitario Nazionale, la Conferenza dei Corsi di Laurea delle Professioni sanitarie, sono state costruite le basi per arrivare all’attuazione di **una revisione delle Lauree Magistrali con l’individuazione delle prime tre aree di sviluppo specialistico: Cure primarie, Cure pediatriche e neonatali, Cure intensive ed emergenza**. Poi, fondamentale per garantire la qualità dell’insegnamento e della formazione sono l’applicazione e il monitoraggio delle linee di indirizzo e dei protocolli d’intesa Università-Regioni, con riconoscimento dell’attività degli infermieri dell’Servizio Sanitario Nazionale che erogano formazione.

In Italia, dall’anno accademico 2010-2011 la perdita di attrattività della professione legata alla scarsa retribuzione e all’impossibilità di un concreto sviluppo di carriera ha portato a una riduzione progressiva della domanda, a fronte dell’aumento di posti a bando per cercare di arginare la forte carenza infermieristica. Si è giunti a 23.627 candidati per 20.337 posti a disposizione, arrivando a 1,2 domande per posto, con Regioni, specie al Nord, che registrano anche meno di una domanda per posto.

“Bisogna cambiare il sentiment su professione infermieristica che è passione, cura, ma soprattutto è una professione moderna che si colloca perfettamente nell’idea dell’ospedale del futuro – ha evidenziato la **presidente della Conferenza dei rettori delle università italiane (Cruì), Giovanna Iannantuoni** – Non si può parlare di ospedale del futuro senza riconoscere la professione infermieristica come parte fondante. Dobbiamo far comprendere ai ragazzi delle superiori quanto sia stimolante e moderna, ma dobbiamo anche coinvolgere in questo discorso la politica. Il nuovo disegno del corso di laurea di Medicina e chirurgia non deve essere un nuovo colpo alle professioni sanitarie, per sminuirle. Lavoriamo quindi insieme affinché questa professione venga riconosciuta per quella che è – ha poi concluso rivolgendosi a Federazione e infermieri – affinché intercetti i giovani, ma anche le scelte della politica e i finanziamenti. Spero che questa sia la prima di numerose azioni comuni di impatto politico sui cui lavorare tutti insieme. Potete contare sulla Cruì e sulla sua presidente per portare avanti le vostre battaglie”.

A conclusione dell’incontro, la **segretaria nazionale FNOPI Beatrice Mazzoleni** ([a questo link le slide del suo intervento](#)) ha commentato: “C’è tanto lavoro da fare. Ma oggi è una giornata importante. Con noi ci sono anche tutti gli infermieri che rappresentiamo. Per e con i quali stiamo lavorando per ottenere risultati progettuali che vogliamo portare al letto del paziente. Non è un punto di arrivo, oggi, ma un punto di partenza”. Nel corso dell’incontro è stato proiettato il video “Infermieri NextGen” che si propone di ridefinire e rinnovare la percezione della professione infermieristica, svelando un mondo di opportunità e possibilità che questa scelta può offrire alle nuove generazioni. Un video che simbolicamente la FNOPI ha consegnato alla CRUI, con l’intento di diffonderlo in tutti gli atenei italiani per incentivare l’arruolamento di nuovi futuri infermieri previsto con il test nel mese di settembre.

Infermieri NextGen – Un nuovo sguardo sulla professione

Nel cuore del progetto “Infermieri NextGen” ci sono i giovani: ragazzi e ragazze che amano viaggiare, conoscere e sperimentare, nati nell’era digitale e spinti da un profondo bisogno di trovare una collocazione sicura in un mondo in costante evoluzione. Il video, ambientato in un ecosistema dinamico, dà voce ai desideri e alle ambizioni di una staffetta di diciottenni, ciascuno con i propri sogni e obiettivi, tutti diversi e tutti importanti. Le immagini vivide mostrano una varietà di scenari professionali: dalle corsie ospedaliere all’emergenza, dalle missioni umanitarie all’uso delle tecnologie più avanzate. Il tono del video è emozionale ma fresco, con un copy giovane e una colonna dalle sonorità elettroniche che risuona con le aspirazioni delle nuove generazioni. L’obiettivo è innescare nei giovani uno “switch” di immaginario, portando alla luce il ruolo reale e moderno della professione infermieristica. “Infermieri NextGen” non è solo un video, ma una call to action per tutti i giovani che desiderino trovare una carriera significativa, ricca di esperienze e possibilità. Un invito a scoprire e abbracciare la bellezza e la complessità di essere un infermiere oggi.

<https://www.fnopi.it/2024/07/04/fnopi-cruì/>



Long Term Care: adeguare i sistemi ai cambiamenti sociali e all'aumento delle persone fragili

Ivano Russo*

L'Italia è in Europa il Paese con l'indice di vecchiaia più alto e al tempo stesso il Paese in cui non ci sono sufficienti interventi di welfare.

La speranza di vita alla nascita della popolazione residente italiana, secondo l'Istat, è di 81,1 anni per i maschi e di 85,2 per le femmine, mentre il tasso medio di speranza di vita in buona salute nel 2021 era di 60,5 anni.

Sul totale della popolazione, sono 14,36 milioni gli ultrasessantacinquenni, pari al 24,3% della popolazione, e secondo le ultime previsioni dell'Istituto tale percentuale è destinata a crescere fino al 35,1% della popolazione nel 2080.

Questo vuol dire che dai 65 anni in poi, una serie di patologie tenderanno a presentarsi, altre tenderanno a cronicizzarsi e colpisce molto il dato che il passaggio da cronicità a fragilità e da fragilità a non autosufficienza arrivi rapidamente, nella maggior parte dei casi nel giro di appena 2-3 anni. L'Istat stima che sono 3,8 milioni le persone non autosufficienti in Italia, la maggior parte delle quali sono anziani.

A fronte di questi dati, è chiaro che con una popolazione che invecchia e con un rapporto tra pensionati over 65 e fascia 0-18 che arriverà addirittura a 3 ad 1 in prospettiva, il tema della tenuta del sistema, della capacità di erogare prestazioni e di soddisfare questi bisogni deve essere assolutamente affrontato.

Diventa quindi centrale discutere di Long Term Care (cioè gli interventi socio-assistenziali pagati dallo Stato che comprendono quelli sanitari, l'indennità di accompagnamento e altre prestazioni) per il futuro del SSN e per il futuro della spesa socio assistenziale, tanto di quella pubblica, in capo agli enti di previdenza e assistenza - soprattutto per quanto riguarda la parte degli assegni di accompagnamento e di invalidità - tanto per i sistemi sanitari regionali e per la spesa locale di regioni e comuni. Si tratta di un tema davvero enorme che riguarda tra l'altro questo Paese in maniera particolarmente forte.

La spesa pubblica complessiva per il Long Term Care è di 38 miliardi di euro. La più importante è sicuramente l'indennità di accompagnamento che, nel 2024, è pari a 531,76 euro mensili, erogata a 1,57 milioni di anziani over 65 anni non autosufficienti, l'11,5% della popolazione over 65 (Osservatorio statistico Inps, anno 2023), per una spesa annua complessiva di 9,3 miliardi (0,65% del PIL). Intanto, la Ragioneria Generale dello Stato ha stimato che, nel 2026, la spesa pubblica per Ltc sarà pari al 1,6% del PIL, mentre le previsioni per il futuro mostrano una crescita progressiva: è stato stimato che nel 2070 la spesa sarà pari al 2,3% - 2,4% del PIL.

Sostenere una spesa per il Long Term Care significa integrare ancora una volta spesa pubblica e spesa privata. Non è possibile che ciò possa essere caricato solo sulla fiscalità generale.

Occorre, come negli altri Paesi europei, coinvolgere tanto il sistema assicurativo quanto quello aziendale dei datori di lavoro, probabilmente sarà necessario renderlo obbligatorio e bisogna tener conto che occorrerà anche un tempo di accumulo per poter considerare questa spesa utile quando le persone ne avranno bisogno, quindi in media dopo i 65 anni.

Sebbene non sia facile un paragone, è opportuno notare che, nei Paesi presi in esame, i sistemi di Ltc sono stati oggetto di riforme recenti per adeguarli ai mutamenti sociali e al crescere delle persone fragili. In Germania, dal 1995, esiste la copertura obbligatoria Ltc per tutti i lavoratori dipendenti.

Il sistema è retto dai contributi versati dai lavoratori, che sono pari al 3,4-3,5% dello stipendio annuo. Il costo dell'assistenza a lungo termine per gli anziani over 65 anni ha raggiunto gli 89,5 miliardi di euro nel 2021, il 2,5% del PIL. La Francia punta molto sull'assistenza domiciliare: 7 su 10 anziani ricevono assistenza a casa.

Le risorse economiche impiegate sono pari a 64,2 miliardi di euro, il 2,6% del PIL. In Svezia il servizio Ltc è quasi interamente a carico dello Stato.

Le risorse economiche impiegate sono di 4 miliardi di euro, il 2,8% del PIL, coperte al 94% dall'intervento pubblico, mentre il restante 6% è coperto dall'out-of-pocket.

**Presidente di ONWS - Osservatorio Nazionale Welfare e Salute*

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-07-09/long-term-care-adeguare-sistemi-mutamenti-sociali-e-crescere-persone-fragili-175018.php?uuid=AFsY2VgC&cmpid=nlqf>

quotidiano **sanita.it**

Un modello ADI che funziona, da non perdere

Marinella D'Innocenzo, ex DG Rieti e socia fondatrice di ASQUAS.

04 LUG -

Gentile direttore,

i cambiamenti demografici, epidemiologici e socio-economici, anche in conseguenza della recente pandemia da SARS CoV2, hanno profondamente trasformato il bisogno di salute dei cittadini e delle nostre comunità.

Da questo è derivata la necessità di riuscire a garantire una risposta efficace in termini di servizi integrati, forniti in particolare attraverso la rete dell'assistenza territoriale. Il combinato disposto del DM 77 e del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR), con particolare riferimento alla componente 1 della Missione 6, si pongono quale obiettivo prioritario per il SSN quello di potenziare il sistema dell'offerta territoriale, attraverso la creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), lo sviluppo della telemedicina, ma anche attraverso la realizzazione di una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari e non ultimo quello del **rafforzamento dell'assistenza domiciliare** e lo sviluppo della telemedicina a supporto della domiciliarità.

L'investimento del PNRR chiamato "*Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e Telemedicina*" si traduce in tre misure: 1) aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare, 2) istituire le Centrali operative territoriali (COT) e 3) potenziare la telemedicina.

Il fabbisogno di risorse per la realizzazione di questo investimento è determinato in 4 miliardi di euro, di cui 280 milioni per l'istituzione delle Centrali operative territoriali (COT), 1 miliardo per la telemedicina e 2,72 miliardi per le cure domiciliari la cui copertura dovrà raggiungere entro il 2026 il 10% degli anziani contro il 6,2% del 2019.

In sintesi, le risorse del PNRR contribuiranno (per il 52%) a sostenere l'aumento dei costi che le Regioni e le Aziende Sanitarie dovranno sostenere per la crescita dell'assistenza domiciliare sul territorio nazionale.

L'investimento del PNRR, Missione 6 rivolto alla telemedicina, attraverso la realizzazione del modello delle Centrali Operative Territoriali, costituisce un ulteriore strumento a disposizione dell'Assistenza Domiciliare per l'assistenza a distanza dei pazienti a domicilio con l'obiettivo di riuscire a migliorare la gestione dei pazienti che hanno più di 65 anni con malattie croniche.

La questione urgente che si pone rispetto agli obiettivi ambiziosi del DM 77 e del PNRR è quella di un ripensamento complessivo del modello di Assistenza Domiciliare storicamente vigente e caratterizzato da interventi di minima intensità e durata assai ridotta senza una risposta di sostegno concreto alle esigenze legate alla non autosufficienza.

Le Aziende sanitarie si trovano di fronte alla necessità di ridisegnare un modello di Assistenza Domiciliare che favorisca per quanto possibile la permanenza degli anziani a domicilio, attraverso sostegni adeguati anche di long-term care, e in grado di garantire risposte integrate e coordinate tra Asl e Comuni superando la frammentazione degli interventi a garanzia dei LEA.

Il tema dell'assistenza domiciliare rappresenta per ogni Azienda Sanitaria, dunque, la sfida centrale per i prossimi anni, tesa a rendere il Servizio Sanitario più vicino alle persone e alla Comunità, più accessibile, fruibile e punto di riferimento imprescindibile per dare valore al concetto di "salute" nelle diverse fasi della vita delle persone.

La pandemia causata dal COVID-19 ha, infatti, evidenziato maggiormente la mancanza di adeguate cure di prossimità in molte aree del Paese con allarmanti differenze di mortalità ed ospedalizzazione.

Il modello di riorganizzazione delle cure territoriali e l'ADI della ASL di Rieti

In quest'ottica, l'esperienza dell'Assistenza Domiciliare della ASL di Rieti, messa in atto nel periodo post-pandemico 2020-2022, ha costituito e costituisce tuttora, un esempio di buona pratica che si colloca all'interno di un processo di riorganizzazione complessiva del sistema delle cure territoriali della provincia reatina, già disegnato dal Piano Territoriale aziendale del 2022, e che si fonda su un approccio unitario ed una visione strategica sistemica, olistica, di sviluppo delle reti sanitarie e sociali, di creazione di valore per la Comunità (anche attraverso sperimentazioni su larga scala con forme di co-produzione dei servizi) riconoscendo nella prevenzione, nella prossimità e proattività delle cure, nella sinergia tra i diversi stakeholder dei diversi settori interessati, i nuovi paradigmi per innovare e sviluppare l'assistenza territoriale.

Nel 2022, attraverso il Piano Territoriale, la ASL di Rieti ha inteso promuovere le condizioni per rendere attrattivi i servizi, rispondere ai bisogni legati alle fragilità e cronicità, ma anche all'acuzie e alla gestione delle patologie a media e bassa complessità. Cinque sono state essenzialmente le traiettorie strategiche *mission-driven* del cambiamento organizzativo:

1. **Proattività e prossimità delle cure**, quale strumento per il superamento delle disuguaglianze ed iniquità nell'accesso e per la garanzia a tutti i cittadini della presa in carico;
2. **Territorio come polo della governance** e dell'attuazione di politiche integrate;
3. **Integrazione orizzontale e verticale** (strutture-servizi-professionisti) per garantire la struttura delle reti di cura, e la continuità assistenziale;
4. **Standard di garanzia** attraverso un nuovo **modello di servizio** esplicito e strutturato;

L'Ecosistema digitale ha costituito l'infrastruttura trasversale ai percorsi e processi che caratterizzano la presa in carico durante tutte le fasi del percorso del paziente nei diversi servizi e a domicilio;

Figura 1 - Le 5 traiettorie strategiche del cambiamento



Il territorio ha costituito e costituisce infatti la porta di accesso alle cure e il perno intorno al quale costruire risposte ai bisogni di salute della comunità; rispetto a questa premessa, il Piano Territoriale della ASL di Rieti ha puntato a:

- **Irrobustire la prevenzione delle malattie** attraverso un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche fondato su un'assistenza proattiva all'individuo dalle fasi di prevenzione ed educazione alla salute fino alle fasi precoci e conclamate della condizione morbosa;
- **Realizzare un'adeguata programmazione dei servizi** attraverso:
- **La stratificazione dei diversi livelli del rischio** sulla base dei bisogni socioassistenziali. La stratificazione della popolazione, omogenea su tutto il territorio reatino per profili di rischio, attraverso algoritmi predittivi, consente di differenziare le strategie di intervento per una presa in carico degli assistiti mirata e personalizzata in relazione al livello di rischio del bisogno di salute garantendo l'equità di accesso all'assistenza sanitaria;
- **La tassonomia** dei servizi erogati dalla rete territoriale superando gli stretti confini del modello "fisico" attuale verso una compenetrazione e coordinamento di più setting e saperi disciplinari;
- **La sinergia tra** la governance dell'**Azienda Sanitaria** e la rappresentanza degli **Enti Locali** che appare essenziale e strategica per la **programmazione condivisa** e responsabile di attività di:
- **Prevenzione e promozione della salute** per gli stili di vita corretti e per il benessere diffuso attraverso un approccio che mira al coinvolgimento di più soggetti interessati, che favorisca la

promozione di comportamenti favorevoli alla salute, fornendo alla persona gli strumenti critici per prendere le decisioni migliori per il proprio benessere, agendo sui propri contesti di vita attraverso campagne informative e di educazione alla salute;

- **Tutela dei “determinanti di salute” negli ambienti di vita, lavoro, scuola, sanità, nelle comunità** sia nei contesti urbani che rurali attraverso politiche che puntino a migliorare la salute del cittadino favorendo l’invecchiamento attivo;
- **Perseguire l’integrazione quale strumento di inter settorialità tra i diversi ambiti** (scuola, lavoro, sociale, sanità) anche in funzione di obiettivi comuni finalizzati alla realizzazione del **principio della “salute in tutte le politiche”**: essenziale è stata l’esperienza 2020-2022 dell’“integrazione dei modelli sociosanitari e socio-assistenziali attraverso un Progetto di Salute condiviso tra i diversi portatori di interesse a livello locale per favorire la presa in carico consapevole e proattiva su bisogni socioassistenziali ed il coordinamento degli interventi necessari. Al fine di consentire una programmazione condivisa, unitaria e coerente in relazione ai bisogni socio- sanitari del territorio, i Distretti Sanitari hanno operato, inoltre, in raccordo con i Comuni per coniugare la loro azione programmatica in riferimento agli aspetti socio-sanitari attraverso gli strumenti di programmazione del distretto: Piano di Zona (PdZ) e Programma delle Attività Territoriali (PAT). Vedasi l’esperienza di Magliano Sabina di progettazione condivisa sul potenziamento e trasformazione della Casa della Salute in Casa di Comunità.
- **Rafforzare l’azione di governo della domanda/offerta da parte del Distretto** quale sede privilegiata di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari e sanitari territoriali e centro di riferimento per l’accesso a tutti i servizi dell’ASL. Le funzioni del Distretto possono essere ricondotte a:
- **Funzione di committenza**, ossia la capacità di programmare i servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni dell’utenza di riferimento anche in relazione alle risorse disponibili;
- **Funzione di garanzia**, ossia di assicurare l’accesso ai servizi, l’equità all’utenza attraverso il monitoraggio continuo della qualità e sicurezza delle cure e dei servizi, la verifica delle criticità emergenti nella relazione tra i servizi e tra questi e l’utenza finale;
- **Funzione di produzione**, ossia di erogazione dei servizi sanitari territoriali, è caratterizzata da erogazione in forma diretta o indiretta dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali.

Il modello di governance dell’Assistenza Domiciliare nella ASL di Rieti

La provincia di Rieti è caratterizzata da una bassa densità di popolazione in un territorio prevalentemente montuoso. La popolazione ha un indice di vecchiaia tra i più alti in Italia.

L’ADI della ASL di Rieti prima del 2020 si componeva di 5 Centri di Assistenza Domiciliare (CAD), e di un sesto CAD (Accumoli) funzionalmente separato per motivi geografici e legati all’evento sismico del centro Italia, ma operante all’interno di uno dei 5 CAD esistenti.

Dal punto di vista organizzativo, la situazione era caratterizzata da:

- Frammentarietà dei processi, con diverso tipo di prestazioni eseguite nei vari CAD e disomogeneità dell’offerta sanitaria domiciliare
- Servizio ADI articolato principalmente nella fascia oraria antimeridiana, senza la possibilità di eseguire prestazioni serali tempo-dipendenti (per esempio somministrazione di antibiotici)
- Vari numeri di telefono per i singoli CAD, con orari non uniformi, con difficoltà da parte degli utenti a contattare il personale aziendale.
- Continuum assistenziale non adeguato, soprattutto in caso di spostamento dei pazienti da un CAD all’altro, o turnazione del personale infermieristico, con assenza di una centrale di ascolto dedicata
- Difficoltà a determinare l’esatto fabbisogno di risorse per difficoltà nel reperimento dei dati necessari e della fase di progettazione dell’offerta
- Assenza di una cartella sanitaria centralizzata informatizzata del paziente che permetta un’immediata rilevazione dei bisogni e pianificazione degli interventi con certificazione degli stessi.

Dopo l’esperienza legata al COVID, a partire dal 2020 è stata operata una profonda reingegnerizzazione dell’Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), con la centralizzazione dell’organizzazione della presa in carico in un’apposita Centrale Operativa ADI aziendale, e con l’istituzione di una Centrale Unica di Ascolto e Programmazione gestita da personale infermieristico (integrato all’occorrenza da personale medico).

Alla Centrale Unica ADI Aziendale, con sede presso la ASL di Via del Terminillo, sono state attribuite (auspicando che continui anche nel futuro) funzioni di programmazione, di coordinamento (tra i diversi

servizi e professionisti sanitari) e di rendicontazione degli interventi di assistenza domiciliare e delle relative risorse necessarie (personale e beni farmaceutici e dispositivi) supportata da un'apposita piattaforma dell'ecosistema digitale aziendale che consente di condividere le informazioni e/o i dati dei pazienti e di assistere i pazienti in carico a domicilio anche da remoto (attraverso il teleconsulto e la teleassistenza).



La Centrale Unica ADI è attiva ancora oggi (nella speranza che rimanga tale) sulle 12 ore per 6 giorni a settimana su 365 giorni l'anno

Sul piano logistico, per una maggiore rapidità negli spostamenti sul territorio, tenuto conto della variabilità geomorfologica e della difficile viabilità, sono state identificate anche delle postazioni territoriali periferiche adibite al parcheggio degli automezzi e allo stoccaggio dei materiali consumabili, in corrispondenza delle ex-sedi CAD (Osteria Nuova, Sant'Elpidio, Poggio Mirteto, Antronico, Accumoli).

Adiacente alla Centrale Unica ADI è stata poi contestualmente istituita una Centrale ADI di Telenursing telefonico con numero unico, attiva 12 ore al giorno con operatori esperti dedicati che svolge funzioni di *assessment*, presa in carico e gestione della continuità assistenziale relativamente all'integrazione tra ADI, setting ospedalieri e territoriali

Il modello della Centrale Unica ADI, così strutturata e supportata anche dalla funzione della Centrale ADI di Telenursing, ha consentito di ottimizzare le risorse disponibili ed efficientare l'organizzazione delle attività clinico-assistenziali garantendo tempestività attraverso la presa in carico precoce dei pazienti in assistenza domiciliare.

La creazione di una Direzione dedicata, all'interno del Dipartimento del Territorio, al governo operativo dell'assistenza domiciliare, ha consentito l'unitarietà della risposta su tutto il territorio provinciale, superando una frammentazione e disomogeneità nella presa in carico, nei tempi di erogazione e di risposta, garantendo uno standard di servizio e di tempi di risposta unitario e ispirato ai principi di proattività e di continuità delle cure, con la persona e la sua famiglia al centro del modello organizzativo e gestionale.

Gli strumenti informativi e tecnologici

Al fine di migliorare la qualità e la sicurezza del servizio, sono state definite procedure uniformi e opportuni strumenti operativi e di gestione del rischio clinico ad uso del personale operante in ADI.

L'aumento dell'affidabilità organizzativa e la contestuale valorizzazione delle competenze del personale, hanno consentito di ampliare il ventaglio di offerta delle prestazioni, che in precedenza venivano eseguite solo in ospedale e che invece sulla base di procedure e protocolli specifici hanno iniziato ad essere erogate a domicilio (quali ad esempio, il posizionamento di accessi venosi tramite guida ecografica con dispositivi palmari, posizionamento di kit di telemonitoraggio avanzato per pazienti fragili, multi cronici e post-acuzie, esecuzione di elettrocardiogrammi domiciliari con tele refertazione specialistica, sostituzione porzione esterna della gastrostomia percutanea, gestione degli accessi centrali, ecc.), ma anche di introdurre in sicurezza l'uso di tecnologie per la telemedicina e la teleassistenza ad integrazione delle metodologie di assistenza tradizionali.

Inoltre, lo sviluppo e l'implementazione della piattaforma digitale (in collaborazione con Edinext Srl), ha consentito di svolgere effettuare le seguenti attività in modo tracciato e sicuro:

- Pianificazione degli interventi e delle relative risorse con ausilio della geolocalizzazione e di apposita agenda informatizzata;
- Rendicontazione dell'esecuzione degli interventi, sia per la asl, che per la regione (flusso SIAT)

- Deposito della documentazione sanitaria prodotta nelle cartelle dei pazienti (score, piani assistenziali individuali, materiale fotografico, allegati, consensi, questionari di gradimento)
- Verifica degli interventi effettuati con elaborazione di indicatori al fine di stratificare la popolazione servita in base al livello socio-sanitario, in confronto con il carico assistenziale erogato, al fine di mirare e razionalizzare il servizio
- Supporto alla centrale adi di tele nursing
- Supporto al singolo operatore, con tabella di marcia su dispositivo portatile
- Supporto a garanzia della dovuta integrazione, ai presidi distrettuali (PUA) e all'ospedale per l'invio delle richieste di attivazione adi (modelli unici) e di prestazioni adi (impegnative).
- Integrazione con anagrafica regionale ASUR e con anagrafe vaccinale AVR.

L'uso della piattaforma digitale ha, infine, consentito di mettere in connessione i vari presidi della ASL, garantendo una vera integrazione sia orizzontale che verticale, e permettendo la condivisione sia dei flussi informativi amministrativi (domande di inserimento in ADI e richieste di prestazioni ADI), sia delle di quelli clinico-assistenziali (PAI, PRI, schede di dimissione infermieristica, documentazione sanitaria, ecc). In particolare, la messa in rete con:

- l'Ospedale ha offerto nel tempo e offre tuttora un supporto fattivo per la facilitazione delle dimissioni concordate/difficili;
- i PUA facilitano l'informazione e l'attivazione dei percorsi assistenziali;
- il Servizio Sociale distrettuale per l'attivazione dei percorsi socio-assistenziali nelle situazioni di fragilità sociale, con apposito modulo "sociale" contenente anche questionario specifico somministrabile in corso di UVM, che facilita il processo di integrazione socio-sanitaria, peraltro già prevista anche nei Piani di Zona condivisi con i Distretti sociali dei Comuni della provincia di Rieti e fortemente sostenuta già a partire dal Piano delle Cronicità (2020) e dal Piano Territoriale (2022).

La formazione del personale

La messa a terra del nuovo modello per l'assistenza domiciliare ha richiesto un potenziamento delle competenze soprattutto digitali dei professionisti sanitari coinvolti ma anche la realizzazione di attività di educazione/informazione e, ove necessario, di alfabetizzazione digitale e/o addestramento all'uso dei *devices* da parte dei cittadini e dei relativi caregiver.

Al riguardo, sono stati rilevati i bisogni formativi del personale operante in ADI, tramite apposite schede di valutazione, e sono stati istituiti dei percorsi formativi ad hoc teorico-pratici (anche *on-the-job*) per lo sviluppo ed il mantenimento delle competenze del personale infermieristico e tecnico.

I risultati raggiunti dal modello ADI della ASL di Rieti

La ASL di Rieti ha raggiunto standard di produzione di prestazioni ADI elevati, già a partire dal 2020, ancor prima degli obiettivi individuati dal PNRR per il 2026, aumentando progressivamente il numero delle prese in carico di anno in anno.

	Popolazione over 65 (dati ISTAT 2022)	Pazienti in ADI nel 2023	Percentuale 2023 (indicatore PNRR)	Pazienti in ADI nel 2024 (al 20/06/2024)	Percentuale 2024 (al 20/06/2024)
Roma 1	242.050	17.037	7,04%	11.379	4,70%
Roma 2	286.073	20.062	7,01%	15.539	5,43%
Roma 3	134.386	9.313	6,93%	4.700	3,50%
Roma 4	70.133	4.840	6,90%	3.928	5,60%
Roma 5	102.149	9.944	9,73%	6.930	6,78%
Roma 6	121.465	8.099	6,67%	6.083	5,01%
Latina	127.366	10.433	8,19%		
Frosinone	116.847	6.142	5,26%	4.794	4,10%
Viterbo	78.769	5.861	7,44%	4.056	5,15%
Rieti	40.693	4.735	11,64%	4.149	10,20%
Totale Regione (esclusi i dati di Rieti)	1.279.238	91.731	7,17%	57.409	4,98%

I pazienti presi in carico in ADI nell'anno 2023 sono stati 4735, cioè l'11,64% degli over 65, a fronte di una media regionale del 7,17%. I dati dei pazienti in ADI nei primi mesi del 2024 (aggiornati al 20/06/2024) indicano che sono stati presi in carico 4149 pazienti, cioè il 10,20% degli over 65, a fronte di una media regionale del 4,98% nello stesso periodo. I dati a fine anno saranno verosimilmente ben superiori rispetto

a quelli del 2023. L'obiettivo PNRR è stato raggiunto dalla ASL di Rieti, già nel primo trimestre dell'anno in corso, grazie al modello istituito già a partire dal 2019 e andato a regime nel 2022.

Oltre che superiori alla media regionale, i numeri del servizio ADI della ASL di Rieti sono molto superiori alla media italiana (3,27% degli over 65 presi in carico in Italia nel 2022; fonte Ministero della Salute, report Italia Longeva 2023), ed è in linea con le nazioni più virtuose del mondo (Germania 15,6%, Svizzera 18,4%; fonte WHO, *Report Global Health Observatory*, 2022).

RAGGIUNGIMENTO DEL TARGET ADI 2024: MONITORAGGIO DELLO STATO DELL'ARTE

ASL	22-mag		20-giu		24-giu		2-lug
ROMA 1	4,21%	+0,54%	4,75%	+0,10%	4,85%	+0,22%	5,07%
ROMA 2	5,02%	+0,47%	5,49%	+0,10%	5,59%	+0,13%	5,72%
ROMA 3	3,07%	+0,47%	3,54%	+1,95%	5,48%	+0,23%	5,71%
ROMA 4	5,24%	+0,43%	5,66%	+0,05%	5,71%	+0,11%	5,82%
ROMA 5	6,14%	+0,72%	6,86%	+0,06%	6,92%	+0,12%	7,04%
ROMA 6	4,58%	+0,48%	5,06%	+0,07%	5,13%	+0,09%	5,22%
FROSINONE	3,47%	+0,68%	4,15%	+0,14%	4,29%	+0,22%	4,51%
RIETI	9,73%	+0,58%	10,31%	+0,05%	10,36%	+0,10%	10,46%
VITERBO	4,66%	+0,54%	5,21%	+0,04%	5,25%	+0,13%	5,38%
LATINA							8,14%

Gli indicatori di complessità del servizio permettono di andare oltre i semplici numeri dei pazienti presi in carico. Anche in tal caso l'ADI di Rieti mostra una complessità media di presa in carico (numero di prestazioni per paziente) molto elevata rispetto ai parametri regionali e nazionali.

Conclusioni

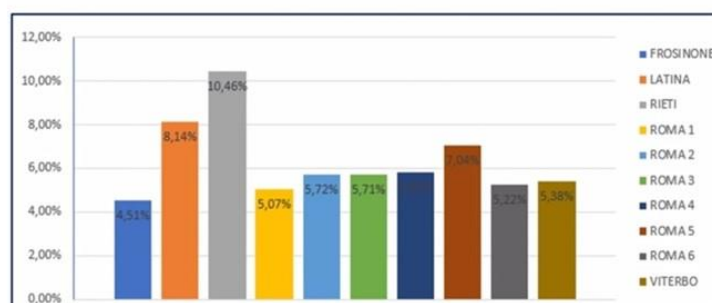
I volumi di attività raggiunti dall'ADI della ASL di Rieti rendono giustizia al lavoro operato in termini organizzativi e a tutti gli aspetti della qualità del servizio offerto. Basti pensare che tali risultati sono stati raggiunti con un servizio prevalentemente pubblico (98,84% dei pazienti ADI sono stati a partire dal 2019 sempre a gestione diretta), un unicum nel panorama del Lazio, dove le cure domiciliari sono state e lo sono tuttora spesso appannaggio degli Enti Privati accreditati.

In ragione dei risultati raggiunti, sarebbe auspicabile che tale esperienza non si perda a vantaggio di logiche di mercato che non possono e non potranno mai garantire quella necessaria continuità assistenziale che la popolazione fragile e vulnerabile, con bisogni ad alta complessità, richiederebbe.

Infatti, un servizio così delicato, richiederebbe la presenza costante di un team competente, coeso, motivato e ad alto valore professionale ed etico, che soltanto la gestione pubblica può garantire.

Deve, infatti, far riflettere che molto spesso gli operatori degli Enti Erogatori privati accreditati assunti con contratti libero-professionali per brevi periodi, non riescono oggettivamente ad assicurare la necessaria continuità del servizio di cui i pazienti assistiti a domicilio avrebbero bisogno, mossi più che altro da logiche di mercato per le quali gli obiettivi di produzione contano più della qualità del servizio.

RAGGIUNGIMENTO DEL TARGET ADI 2024: MONITORAGGIO DELLO STATO DELL'ARTE



L'esperienza dell'ADI della provincia reatina rappresenta insieme ad altre realtà della sanità della stessa Asl, **un fiore all'occhiello per la sanità laziale e nazionale**. Ci auguriamo che se ne tenga conto nelle valutazioni sulla pertinenza, efficacia, efficienza ed affidabilità dei servizi erogati alla popolazione di quel territorio.

Quel territorio ha sofferto molto in questi anni, dal terremoto al covid19, ma la sua capacità di resilienza e di rinascita l'ha dimostrata a partire dal processo di riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali.

Per questo non pensiamo che si possa tornare indietro, perdendo questo patrimonio di efficacia e di qualità della risposta in assistenza domiciliare, proprio perché siamo convinti che la popolazione reatina si meriti il migliore modello di risposta possibile come quello che siamo riusciti a realizzare nella ASL di Rieti a partire dal 2019 in poi.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=123227

quotidianosanità.it

Case della Comunità periferiche verso l'emarginazione

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

26 LUG - Gentile Direttore,

il prof. Ivan Cavicchi, novello e orgoglioso nonno di Livia, fa fiorire nel profondo del suo animo, provato da numerosi dispiaceri culturali e lacerazioni identitarie, un autentico significato di speranza. Con [il suo ultimo articolo QS 22 luglio](#), la recente pubblicazione *"Salviamo la sanità. Una riforma necessaria per garantire il diritto di tutti"* (Castelvecchi 2024), che si legge tutta d'un fiato e le appassionate conversazioni/conferenze presentate in molte località del paese, il Prof. Ivan non solo prospetta un "appello alla ragione" ed una strategia bipartisan per salvare la sanità ma evidenzia come, per ottenere un reale "processo" di modifica dell'ordine omologato dominante, diventino fondamentali i movimenti dei cittadini o dei volontari affrancati da ogni forma di conflitto di interessi.

Nulla che possa essere ricondotto alle Conferenze Socio-Sanitarie Territoriali, alla Conferenza Stato Regione oppure ai Comitati Territoriali Misti dove le frequentazioni istituzionali o le appartenenze di apparato condizionano di molto i metodi e i meriti delle questioni a causa di una "governamentalità diffusa".

I cittadini hanno l'esigenza di comprendere il perché le nostre società, le periferie, le rappresentatività formali sono diventate ciò che sono. Lo sbilanciamento informativo è evidente. Le persone, quando aggiornate correttamente, sono colpite dalle vicende che hanno coinvolto il Sistema Sanitario in questi 40 anni e vorrebbero partecipare a contraddittori pubblici perché hanno a cuore il problema della sanità/salute. Desiderano uscire dai recinti precostituiti e monocordi avvezzi a conservare sotto vuoto le notizie "strategiche". Queste conoscenze interne hanno la caratteristica "camaleontica" di cambiare la sostanza o gli accidenti ogni qual volta è possibile pubblicare una delibera a tutto vantaggio delle élites decisionali e ad una inevitabile disinformazione strutturale per i non addetti ai lavori.

Emblematici sono i percorsi attuati nei territori per la realizzazione delle sempre più chimeriche Case della Comunità. Pochi cittadini/volontari sosterranno, una volta compreso l'inghippo tra CdC Spoke e CdC Hub, che la CdC spoke rappresenti la soluzione di un bisogno sanitario di quartiere a causa delle innumerevoli criticità che contagiano la loro quotidianità.

E' curioso come l'ordine diffuso di mercato (termine sovrapponibile a globalizzazione o a neoliberalismo) si possa diffondere in una infinità di rivoli che permeano anche le piccole realtà locali (periferie). E così la ragionevolezza si smarrisce avvolta com'è dalle spirali della "gestione aziendale" che, immutabile nell'agire il potere economicistico, genera quel consumismo che si vorrebbe rimproverare ad altri (es.: ai cittadini o ai medici di famiglia).

Alcune associazioni di volontariato e numerosi cittadini disdegnano la “pesante indifferenza” istituzionale nei confronti della sanità. E’ una distanza molto sospetta e foriera di una profezia autoavverantesi (il fallimento del Servizio Sanitario Pubblico).

Numerosi sono gli indizi che dimostrano come il diritto alla salute sia diventato ormai un diritto potestativo cioè un potere volto a salvaguardare un interesse individuale o soggettivo (quello del mercato) e non un diritto chiaramente orientato a tutelare gli interessi della collettività.

In ogni caso non saranno alcune analisi e qualche riflessione a modificare il sistema della globalizzazione. Come studiosi di organizzazione sanitaria e di terzo settore si desidera comunque ragionare sul tema della “corresponsabilità tra interessi e diritti”, degli addebiti, dei tornaconti specifici, dell’assoluta mancanza di autocritica.

Gli interessi non vengono negati ma devono essere composibili (possono benissimo stare insieme senza prevaricazioni) con i diritti. Nello specifico il Prof. Cavicchi supera il concetto di struttura (es.: economia) e sovrastruttura (es.: sociale o etica o bene universale non disponibile) perché in sanità i due concetti si sovrappongono. Infatti ciò che verrebbe individuata come sovrastruttura è determinata da una “pluralità” di fattori economici, organizzativi, gestionali e culturali che solo un sistema complesso può permettersi di affrontare. Il sistema “azienda”, lineare e singolare, non può atteggiarsi a modello efficace pena effetti distruttivi. Spesso nelle riunioni più o meno formali (es.: i già citati percorsi per le Case della Comunità che dovrebbero quindi relazionarsi con le persone che vivono nelle comunità) viene utilizzato un linguaggio sovrapponibile a quello delle alte dirigenze aziendali. Sembra di essere in un consiglio di amministrazione privato dove si argomenta di gestione di capitali, indubbiamente disponibili, da far fruttare.

Ecco quindi che in questa sovrapposizione tra struttura e sovrastruttura diventa dirimente l’azione della società civile o del volontariato. L’obiettivo è quello di “ricontestualizzare” l’art. 32 cioè di definire la composibilità tra diritti, interessi (anche privati) e modalità operative relative.

Verosimilmente la globalizzazione non cederà di un millimetro perché l’“algoritmo” che sostiene questo ordine di cose si automantiene e si autogenera come nelle più classiche delle avventure fantascientifiche dove le macchine sottomettono l’uomo. Il disegno neoliberista non è un progetto consapevole, è autonomo e ha il carattere strettamente strategico (problem solving). Non è solo una ideologia o una politica economica, è soprattutto uno stile di vita, una specifica razionalità, una “felicità” pervasiva che influenza l’identità individuale e i rapporti sociali.

E’ una omologazione competitiva e concorrenziale in grado di ipnotizzare gli individui verso quell’obiettivo. L’individuo calcolatore e responsabile è celebrato come ideale anche se questo dovesse comportare lo smantellamento di sistemi come quello sanitario o pensionistico o scolastico causando un impoverimento generalizzato. A fronte di tutto ciò però si potrebbero prospettare possibili conflitti sociali o sollevazioni che non si sa bene dove potrebbero arrivare.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=123734

quotidianosanità.it

PNRR. Gimbe: “Al 2° trimestre 2024 raggiunta unica scadenza europea: 2.700 borse di studio per Mmg. Impossibile sapere se aggiuntive”

"Se è certo che 900 borse annuali finanziate dal Pnrr sono state assegnate raggiungendo così il target, in assenza di una rendicontazione pubblica del totale delle borse di studio ordinarie è impossibile verificare se le borse Pnrr siano realmente aggiuntive". Formalmente le scadenze europee che condizionano il pagamento delle rate sono state tutte rispettate. "Tuttavia il rispetto delle scadenze successive sarà condizionato soprattutto dalle criticità di attuazione del DM 77 nei 21 servizi sanitari regionali".

25 LUG -

"Al 30 giugno 2024 l'unica scadenza europea della missione Salute del PNRR, che condiziona il pagamento delle rate, è stata rispettata", spiega **Nino Cartabellotta**, Presidente della Fondazione Gimbe. Continua l'attività di monitoraggio indipendente dello status di avanzamento delle riforme dell'Osservatorio Gimbe sul Servizio Sanitario Nazionale, che mira a fornire un quadro oggettivo sui risultati raggiunti, di informare i cittadini ed evitare strumentalizzazioni politiche".

Il monitoraggio, oltre allo status di avanzamento, analizza le criticità conseguenti alla rimodulazione delle scadenze e all'esecuzione delle attività previste.

Stato di avanzamento al 30 giugno 2024. Secondo i dati resi pubblici il 23 luglio 2024 sul portale del Ministero della Salute che monitora lo stato di attuazione della Missione Salute del Pnrr:

- **Milestone e target europei:** al 30 giugno 2024 è stata raggiunta l'unica scadenza prevista, relativa all'assegnazione di 2.700 borse di studio aggiuntive per corsi specifici di medicina generale, che garantiranno il completamento di tre cicli di apprendimento triennali.

- **Milestone e target nazionali:** "Anche se non condizionano l'erogazione dei fondi del Pnrr – spiega Cartabellotta – questi step intermedi richiedono un attento monitoraggio perché potrebbero compromettere le correlate scadenze europee". Al 30 giugno 2024 sono stati raggiunti tutti i target previsti nel 2021, 2022 e 2023, ad eccezione del target "Stipula di un contratto per gli strumenti di intelligenza artificiale a supporto dell'assistenza primaria" che era già stato differito dal 30 giugno 2023 al 31 dicembre 2024 (+ 18 mesi). Relativamente al 2024, il target "Realizzazione, implementazione e messa in funzione delle componenti architetture che garantiscono l'interoperabilità nazionale di documenti e dati sanitari all'interno del Fascicolo sanitario elettronico" è slittato dal 30 giugno al 31 dicembre 2024 (+ 6 mesi). È stato invece stato raggiunto con un anticipo di 6 mesi il target "Pubblicazione di una procedura di selezione biennale per l'assegnazione di voucher per progetti PoC (Proof of Concept) e stipula di convenzioni, progetti di ricerca su tumori e malattie rare e progetti di ricerca ad alto impatto sulla salute" fissato al 31 dicembre 2024.

Criticità. "Sul raggiungimento del target europeo per l'assegnazione di 2.700 borse di studio aggiuntive per la medicina generale – segnala il Presidente – se è certo che 900 borse annuali finanziate dal Pnrr sono state assegnate raggiungendo così il target, in assenza di una rendicontazione pubblica del totale delle borse di studio ordinarie è impossibile verificare se le borse Pnrr siano realmente 'aggiuntive'".

"Formalmente – conclude Cartabellotta – al 30 giugno 2024 le scadenze europee sul Pnrr che condizionano il pagamento delle rate sono state tutte rispettate. Tuttavia effettuata la 'messa a terra' della Missione Salute, il rispetto delle scadenze successive sarà condizionato soprattutto dalle criticità di attuazione del DM 77 nei 21 servizi sanitari regionali, legate sia alle figure chiave del personale sanitario coinvolte nella riorganizzazione dell'assistenza territoriale, sia alle rilevanti differenze regionali di partenza. In tal senso, il primo banco di prova è al 31 dicembre 2024 quando dovranno essere "pienamente funzionanti" almeno 480 Centrali Operative Territoriali".

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=123689

quotidianosanità.it

Case della Comunità: strada in salita, ma sosteniamo il cambiamento

Mirella Silvani, Vicepresidente Cnoas, referente Sanità e Salute

24 LUG -

Gentile direttore,

siamo a metà del lavoro e del tempo per la realizzare le strutture e l'organizzazione delle Case della Comunità, il punto di riferimento centrale sul territorio per le persone con bisogni di salute sanitari e

sociosanitari e da più parti registriamo voci critiche, distinguo e sottolineature di ciò che manca e non funziona.

Da osservatrice e come rappresentante di una professione fortemente sollecitata e presente nel percorso di costruzione del nuovo sistema di assistenza territoriale, ritengo necessario sostenere il cambiamento mettendo in luce ciò che va nella direzione giusta per evitare ripensamenti e battute di arresto.

Anche le Linee di indirizzo di AGENAS per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità hub vanno viste in questa prospettiva traendone gli elementi positivi. E questo, naturalmente, non vuol dire che vada tutto bene e non ci siano punti critici e aggiustamenti da mettere in campo.

Sicuramente con le Linee sono stati riaffermati l'approccio, i contenuti e i principi del DM 77/22 fondamentali per un reale cambiamento di paradigma del sistema sanitario nazionale post pandemia e che a distanza di due anni correvano il rischio di perdere centralità. Parliamo di: prossimità dei servizi e dei professionisti, accesso unico, lettura integrata, multidimensionale e multiprofessionale dei bisogni sanitari, sociosanitari e sociali, definizione in percorsi di presa in carico e accompagnamento delle persone in relazione alla loro situazione. Tutto questo viene ripreso insieme all'altro elemento sostanziale da cui il nome Casa della Comunità: la riapertura dei luoghi della salute - dopo anni di esclusione - alla cittadinanza e al territorio.

Perché questo è un aspetto positivo? Perché è cruciale porre attenzione che questi elementi non vengano ancora una volta accantonati, superati dalla logica prestazionale, esclusivamente sanitaria e ospedalocentrica, che da decenni fa funzionare il nostro SSN e che si annida ancora in molte organizzazioni e nell'approccio di diversi professionisti.

Il documento AGENAS fornisce indicazioni cogenti rispetto alle CdC nel momento in cui diverse Regioni, terminata la costruzione dei muri, stanno organizzando le attività, disegnando un quadro molto frammentato. Quello che emerge dalla rilevazione dello stato di realizzazione delle Case della Comunità nel Paese non sono rassicuranti: vi sono velocità diverse, ma anche scelte organizzative differenti che in alcuni casi rischiano di rallentare il raggiungimento - entro il 2026 - degli obiettivi stabiliti a livello normativo a garanzia dell'uguaglianza di accesso ai servizi e di miglioramento delle risposte ai bisogni di salute.

Infatti i dati del Monitoraggio fase 2 concernente l'attuazione del DM n. 77/22 rilevati da AGENAS al 30/06/2023 ci dicono che a quella data delle 1.450 CdC da attivare, ne risultavano funzionalmente attive solo 187 con alcuni, e sottolineo alcuni, servizi di quelli previsti fruibili.

Accanto a questo dato, sul versante dell'integrazione sociosanitaria, la rilevazione effettuata dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti sociali con la collaborazione dei Consigli regionali dello stesso Ordine, sull'implementazione dello standard relativo alla presenza dell'assistente sociale nell'equipe multiprofessionale minima, sempre al 30/06/2023, rappresentava un processo ancora in divenire, con poche Regioni nelle quali veniva dichiarata la presenza dell'assistente sociale nella CdC in diversi di questi casi afferente all'ente locale e non al SSN.

Quindi, in un quadro così in divenire, con luci ed ombre originate in molti casi da decisioni territoriali, ritengo che le Linee di indirizzo di AGENAS siano intervenute con indicazioni utili per sostenere e rafforzare l'attuazione dell'integrazione sociosanitaria nei processi interni oltre che nelle relazioni esterne alle Case della Comunità.

Interessante e per nulla scontato quanto è scritto per l'attività di assistenza primaria e continuità assistenziale che è erogata da un'equipe multiprofessionale principalmente costituita da Medico di ruolo unico di assistenza primaria, PL, dallo Specialista ambulatoriale, dall'IFoC, dall'assistente sociale del Servizio Sanitario nazionale e dall'assistente sociale dell'ente locale, riconoscendo nei percorsi di cura la funzione dell'assistente sociale nella doppia specificità: sociosanitaria interna all'organizzazione sanitaria e socioassistenziale afferente al Comune o dell'Ambito territoriale.

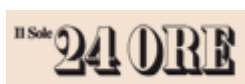
Una specificità rafforzata anche con la precisazione nell'elenco del personale minimo per la CdC hub che l'assistente sociale è del SSN, professionista sociosanitario, che nell'ambito dell'equipe, agisce non solo come *"referente delle risposte ai bisogni sociali"* come scritto nel DM 77/22, ma svolge la valutazione degli aspetti sociali che influiscono sui bisogni di salute, legge le risorse e le problematiche presenti in un dato territorio e si occupa della promozione di risposte comunitarie e partecipate. Non solo quindi interviene nella costruzione di progetti personalizzati, ma a livello organizzativo, insieme agli altri professionisti dell'equipe, definisce protocolli e percorsi che richiedono azioni congiunte tra sistema sanitario e sociosanitario e sistema sociale degli ATS/enti locali.

Certo è che un solo assistente sociale del SSN è del tutto insufficiente e il limite è posto nella disposizione del Decreto ministeriale che le Linee di indirizzo di AGENAS non possono modificare. Su questo punto sarà l'operatività che darà ragione alle richieste di potenziamento dello standard di personale che da più parti vengono avanzate.

In conclusione, volendo vedere il bicchiere mezzo pieno, gli spazi per sviluppare un'azione professionale per gli assistenti sociali sono stati meglio definiti nella Linee di indirizzo e il modello organizzativo descritto, se applicato, dà la possibilità all'assistente sociale di agire le proprie competenze nel proporre e nel collaborare a progetti per la salute della popolazione, a partire da quella più fragile e con bisogni sociosanitari più complessi.

Una strada in salita? Sì, ma non per questo da non affrontare.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=123672



Anziani in Rsa, quale mix di personale (che manca) per i 360mila ospiti delle residenze

Claudio Testuzza

Il team sanitario e assistenziale delle Rsa è davvero variegato per rispondere a ogni situazione di bisogno.

Le disposizioni legislative attuali prevedono che le Rsa devono essere in possesso di personale con diverse figure professionali.

Almeno un medico specialista in rapporto alla verificata tipologia dell'utenza (geriatra, psichiatra, fisiatra o altro specialista), con presenza di almeno quattro ore giornaliere e con responsabilità dell'assistenza sanitaria e delle condizioni psico-fisiche degli ospiti.

Un infermiere con diploma conseguito presso una scuola diretta a fini speciali per la dirigenza infermieristica o, in mancanza caposala o assistente sanitario visitatore, con la responsabilità della direzione organizzativa ed alberghiera.

Inoltre sono necessari infermieri professionali in numero variabile in relazione al livello assistenziale della Rsa assicurando, comunque, la presenza di un infermiere per ciascun turno di servizio, e dei terapisti della riabilitazione in numero variabile, in relazione al livello assistenziale della Rsa.

Necessitano, anche, operatori tecnici dell'assistenza o, in mancanza, figure similari, in numero variabile, terapisti occupazionali o, in mancanza, educatori professionali di comunità, in numero variabile, e un dietista.

Nelle Rsa devono essere assicurate, altresì, prestazioni da parte di psicologi e assistenti sociali per un numero di ore settimanali correlato alle esigenze degli ospiti e al livello assistenziale della Rsa.

A uno degli assistenti sociali sarà affidato anche il coordinamento delle attività che concorrono all'attuazione dei progetti terapeutici.

Detto personale, per le Rsa pubbliche e private convenzionate, è messo a disposizione dai Comuni o dalla Asl competente per territorio, che utilizza, a tal fine, il personale operante presso i competenti servizi.

Le Rsa devono essere dotate, inoltre di personale amministrativo nonché di personale da adibire ai servizi generali in rapporto al numero degli ospiti e al sistema organizzativo della struttura.

La dotazione organica minima delle Rsa è prevista in relazione al livello assistenziale da garantire agli ospiti, in rapporto al grado di non autosufficienza e alla gravità delle patologie e può essere articolata diversamente tra le differenti professionalità in rapporto alle esigenze prevalenti dei loro ospiti.

Tuttavia gli standard minimi stabiliti dalle norme non sempre corrispondono a quanto sarebbe necessario in funzione delle caratteristiche effettive del servizio residenziale, chiamato a rispondere a bisogni dei residenti sempre più complessi e multi-dimensionali.

Al 1° gennaio 2022, i presidi residenziali attivi nel Paese erano 12.576 per un totale di circa 414 mila posti letto, sette ogni 1.000 residenti.

A livello territoriale l'offerta è maggiore nel Nord-Est con 10 posti letto ogni 1.000 residenti, mentre nel Sud è di poco superiore ai tre posti letto ogni 1.000 residenti e copre solo l'11% dei posti letto complessivi.

Gli ospiti in totale sono circa 360mila, dei quali oltre tre su quattro sono anziani, in aumento del 4% rispetto al 2021, con un'inversione di tendenza che, dopo la pandemia, riavvicina il dato agli anni pre Covid.

Le differenze geografiche nell'offerta emergono anche analizzando la distribuzione delle strutture per dimensione.

Il Nord-Est presenta una percentuale doppia (30,5%), rispetto al dato nazionale, di residenze di piccole dimensioni.

Il Centro e il Sud sono invece caratterizzati da una maggioranza di strutture di media dimensione (fino a 45 posti letto contro gli 80 delle altre regioni).

Un dato evidente anche quando si parla di anziani non autosufficienti, che vede 28/31 posti letto ogni 1.000 utenti, contro i meno 6 posti letto ogni 1.000 al Sud.

L'Istat ha evidenziato che la titolarità delle strutture è in carico ad enti non profit nel 45% dei casi, a seguire ad enti privati (circa il 24%), ad enti pubblici (19%) e ad enti religiosi (12%).

La gestione dei presidi residenziali è affidata prevalentemente a privati (75% dei casi), soprattutto non profit (51%). Il 12% delle residenze è gestita da enti di natura religiosa e circa il 13% dal settore pubblico.

Nelle attività svolte in queste strutture i lavoratori impiegati sono più di 340mila, a cui si aggiungono oltre 31.500 volontari e poco più di 4mila operatori del servizio civile.

L'11% del personale è composto da cittadini stranieri. In due casi su tre extraeuropei.

La distribuzione varia considerevolmente: se nel Nord-Ovest e nel Nord-Est si concentra rispettivamente il 15% e l'11% del personale straniero, nel Sud e nelle Isole la presenza straniera sfiora appena il 2%.

Le principali figure professionali occupate nelle strutture residenziali assommano a oltre 200mila addetti e costituiscono mediamente il 70-75% della forza-lavoro impiegata assorbendo il 70% delle risorse economiche.

Si concentrano soprattutto in ambito sanitario, e sono rappresentate da tre professioni: operatori socio-sanitari (34,6%), infermieri e addetti all'assistenza alla persona (entrambi all'11%).

Anche gli operatori del servizio civile e i volontari lavorano prevalentemente all'interno dell'ambito socio sanitario, nel 79 % e nel 77 % dei casi, con punte che sfiorano il 90% nel Nord-Est del Paese. Tutto questo personale è soggetto a forte usura psicofisica.

Inoltre nelle Rsa italiane mancano all'appello il 21,7 % degli infermieri, il 13 % dei medici e il 10,8 % degli operatori sociosanitari. Per questa ragione, in 3 strutture su 4, nell'ultimo anno, è cresciuto il burnout dei dipendenti, è peggiorata la qualità dei servizi e si è assistito ad un aumento dei costi del personale.

L'allarme è stato lanciato da tempo. In Italia mancano circa 70 mila infermieri.

Un dato che preoccupa Governo e Regioni, che intanto guardano all'estero per far fronte alla carenza.

Il Ministro Schillaci ammicca all'India, mentre Regione Lombardia si sta rivolgendo al Sud America e - secondo quanto riferito - l'assessore al Welfare, Guido Bertolaso, reputa ormai imminente un accordo con il Paraguay per acquisire tra i 2.500 e i 3.000 infermieri.

Può essere un bene attivare i canali internazionali per far fronte a quella che è una vera e propria emergenza, ma non basta solo portare gli infermieri in Italia.

Già nell'immediato, infatti, occorre fornire un quadro normativo chiaro su tutto il territorio nazionale, sbloccando l'iter in corso nella Conferenza Stato-Regioni e risolvendo le criticità ancora esistenti.

Tra i nodi emersi anche la forte eterogeneità territoriale

Un confronto tra 12 Regioni ha mostrato che le diverse normative hanno prodotto standard assistenziali, tariffe e criteri di classificazione degli ospiti diversi.

Ciò ha avuto ripercussioni sull'operatività dei gestori e sulla loro capacità di rispondere ai bisogni degli ospiti delle strutture. Lo sforzo delle aziende nel superare la crisi è notevole, ma per un reale cambiamento è necessario che le singole risposte siano coordinate in una visione d'insieme più ampia. Affrontare la crisi del personale è possibile, ma serve un investimento in una duplice

direzione: ripensare i servizi in funzione anche delle nuove necessità dei professionisti e operatori e investire ancora di più sulle persone

Per rendere nuovamente attrattiva la professione infermieristica è necessario migliorare il trattamento di tali figure così da invertire la drammatica situazione di carenza che, qualora non trovasse una soluzione, potrebbe minare alla base la capacità del Ssn di rispondere alle esigenze dei cittadini. Nel comparto pubblico i livelli retributivi sono cresciuti troppo poco, in misura inferiore all'inflazione.

Se si guarda alle strutture private, inoltre, il dato è ancora più evidente, soprattutto nell'area della territorialità, anche se l'attuale situazione non può addebitarsi alle singole strutture, le cui condizioni economiche, a causa del mancato adeguamento di rette e tariffe, non hanno sinora consentito di incrementare le retribuzioni.

Per cambiare un simile quadro è necessario uniformare quanto più possibile i Ccnl del settore privato, che dovranno tendere a quelli pubblici, così da evitare disparità di trattamento e da consentire peraltro alle strutture una maggiore forza di contrattazione con il Ssn.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-07-18/anziani-rsa-qual-e-mix-personale-che-manca-i-360mila-ospiti-residenze-114831.php?uuid=AFwjsrvC&cmpid=nlqf>

quotidiano**sanita.it**

Ecco il nuovo Piano nazionale cronicità. Cure personalizzate, pazienti più coinvolti e presa in carico multidisciplinare. Ma non si prevedono nuove risorse

Giovanni Rodriquez

Il documento redatto dal Ministero della Salute sbarca in Stato-Regioni. L'aggiornamento, si spiega nel testo, si è ritenuto necessario per migliorare l'assistenza ai malati cronici; delineare azioni coordinate per prevenirne l'insorgenza; aggiornare le iniziative messe in campo; rendere più efficaci i servizi sanitari assicurando equità di accesso e riducendo le disuguaglianze sociali; e indirizzare la gestione della cronicità verso un sistema che realizzi una progressiva transizione in un modello di rete che valorizzi sia il ruolo specialistico, sia tutti gli attori della assistenza primaria

23 LUG -

Pronto il documento sull'aggiornamento 2024 del Piano nazionale cronicità. Il testo elaborato dal Ministero della Salute è stato inviato per l'esame e l'approvazione in sede di Conferenza Stato Regioni. L'aggiornamento, si spiega nel documento, si è ritenuto necessario per:

- Contribuire al miglioramento della tutela assistenziale delle persone con malattie croniche;
- Delineare azioni coordinate per prevenire l'insorgenza e assicurare la precoce presa in carico dei soggetti a rischio o affetti da patologia al fine di rallentarne la progressione anche con interventi comportamentali;
 - Aggiornare le iniziative e gli interventi nel campo delle malattie croniche al fine di rendere più omogeneo il processo diagnostico-terapeutico;
- Ridurre il peso della malattia sulla singola persona e sul contesto sociale;
- Rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza, assicurando equità di accesso e riducendo le disuguaglianze sociali;
- Indirizzare la gestione della cronicità verso un sistema che realizzi una progressiva transizione in un modello di rete che valorizzi sia il ruolo specialistico, sia tutti gli attori della assistenza primaria.

Per il nuovo Piano nazionale cronicità non sono previsti finanziamenti. Nel documento si spiega infatti che, all'attuazione dell'accordo, "si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica".

Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione dei sintomi, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della

qualità di vita. Per realizzarli, spiega il documento, è necessaria la definizione di percorsi in grado di prendere in carico il paziente nel lungo termine, prevenire e contenere la disabilità, garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sociosanitari. La Cabina di regia nazionale del Piano Nazionale Cronicità (PNC) ha ritenuto necessario procedere ad un aggiornamento complessivo del Piano, rendendolo cogente con le norme ed i documenti di programmazione nazionale intervenuti successivamente alla approvazione del PNC 2016.

La Prima Parte è costituita da sezioni aggiornate che vanno a integrare i corrispondenti capitoli e paragrafi del Piano 2016. Nella Seconda Parte, utilizzando gli stessi criteri impiegati per il precedente documento, sono state individuate e aggiunte tre patologie croniche: obesità, epilessia, endometriosi.

L'invecchiamento della popolazione europea e ancor più quella italiana ha comportato nel tempo un incremento di persone affette da patologie croniche, nonché una maggiore diffusione della multimorbilità, segmento a maggior rischio di fragilità. Gli obiettivi di cura di tali pazienti, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati a migliorare il quadro clinico e il livello di funzionalità, cercando di minimizzare la sintomatologia e prevenendo la disabilità e la perdita di autonomia. I pazienti, essendo inoltre generalmente anziani o molto anziani, a causa dei mutamenti demografici e sociali sono spesso persone o coppie sole, con eventuali difficoltà nella gestione di piani terapeutici domiciliari e criticità se versano in precarie condizioni socio-economiche.

La presa in carico e la gestione delle malattie croniche assorbe infatti circa l'80% dei costi sanitari; di conseguenza la problematica della valutazione dei costi connessi è sempre più rilevante. Diversi studi hanno evidenziato una forte variazione dei costi sanitari da medico a medico, non causata da una cattiva gestione delle risorse, ma da diversi fattori, quali età e genere degli assistiti e, soprattutto, dalle patologie presenti.

Nel 2021 sono state pubblicate dal Sistema Nazionale Linee Guida dell'Iss, le Linee Guida Intersocietarie per la Gestione della Multimorbilità e Polifarmacoterapia che presentano alcuni principi che vengono declinati anche nelle fasi del presente Piano cronicità. Le linee guida partono dal concetto di stratificazione per identificare i pazienti che hanno necessità di un approccio specifico per le patologie da cui questi sono affetti e forniscono delle raccomandazioni per la loro presa in carico.

Fase I: stratificazione e targeting della popolazione

In questo caso l'obiettivo è quello di sviluppare, validare e implementare sistemi di stratificazione del rischio per la presa in carico degli assistiti sulla base della complessità clinica (es. per presenza di comorbilità), del livello di rischio (es. per rischio di ospedalizzazione o di morte), del bisogno di salute (es. integrando aspetti sanitari e sociali) e del consumo di risorse, nonché per differenziare strategie di intervento.

Quello che ci si attende è una definizione a livello nazionale di programmi di stratificazione della popolazione attivati in accordo ai rischi clinici e ai bisogni di salute e sociosanitari; e una definizione di strategie di presa in carico in rapporto al livello di rischio.

Nel complesso, quindi, la stratificazione rappresenta lo strumento per:

- Pianificare l'assistenza sanitaria sulla base del bisogno di salute derivato dall'integrazione dei dati sanitari e socioeconomici;
- Attuare la presa in carico degli assistiti nel setting assistenziale delle differenti strutture del modello organizzativo definito dalla missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa E Resilienza (Pnrr).

Fase II: promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce

In questo caso gli obiettivi perseguiti sono i seguenti:

- Prevenzione primaria: promuovere l'adozione di stili di vita salutari nella popolazione generale e nei soggetti a rischio per prevenire l'insorgenza delle patologie croniche.
- Prevenzione secondaria: identificare precocemente le persone a rischio e quelle affette da patologie croniche da inviare ad adeguati percorsi di presa in carico.
- Prevenzione terziaria: ritardare l'insorgenza e la progressione delle malattie croniche e delle loro complicanze nelle persone a rischio o già malate.
- Prevenzione quaternaria: ridurre la prescrizione di farmaci non necessari e la medicalizzazione di condizioni non mediche evitando trattamenti e pratiche inutili.

Questi, invece, i risultati attesi:

- Adozione di raccomandazioni di policy da indirizzare ai diversi livelli di governo nazionale e regionali in materia di promozione e prevenzione primaria e di approccio intersettoriale tra il settore sanitario ed i settori sociale, educativo, urbanistico, alimentare, ecc.
- Incremento del numero e dell'estensione dei programmi volti a identificare i soggetti in condizioni di rischio o con patologia in atto.
- Incremento del numero dei programmi di comunità (es. gruppi di cammino, gruppi per smettere di fumare).
- Incremento del numero di interventi volti ad aumentare nella popolazione la conoscenza delle malattie croniche e dei fattori di rischio.
- Incremento di programmi di prevenzione e promozione della salute indirizzati a precisi target di popolazione che tengano conto dei risultati della stratificazione.

Fase III: presa in carico e gestione del paziente attraverso il piano di cura

L'obiettivo è quello di migliorare la presa in carico e la gestione del paziente con cronicità attraverso interventi mirati ad un'ottimizzazione dell'organizzazione e del coordinamento dei servizi sanitari in linea con quanto definito dal DM77/2022 e ad una completa integrazione sociosanitaria.

Questi, invece, i risultati attesi:

- Implementazione di modelli e strumenti atti a garantire la continuità delle cure per il paziente cronico, in particolare durante la transizione tra i diversi livelli di assistenza e diversi setting di cura, nel rispetto del principio di prossimità.
- Incremento di progetti di formazione del team multidisciplinare, anche nell'ambito della digitalizzazione dei servizi.
- -Potenziamento di modelli che prevedano una risposta integrata ai bisogni di salute sanitari e sociosanitari, compreso il coinvolgimento attivo della comunità.

Fase IV: erogazione di interventi personalizzati attraverso il coinvolgimento del paziente e caregiver nel piano di cura

L'obiettivo di questa fase è quello di migliorare il coinvolgimento del paziente e dei suoi caregiver nel piano di cura, attraverso l'educazione del paziente con cronicità e un'ottimizzazione della comunicazione professionisti sanitari – assistito.

Questi i risultati attesi:

- -Miglioramento delle capacità del paziente di ottenere le informazioni sul proprio stato di salute, di elaborarle e prendere decisioni per l'efficace attuazione del proprio piano di cura
- Incremento della soddisfazione e miglioramento dell'esperienza del paziente e dei familiari nel processo di cura, nonché della qualità della vita del paziente
- Miglioramento delle competenze comunicative e relazionali dei professionisti sanitari
- Incremento della soddisfazione del professionista sanitario
- Miglioramento dei risultati clinici.

Fase V: monitoraggio e valutazione della qualità delle cure erogate

In questo caso l'obiettivo è quello di promuovere la definizione delle procedure di monitoraggio e valutazione delle cure erogate, secondo quanto previsto dal modello organizzativo e assistenziale DM77/2022, in accordo alla metodologia del Nuovo Sistema di Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (NSG-LEA) Sperimentazione indicatori PDTA – DM 12 marzo 2019 e del Programma Nazionale Esiti (PNE).

Questi i risultati attesi:

- Incremento delle iniziative finalizzate al monitoraggio e alla valutazione della qualità delle cure erogate impiegando i dati amministrativi in accordo alla metodologia del NSG-LEA sulla sperimentazione nei PDTA;
- Sviluppare sistemi per valutare la performance qualitativa delle strutture sanitarie;
- Integrazione dei dati sanitari, e socio-assistenziali per un monitoraggio esaustivo e una valutazione complessiva dei risultati clinici e organizzativi e della qualità dell'assistenza;
- Ottenere dei sistemi di valutazione che tengano conto del punto di vista dei pazienti.

Il Piano passa poi ad esaminare gli aspetti trasversali dell'assistenza alla cronicità.

Integrazione sociosanitaria

L'obiettivo è quello di potenziare il sistema integrato dei servizi socio-sanitari destinato alla persona con cronicità, che valorizzi la partecipazione attiva della comunità e garantisca i principi di prossimità ed equità di accesso alle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socioassistenziali, anche attraverso soluzioni innovative digitali.

Questi i risultati attesi:

- Implementazione di modelli e strumenti atti a garantire la continuità delle cure per il paziente cronico, in particolare durante la transizione tra i diversi livelli di assistenza e diversi setting di cura, nel rispetto del principio di prossimità;
- Implementazione di interventi volti a garantire l'equità di accesso alle reti sanitarie, socio-sanitarie, socioassistenziali;
- Incremento di progetti di formazione di team multidisciplinari, anche nell'ambito della digitalizzazione dei servizi;
- Potenziamento di modelli che prevedano una risposta integrata ai bisogni di salute sociali e sanitari, compreso il coinvolgimento attivo della comunità.

Sanità digitale

In questo caso l'obiettivo è quello di promuovere lo sviluppo della sanità digitale e, in particolare della telemedicina, nell'ambito dell'assistenza alle persone con cronicità, in coerenza con le migliori buone pratiche ed evidenze scientifiche, con la normativa di riferimento e con le indicazioni contenute nel DM 77/2022.

Questi i risultati attesi:

- Implementazione di modelli assistenziali che, in coerenza con le indicazioni del DM 77/2022, coniughino i servizi di telemedicina con lo sviluppo di progetti regionali e buone pratiche di telemedicina come strumento di supporto nella gestione dei pazienti;
- Implementazione dei nuovi modelli organizzativi previsti dal DM 77/2022, anche mediante lo sviluppo della sanità digitale, ivi inclusa l'interconnessione aziendale e la telemedicina;
 - Incremento della popolazione con cronicità presa in carico attraverso strumenti di telemedicina.

Umanizzazione delle cure

L'obiettivo è promuovere interventi sugli aspetti relazionali, organizzativi e strutturali, dell'assistenza che rendano i luoghi di cura e i programmi diagnostico-terapeutici orientati quanto più possibile ai bisogni degli assistiti con cronicità - considerati nella loro interezza fisica, sociale e psicologica - senza dimenticare i bisogni degli operatori sanitari.

Questi i risultati attesi:

- Implementazione delle attività di formazione sulla corretta comunicazione anche rispetto alla sua componente di ascolto;
- Implementazione di interventi strutturali e organizzativi che favoriscano il percorso di cura in un'ottica di umanizzazione e attenzione alla persona intesa nella sua globalità e unicità;
- Implementazione di iniziative per tutelare la salute psico-fisica degli operatori sanitari.

Ruolo delle associazioni di tutela delle persone con malattie croniche e delle loro famiglie

In questo caso gli obiettivi sono i seguenti:

- Promuovere la partecipazione attiva delle Associazioni di tutela delle persone con patologia cronica e delle Organizzazioni civiche di rilievo nazionale nelle decisioni e iniziative sviluppate a livello nazionale, regionale e aziendale;
- Favorire il ruolo delle Associazioni dei pazienti e delle Organizzazioni civiche nell'orientamento della persona con patologia cronica nel percorso assistenziale;
- Promuovere la formazione dei volontari delle Associazioni affinché operino con efficienza, chiarezza, affidabilità, eticità e competenza.

Questi, invece, i risultati attesi:

- Incremento delle decisioni e iniziative assunte a livello locale, regionale e nazionale con il coinvolgimento delle Associazioni di tutela dei malati cronici.
- Incremento dei corsi di formazione, da parte delle Istituzioni preposte, per sviluppare la capacità delle Associazioni in termini di comunicazione e ascolto, relazione d'aiuto, conoscenza di leggi e normative, gestione amministrativa e contabile, capacità organizzativa e programmatoria.

Il ruolo delle farmacie

Riguardo il coinvolgimento delle farmacie, questi gli obiettivi perseguiti:

- Promuovere il coinvolgimento della rete territoriale delle farmacie di comunità e delle farmacie rurali per rispondere ai bisogni di salute e di cura del paziente cronico nella comunità di riferimento mediante interventi di educazione, prevenzione e promozione della salute, di counseling alla persona malata o potenzialmente a rischio e al caregiver promossi secondo protocolli condivisi con i MMG/PLS e lo specialista e in armonia con quanto previsto dalla L. 69/2009, definito nel DLgs 153/2009 così come modificato dalla L. 178/2020 e in attuazione del quadro normativo di riferimento;
- Sviluppare, validare e implementare sistemi sinergici di collaborazione con altri professionisti sanitari per una tempestiva ed efficiente presa in carico da parte delle farmacie dei pazienti affetti da patologie croniche sulla base della complessità clinica e del bisogno di salute al fine di assicurare una corretta assunzione della terapia medica prescritta e una efficace aderenza ai trattamenti a lungo termine, anche al fine di potenziare le attività di farmacovigilanza, in coerenza con la Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica;
- Sviluppare il coinvolgimento delle farmacie nel percorso di accesso personalizzato ai farmaci per i trattamenti a lungo termine, anche mediante interventi di educazione, prevenzione e promozione della salute.

Questi i risultati attesi:

- Incremento di progettualità, quali il dossier farmaceutico, a cura della farmacia che effettua la dispensazione;
 - Incremento delle attività di formazione sulla cronicità con il coinvolgimento del farmacista;
- Incremento della partecipazione dei farmacisti alle iniziative di formazione sulla cronicità;
- Incremento delle progettualità che coinvolgono il farmacista nella educazione sanitaria per la prevenzione delle malattie croniche prevalenti;
- Incremento di programmi di presa in carico dei pazienti cronici in rapporto ai bisogni di salute attraverso servizi fondamentali per il supporto alla cura, all'aderenza terapeutica e alla prevenzione con particolare riferimento alle farmacie rurali;
- Potenziamento dei servizi sanitari sul territorio e a domicilio del paziente cronico con particolare riferimento alle farmacie rurali.

Sanità d'iniziativa ed empowerment

Gli obiettivi perseguiti sono:

- Promuovere lo sviluppo del processo di empowerment nelle varie fasi di presa in carico della persona con malattia cronica e nel coinvolgimento dei familiari e caregiver;
- Promuovere l'educazione e l'informazione del paziente/caregiver in merito alla patologia cronica di cui soffre e alla sua corretta gestione;
- Promuovere programmi di empowerment rivolti ai cittadini sia in ambito ospedaliero che territoriale, con una particolare attenzione alla prevenzione, all'aderenza terapeutica e al miglioramento della qualità dei servizi;
- Promuovere azioni di contrasto alle disuguaglianze sociali e culturali sia nelle politiche assistenziali che in quelle di prevenzione, anche attraverso l'empowerment della comunità.

Questi i risultati attesi:

- Maggiore consapevolezza: le persone che partecipano attivamente alle decisioni che riguardano la propria salute sono in grado di acquisire maggiori conoscenze sulla propria condizione, sulle opzioni terapeutiche e sugli stili di vita che possono favorire il recupero e il mantenimento della salute
- Maggiore attenzione degli operatori sanitari alla comunicazione e informazione: una persona informata è in grado di acquisire maggiore conoscenza sulla malattia e si trova nelle condizioni di poter seguire al meglio consigli e suggerimenti ricevuti per migliorare la sua condizione di salute;
- Migliore gestione della malattia: l'empowerment favorisce la prevenzione delle complicanze, diminuisce le probabilità di peggiorare la qualità di vita e riduce i costi sanitari;
- Maggiore coinvolgimento e partecipazione delle Associazioni di pazienti e delle Organizzazioni civiche nelle attività di informazione, educazione, empowerment del paziente e del caregiver.
- Aumento dell'appropriatezza, della sostenibilità e dell'equità.

La cronicità in età evolutiva

Gli obiettivi perseguiti in questo campo sono:

- Migliorare la gestione del bambino e dell'adolescente con cronicità attraverso il coinvolgimento e la partecipazione del bambino/adolescente e della sua famiglia nel processo di cura, promuovendo l'adozione di modelli di transizione dall'età adolescenziale all'età adulta e rafforzando la formazione del personale sanitario;
- Ottimizzare l'organizzazione e l'integrazione dei servizi socio-sanitari orientati al bambino e all'adolescente con cronicità, sostenendo il ruolo della famiglia e garantendo una vita scolastica, sportiva, relazionale e sociale simile ai propri coetanei.

Da queste azioni ci si attende uno sviluppo di modelli che garantiscano una risposta integrata ai bisogni di salute tenendo conto delle peculiarità dell'età evolutiva.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=123637



CORTE DEI CONTI

SEZIONI RIUNITE IN SEDE DI CONTROLLO

AUDIZIONE DELLA CORTE DEI CONTI SULLA PROPOSTA DI LEGGE
RECANTE "DISPOSIZIONI CONCERNENTI IL FINANZIAMENTO,
L'ORGANIZZAZIONE E IL FUNZIONAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO
NAZIONALE NONCHÈ DELEGA AL GOVERNO PER IL RIORDINO DELLE
AGEVOLAZIONI FISCALI RELATIVE ALL'ASSISTENZA SANITARIA
COMPLEMENTARE"

A.C. 1298

COMMISSIONE AFFARI SOCIALI DELLA CAMERA DEI DEPUTATI



Luglio 2024



CORTE DEI CONTI

<https://www.corteconti.it/HOME/Documenti/DettaglioDocumenti?Id=cd1a0a18-f17e-4a4b-9430-b7b259169c85>



Social media e salute

Chiara Lorini, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze

Primo Buscemi, Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze

I social media sono una fonte importante di informazioni sulla salute per la popolazione globale, ma la qualità delle informazioni che diffondono è spesso scarsa. Come possiamo arginare il rischio di disinformazione e misinformazione, sfruttando nel contempo le opportunità offerte da questi strumenti?

Con oltre 4,5 miliardi di utenti globali, i social media hanno rivoluzionato il modo in cui le persone interagiscono con le informazioni. I social media offrono infatti comunicazioni mirate che raggiungono rapidamente un vasto pubblico e consentono una partecipazione attiva degli utenti nella creazione e diffusione dei contenuti.

Nel loro recente editoriale pubblicato nello *European Journal of Public Health*, Purba et al. (2024) affermano che i social media hanno democratizzato la diffusione delle informazioni sanitarie – permettendo la generazione di contenuti diversificati e accessibili al pubblico e ai professionisti – hanno l’innegabile vantaggio di connettere persone con interessi comuni, superando le barriere geografiche e favoriscono il coinvolgimento civico.

D’altro canto, i social media hanno sollevato numerose problematiche, *in primis* per ciò che attiene all’accuratezza delle informazioni. Infatti, i social media possono avere parte attiva nella disinformazione e nella misinformazione. Questo aspetto è emerso con forza rispetto ai vaccini contro COVID-19, ma i temi di salute interessati da questo fenomeno sono innumerevoli.

I dibattiti che si generano sui social media sono spesso segnati dalla segregazione e dalla formazione di “echo chambers”, dove gli utenti interagiscono principalmente con contenuti che rispecchiano le loro convinzioni, contribuendo ai *bias di conferma*, rafforzando le opinioni estreme/polarizzate che possono portare a razzismo, sessismo e xenofobia, e amplificando la disinformazione. Gli stessi algoritmi di classificazione dei contenuti possono promuovere contenuti non salutari basati sul comportamento precedente degli utenti. L’uso dei social media è associato a condizioni di salute mentale come ansia e depressione, dovute in parte al modello economico dell’attenzione e alle caratteristiche progettuali che promuovono comportamenti di dipendenza, che alcuni strumenti come “Take A Break” di Instagram e i limiti di tempo di TikTok riescono ad arginare solo in parte. Inoltre, i contenuti dei social possono influenzare comportamenti dannosi per la salute attraverso il marketing e le opinioni degli influencer. Per questi motivi, gli autori raccomandano di considerare i social media come un determinante della salute rafforzando quanto già espresso da altri ricercatori.

Infatti, circa un anno fa, Zenone et al. (2023) hanno proposto di considerare l’industria dei social media come un determinante commerciale della salute a causa dei suoi impatti diretti e indiretti sulla salute degli utenti: i loro prodotti, come la pubblicità mirata, superano i metodi pubblicitari tradizionali in potenza, permettendo alle industrie dannose per la salute di raggiungere pubblici specifici. Questi gli elementi a sostegno della loro tesi:

1. Caratteristiche di design addictive. Piattaforme come Facebook e Instagram utilizzano caratteristiche addictive (ad esempio, lo scorrimento infinito) per mantenere l’attenzione degli utenti. Nonostante ci siano prove della loro capacità di causare dipendenza, le aziende di social media spesso negano o minimizzano questo effetto.
2. Amplificazione di disinformazione e discorsi di odio. Gli algoritmi progettati per massimizzare il coinvolgimento spesso promuovono contenuti polarizzanti e dannosi, creando camere d’eco. La diffusione di disinformazione, specialmente durante eventi come la pandemia di COVID-19, ha avuto significative implicazioni per la salute pubblica.
3. Controllo della ricerca e finanziamento. Le aziende di social media limitano l’accesso ai dati, rendendo difficile per i ricercatori studiare gli impatti delle piattaforme. Le piattaforme finanziano anche la ricerca, indirizzandone potenzialmente il focus.

4. Marketing mirato e sorveglianza. Le piattaforme di social media forniscono strumenti di targeting dettagliato per gli inserzionisti, comprese le industrie dannose per la salute come alcol e tabacco. Queste industrie possono aggirare le restrizioni per raggiungere popolazioni vulnerabili.
5. Costruzione di coalizioni con le organizzazioni sanitarie. Le aziende di social media spesso collaborano con le organizzazioni sanitarie per combattere la disinformazione, ma questi sforzi sono visti come paradossali dato il ruolo delle piattaforme nella diffusione della disinformazione.
6. Promozione dell'autoregolamentazione. Le aziende di social media sostengono l'autoregolamentazione per evitare misure normative esterne, spesso implementando misure volontarie che sono insufficienti per affrontare i problemi principali.

Il ruolo dei social media influencer

I social media influencer (SMI) sono diventati una fonte importante di informazioni sulla salute per la popolazione generale e, in misura maggiore, per la categoria degli adolescenti. Questo fenomeno ha generato nuove minacce per la salute della popolazione, dal momento che la diffusione di informazioni da parte degli influencer non solo è mossa per lo più da interessi commerciali, ma è anche caratterizzata, molto frequentemente, da una mancanza di competenze specifiche.

Uno studio recente (2023) di Engel et al. ha analizzato 51 articoli pubblicati tra il 2012 e il 2022, con l'obiettivo di sintetizzare le evidenze esistenti sull'impatto dei SMI sulla salute degli adolescenti. Dalla ricerca è emerso che negli studi esaminati era stata prestata ancora poca attenzione al potenziale impatto positivo dei SMI e alla possibilità di includere gli influencer efficacemente nelle campagne di promozione della salute.

La maggior parte degli studi esaminati descriveva l'impatto negativo degli influencer sulla salute, esercitato attraverso la promozione di immagini corporee irrealistiche, diete non sane, uso di sostanze che inducono dipendenza e la diffusione di consigli inesatti su diagnosi e trattamenti.

Un problema importante era rappresentato dalla pubblicità a prodotti malsani (ad esempio, cibo spazzatura, prodotti del tabacco e alcol). Negli Stati Uniti, il Centers for Disease Control and Prevention ha riconosciuto il ruolo svolto dai social media nel favorire l'epidemia di vaping tra i giovani: circa tre giovani americani su quattro (74%) sono stati esposti sui social media a post o contenuti correlati alle sigarette elettroniche.

Ricordiamo che recentemente si è verificata negli Stati Uniti un'epidemia di EVALI (E-cigarette or Vaping use Associated Lung Injury), una malattia polmonare correlata all'uso dei prodotti da svapo che ha causato, dal momento della sua identificazione nel 2019 fino a febbraio 2020, circa 2800 ricoveri (pazienti con età dai 13 agli 85 anni, 76% dei pazienti sotto i 35 anni) e 68 decessi (pazienti dai 15 ai 75 anni). Gli studi esaminati da Engel et al. proponevano quali soluzioni di politica sanitaria all'impatto negativo dell'attività degli influencer sulla salute una regolamentazione più severa e un miglioramento della alfabetizzazione sanitaria.

Una soluzione possibile: l'alfabetizzazione sanitaria digitale

L'effetto dei social media e dell'industria dei social media sulla salute è accentuato dalla limitata capacità della popolazione di disimpegnarsi efficacemente dai contenuti condivisi online e sulle piattaforme di social media.

Un aiuto importante può giungere dall'acquisizione di competenze di alfabetizzazione sanitaria e, più specificamente, di alfabetizzazione sanitaria digitale (DHL).

Nel corso dell'indagine europea sulla alfabetizzazione sanitaria della popolazione condotta nel 2019-2021 all'interno della rete M-POHL (Measuring Population and Organizational Health Literacy), la DHL è stata misurata in 13 Paesi europei (Austria, Belgio, Repubblica Ceca, Danimarca, Francia, Germania, Ungheria, Irlanda, Israele, Norvegia, Portogallo, Slovacchia e Svizzera) (HLS19, 2021), per un totale di 28.057 partecipanti all'indagine. In M-POHL, il concetto di DHL si riferisce all'uso delle tecnologie digitali, inclusi i social media, per aspetti legati alla salute.

La scala per la DHL include la capacità di cercare, accedere, comprendere, valutare, validare e applicare le informazioni sanitarie online, e la capacità di formulare chiaramente domande, opinioni, pensieri o sentimenti quando si interagisce digitando o postando informazioni su un dispositivo digitale. Queste abilità sono state indagate attraverso 12 domande nella quali si chiede ai rispondenti di esprimere quello che ritengono sia il loro livello di difficoltà nel metterle in pratica.

I risultati hanno mostrato che il compito più difficile era "giudicare se l'informazione è offerta con interessi commerciali" (54,1% "molto difficile" o "difficile"; range: 30,6% per la Norvegia – 82,6% per la Danimarca) e

“giudicare se l’informazione è affidabile” (53,6% “molto difficile” o “difficile”; range: 36,1% per il Portogallo – 82,1% per la Danimarca).

Entrambe queste abilità risultano fondamentali nel contrastare l’effetto dell’industria dei social media come determinante commerciale della salute e nel districarsi nei contenuti pubblicati, separando il grano (le informazioni vere) dal loglio (le informazioni false), anche rispetto ad un ulteriore fenomeno, ovvero le strategie di disinformazione che coinvolgono bot e troll (Zollo, 2024).

Inoltre, l’analisi ha mostrato che la DHL dei partecipanti allo studio seguiva il gradiente sociale: più bassa era la posizione socio-economica, più bassa era la DHL.

In conclusione, i social media dovrebbero essere considerati un determinante di salute – e l’industria dei social media come un determinante commerciale della salute. I professionisti della salute necessitano di nuove competenze e di una maggiore consapevolezza delle opportunità e delle sfide offerte dai social media. Dal punto di vista metodologico, collegare l’attività sui social media con il comportamento offline è complesso a causa della scarsità di dati, preoccupazioni sulla privacy e mancanza di misure standardizzate (Zollo 2024). Gli studi spesso si basano su dati auto-riferiti, che possono non correlare con comportamenti misurati oggettivamente, e sono limitati a specifiche aree geografiche e periodi di tempo.

Risulta pertanto indispensabile potenziare la ricerca per far emergere le possibili relazioni tra attività sui social e comportamenti.

È essenziale anche aumentare la consapevolezza da parte dei professionisti in merito alla potenzialità positive e negative dei social media, così come rafforzare la regolamentazione normativa.

Nei Paesi europei, è necessario migliorare la DHL per contrastare gli effetti negativi dei social media e delle industrie dei social media. Migliorare la DHL in tutti i ceti sociali, ma in particolare tra i gruppi di popolazione più svantaggiati, è cruciale per dare alle persone la possibilità di prendere decisioni informate sulla salute e per proteggere la salute pubblica nell’era digitale.

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/07/social-media-come-determinanti-di-salute/>



Intelligenza artificiale e intelligenza umana

Elio Borgonovi

Con l’avvento di ChatGPT nel novembre 2022 anche nel sistema di tutela della salute è entrato di prepotenza il tema del ruolo dell’intelligenza artificiale nei processi di diagnosi e cura. Più che discutere sulla potenziale funzione sostitutiva o aumentativa dei professionisti della salute, si ritiene utile proporre ai Lettori una riflessione sul ruolo strategico delle persone. Infatti, esso può essere ricondotto a una serie di elementi.

In primo luogo, perché medici, infermieri, tecnici, OS e altri professionisti sono in grado di contestualizzare le conoscenze, acquisite tramite canali tradizionali e derivanti da sistemi di IA generativa, machine learning, deep computing e quelli del prossimo futuro. Interagendo direttamente con i pazienti possono percepire e comprendere meglio le loro problematiche di salute e proporre diagnosi e terapie nel modo che essi ritengono più efficace e maggiormente convincente. Le intelligenze artificiali propongono diagnosi e terapie in termini “razionali, astratti e anonimi”, mentre le persone possono trasmettere le conoscenze in termini personalizzate.

In secondo luogo, perché è sempre valido il principio secondo cui “il tempo della relazione è tempo di cura”. Nonostante le previsioni di chi ha una fede assoluta nella scienza e nella tecnologia (definiti da qualcuno *tecno fans* o nuove vestali dell’era moderna), secondo i quali in futuro potranno esistere robot e sistemi di intelligenza artificiale in grado di interagire con le persone, sono convinto che per ora le relazioni fondamentali sono quelle che si stabiliscono tra persone. Già ora robot e i sistemi di intelligenza artificiale sono in grado di interagire tra loro perché hanno lo stesso linguaggio, si scambiano informazioni con gli stessi

codici, selezionano in modo “razionale” i tipi di messaggi da scambiare. È meno probabile che robot e intelligenze artificiali possano produrre, nel bene e nel male, le relazioni tra persone.

In terzo luogo, perché l'intelligenza delle persone è un mix di razionalità, emozioni, passioni, intuito, cultura, genetica. Quindi l'intelligenza umana è multidimensionale e, almeno per ora e probabilmente per lungo tempo, difficilmente riproducibile, nonostante i progressi delle neuro scienze.

In quarto luogo, perché nelle persone risiede la conoscenza implicita, mentre i sistemi di intelligenza artificiale sono l'esaltazione all'ennesima potenza della conoscenza esplicita. Il beato, futuro santo patrono di internet, Carlo Acutis ha esplicitato i presupposti della differenza tra intelligenza umana e artificiale, quando ha affermato che “ognuno di noi nasce unico, la maggior parte muore fotocopia”. Le persone possono decidere di nascere e morire unici, mentre le intelligenze artificiali possono essere riprodotte e, anche quando sono autoprogrammate, tendono a generare fotocopie di sé stessi.

In conclusione, i pazienti possono stare tranquilli fino a quando medici, infermieri, tecnici, OS, ecc. continueranno ad esser convinti di essere insostituibili per quanto riguarda la personalizzazione dell'assistenza

<https://magazine.grandiospedali.it/2024/07/04/intelligenza-artificiale-e-intelligenza-umana/>



Il Futuro dell'Intelligenza Artificiale: Prospettive, Applicazioni e Sfide

Capitolo 1: Evoluzione Tecnologica dell'IA

1.1 Reti Neurali Liquide

Le reti neurali liquide rappresentano una delle frontiere più promettenti per il futuro dell'IA. Queste reti sono progettate per imitare la neuroplasticità del cervello umano, consentendo un apprendimento continuo e adattivo. Caratteristiche principali:

- Capacità di riconfigurarsi dinamicamente in risposta a nuovi dati
- Maggiore efficienza computazionale rispetto alle reti neurali tradizionali
- Adattabilità in tempo reale a nuovi ambienti e situazioni

Applicazioni potenziali:

- Guida autonoma con adattamento in tempo reale alle condizioni stradali
- Sistemi di gestione del traffico nelle città intelligenti
- Personalizzazione avanzata dei contenuti nei servizi di streaming

Tempistiche

previste:

Si prevede che le prime applicazioni commerciali su larga scala delle reti neurali liquide potrebbero emergere entro il 2026-2028, con una diffusione più ampia nel decennio successivo.

1.2 Reti Neurali a Spiking

Le reti neurali a spiking (SNN) rappresentano un ulteriore passo avanti nell'emulazione del funzionamento del cervello umano, utilizzando impulsi discreti per la comunicazione tra neuroni. Vantaggi chiave:

- Efficienza energetica superiore, attivandosi solo quando necessario
- Elaborazione temporale più accurata delle informazioni
- Potenziale per implementazioni su hardware neuromorfico

Applicazioni future:

- Sistemi di monitoraggio ambientale in tempo reale

- Robotica avanzata con capacità di apprendimento on-the-fly
- Analisi predittiva in ambito finanziario e sanitario

Previsioni di sviluppo:
Le SNN sono ancora in fase di ricerca avanzata. Si stima che le prime applicazioni commerciali significative potrebbero emergere intorno al 2028-2030, con una maturazione della tecnologia prevista per il 2035.

1.3 IA Multimodale

L'IA multimodale rappresenta la capacità dei sistemi di integrare e processare informazioni da diverse modalità sensoriali (testo, immagini, audio, video) in modo coerente e sinergico. Caratteristiche distintive:

- Comprensione contestuale più profonda dell'ambiente
- Capacità di generare output in diverse modalità
- Maggiore robustezza e flessibilità nell'interazione uomo-macchina

Applicazioni potenziali:

- Assistenti virtuali avanzati con comprensione del contesto
- Sistemi di diagnosi medica che integrano dati clinici, immagini e anamnesi
- Veicoli autonomi con percezione ambientale multimodale

Tempistiche di realizzazione:
I primi sistemi di IA multimodale sono già in fase di sviluppo. Si prevede una diffusione significativa di applicazioni commerciali entro il 2025-2027, con sistemi sempre più sofisticati nei 5-10 anni successivi.

Capitolo 2: Applicazioni dell'IA in Sanità

2.1 Diagnostica Avanzata

L'IA sta rivoluzionando il campo della diagnostica medica, offrendo potenzialità enormi per migliorare l'accuratezza e la tempestività delle diagnosi. Innovazioni chiave:

- Analisi automatizzata di immagini mediche (radiografie, TAC, risonanze magnetiche)
- Identificazione precoce di anomalie e patologie difficilmente rilevabili dall'occhio umano
- Integrazione di dati clinici, genetici e di imaging per diagnosi olistiche

Applicazioni specifiche:

- Rilevamento precoce di tumori attraverso l'analisi di immagini e dati clinici
- Diagnosi rapida e accurata di malattie rare
- Previsione di rischi cardiovascolari basata su molteplici fattori

Tempistiche di implementazione:

Molte di queste tecnologie sono già in fase di sperimentazione clinica. Si prevede una diffusione significativa nei principali centri medici entro il 2026-2028, con una standardizzazione delle pratiche entro il 2030.

2.2 Medicina Personalizzata

L'IA sta aprendo la strada a una medicina sempre più personalizzata, adattando diagnosi e trattamenti alle caratteristiche uniche di ogni paziente. Elementi chiave:

- Analisi del profilo genetico per identificare predisposizioni a malattie
- Ottimizzazione dei piani di trattamento basata su dati individuali
- Monitoraggio continuo e adattamento delle terapie in tempo reale

Applicazioni future:

- Farmaci e dosaggi personalizzati basati sul profilo genetico del paziente
- Piani di prevenzione su misura basati su fattori di rischio individuali
- Terapie oncologiche altamente mirate e personalizzate

Previsioni di realizzazione:

Le prime applicazioni di medicina personalizzata basata sull'IA sono già in uso. Si prevede una diffusione più ampia e sofisticata entro il 2028-2030, con una piena integrazione nei sistemi sanitari entro il 2035.

2.3 Chirurgia Robotica Assistita dall'IA

L'integrazione dell'IA nella chirurgia robotica promette di portare precisione e sicurezza a livelli senza precedenti.

Innovazioni principali:

- Pianificazione pre-operatoria ottimizzata dall'IA
- Assistenza in tempo reale durante l'intervento con suggerimenti basati su vasti database di procedure precedenti

- Adattamento automatico alle variazioni anatomiche del paziente

Applicazioni potenziali:

- Microchirurgia di alta precisione
- Interventi a distanza con supporto IA per compensare il ritardo di trasmissione
- Formazione avanzata dei chirurghi attraverso simulazioni IA

Tempistiche previste:

I sistemi di chirurgia robotica assistita dall'IA sono in fase di sviluppo avanzato. Si prevede una prima generazione di sistemi commerciali entro il 2027-2029, con una diffusione più ampia e sofisticata nel decennio successivo.

Capitolo 3: Impatto Economico e Sociale dell'IA

3.1 Trasformazione del Mercato del Lavoro

L'avvento dell'IA avanzata avrà un impatto profondo sul mercato del lavoro, richiedendo una ridefinizione di molte professioni e la creazione di nuove opportunità. Tendenze chiave:

- Automazione di compiti ripetitivi e standardizzati
- Aumento della domanda di competenze legate all'IA e all'analisi dei dati
- Emergere di nuove professioni legate allo sviluppo e alla gestione di sistemi IA

Previsioni:

- Entro il 2030, si stima che il 30-40% dei lavori attuali potrebbero essere significativamente modificati o sostituiti dall'IA
- Crescita del 70% nella domanda di professionisti specializzati in IA e data science entro il 2028
- Emergere di nuovi ruoli come "AI Ethics Officer" e "Human-AI Interaction Designer" entro il 2026

3.2 Impatto sulla Produttività e Crescita Economica

L'IA ha il potenziale per stimolare significativamente la produttività e la crescita economica globale.

Fattori chiave:

- Ottimizzazione dei processi produttivi e decisionali
- Riduzione degli errori e miglioramento dell'efficienza in vari settori
- Creazione di nuovi prodotti e servizi basati sull'IA

Proiezioni economiche:

- Aumento del PIL globale del 14% (circa \$15,7 trilioni) entro il 2030 grazie all'IA (PwC)
- Incremento della produttività del lavoro fino al 40% in alcuni settori entro il 2035
- Potenziale risparmio di \$1 trilione nel settore sanitario globale entro il 2030

3.3 Sfide Etiche e Sociali

L'adozione diffusa dell'IA solleva importanti questioni etiche e sociali che richiedono attenzione e regolamentazione.

Principali preoccupazioni:

- Privacy e protezione dei dati personali
- Bias algoritmici e discriminazione
- Responsabilità e trasparenza nelle decisioni basate sull'IA

Iniziative e tempistiche:

- Implementazione di framework etici per l'IA in vari paesi entro il 2025
- Creazione di organismi di supervisione internazionali per l'IA entro il 2027
- Sviluppo di standard globali per la "Explainable AI" entro il 2028

Capitolo 4: Governance e Regolamentazione dell'IA

4.1 Quadro Normativo Internazionale

La rapida evoluzione dell'IA richiede un approccio coordinato a livello globale per garantire uno sviluppo etico e sicuro.

Elementi chiave:

- Armonizzazione delle normative tra diversi paesi
- Definizione di standard comuni per la sicurezza e l'affidabilità dell'IA
- Meccanismi di cooperazione internazionale per affrontare sfide globali

Tempistiche previste:

- Adozione di linee guida etiche condivise a livello G20 entro il 2025
- Implementazione di un trattato internazionale sull'IA entro il 2028
- Creazione di un'agenzia ONU dedicata alla governance dell'IA entro il 2030

4.2 Responsabilità e Trasparenza

Garantire la responsabilità e la trasparenza dei sistemi di IA è fondamentale per costruire la fiducia pubblica.

Approcci chiave:

- Sviluppo di metodi per l'“Explainable AI”
- Implementazione di sistemi di audit per algoritmi di IA
- Definizione di responsabilità legali per decisioni basate sull'IA

Previsioni di implementazione:

- Obbligo di “spiegabilità” per sistemi di IA in settori critici entro il 2026
- Introduzione di “certificazioni di trasparenza” per prodotti IA entro il 2027
- Sviluppo di standard internazionali per l'audit di algoritmi entro il 2029

4.3 Formazione e Adattamento della Forza Lavoro

Preparare la società per un futuro dominato dall'IA richiede un massiccio sforzo di formazione e riqualificazione.

Strategie principali:

- Integrazione dell'educazione all'IA nei curricula scolastici
- Programmi di riqualificazione professionale su larga scala
- Collaborazioni tra industria, governo e istituzioni educative

Tempistiche e obiettivi:

- Introduzione di corsi di base sull'IA in tutte le scuole secondarie entro il 2026
- Lancio di programmi nazionali di riqualificazione in IA in almeno 50 paesi entro il 2028
- Creazione di 10 milioni di nuovi posti di lavoro legati all'IA entro il 2030

Conclusioni

Il futuro dell'Intelligenza Artificiale promette di trasformare radicalmente la nostra società, economia e il modo in cui viviamo e lavoriamo. Le innovazioni tecnologiche come le reti neurali liquide e le reti neurali a spiking apriranno nuove frontiere nelle capacità dell'IA, con applicazioni rivoluzionarie in settori critici come la sanità.

Tuttavia, questa rivoluzione tecnologica porta con sé sfide significative. La trasformazione del mercato del lavoro richiederà un massiccio sforzo di riqualificazione e adattamento.

Le questioni etiche e di governance dovranno essere affrontate con urgenza per garantire uno sviluppo dell'IA che sia benefico per tutta l'umanità. La chiave per navigare con successo in questo futuro sarà la collaborazione internazionale, la flessibilità nell'adattarsi ai cambiamenti, e un impegno costante nell'educazione e nella formazione. Solo attraverso uno sforzo concertato potremo sfruttare appieno il potenziale dell'IA per migliorare la vita umana, promuovere la crescita economica e affrontare le sfide globali.

Il percorso verso questo futuro è già iniziato, e le decisioni che prendiamo oggi plasmeranno il mondo di domani. È essenziale che governi, industrie, accademici e società civile lavorino insieme per guidare lo sviluppo dell'IA in una direzione che massimizzi i benefici e mitighi i rischi, assicurando che questa potente tecnologia serva veramente il bene comune.

<https://magazine.grandiospedali.it/2024/07/04/il-futuro-dellintelligenza-artificiale-prospettive-applicazioni-e-sfide/>

Digital Twin: La Rivoluzione della Medicina Personalizzata

Nell'era della medicina di precisione e della digitalizzazione della sanità, una tecnologia sta emergendo come potenziale rivoluzionaria: i gemelli digitali o "digital twin".

Un gemello digitale in medicina è una rappresentazione virtuale computerizzata di un paziente, dei suoi organi o processi fisiologici. Viene configurato usando dati specifici dell'individuo come profili genetici, dati clinici, stili di vita, per creare un modello in silico altamente personalizzato.

Questa replica digitale permette di studiare in modo non invasivo l'evoluzione di malattie, testare l'effetto di terapie, fare previsioni sul decorso clinico, il tutto senza rischi per il paziente reale. Inoltre, i gemelli digitali possono integrare dati biologici multi-omici in continuo aggiornamento da sensori e dispositivi medici. Le potenzialità sono rivoluzionarie: diagnosi più accurate, terapie personalizzate, medicina preventiva e predittiva. Ma ci sono anche sfide da affrontare per realizzare appieno questa visione.

Applicazioni dei gemelli digitali in sanità

I digital twin trovano applicazione in vari ambiti sanitari:

1. **Diagnosi e cura delle malattie:** permettono di simulare l'evoluzione di patologie, studiare interazioni tra malattie, farmaci e stili di vita a livello individuale. Ad esempio, in cardiologia parametri difficili da misurare possono essere valutati applicando dati di flusso e pressione sanguigna su un cuore digitale. In oncologia, consentono di predire gli effetti di trattamenti e chirurgia.
2. **Sperimentazioni cliniche virtuali:** gemelli digitali possono essere usati per condurre trial clinici in silico, riducendo costi e tempi di sviluppo farmaci. Permettono di generare coorti di pazienti virtuali per identificare controindicazioni o eventi avversi prima di procedere a studi reali.
3. **Monitoraggio dello stato di salute individuale:** integrando dati fisiologici real-time da sensori e dispositivi, i gemelli digitali possono fornire indicazioni personalizzate su prevenzione, gestione di condizioni croniche, stili di vita per individui sani o a rischio.
4. **Pianificazione di interventi chirurgici:** tramite modelli 3D di organi del paziente, i chirurghi possono simulare procedimenti complessi, valutare opzioni terapeutiche e individuare criticità prima dell'operazione, migliorando esiti e riducendo complicanze.

Iniziative e progetti europei sui gemelli digitali A livello europeo, programmi di ricerca come EDITH (European Virtual Human Twin) mirano a sviluppare un ecosistema condiviso attorno alla tecnologia dei gemelli digitali. Il progetto coinvolge 19 partner tra cui Inria (Francia), Helmholtz (Germania) ed EPFL (Svizzera).

Gli obiettivi sono: facilitare lo sviluppo di modelli virtuali interoperabili, creare repository comuni di dati e algoritmi, definire standard e best practice. Una piattaforma collaborativa viene sviluppata per accelerare la ricerca attraverso la condivisione di conoscenze. Casi d'uso iniziali riguardano tumori, malattie cardiovascolari, terapia intensiva, osteoporosi e cervello.

Sfide e prospettive future Nonostante il grande potenziale, portare i gemelli digitali nella pratica clinica presenta ancora diverse sfide:

1. **Acquisizione continua di dati da fonti eterogenee:** servono flussi real-time di dati multi-scala e multi-modalità per alimentare i modelli. Ciò richiede l'interoperabilità di sensori, cartelle cliniche elettroniche, dispositivi medici. La qualità e rappresentatività dei dati su diverse popolazioni è cruciale per evitare bias.
2. **Integrazione di modelli fisiologici e dati patient-specific:** combinare conoscenze di biologia dei sistemi con dati clinici individuali in modelli affidabili è complesso. Servono approcci ibridi che uniscano modelli meccanicistici a tecniche di machine learning.
3. **Risorse computazionali e aggiornamento real-time:** algoritmi di intelligenza artificiale e simulazioni richiedono elevate capacità di calcolo per aggiornare dinamicamente i modelli. Architetture distribuite edge-to-cloud saranno necessarie.
4. **Integrazione nella pratica clinica:** i gemelli digitali dovranno inserirsi nei flussi di lavoro esistenti dei medici. Serviranno interfacce user-friendly e formazione degli operatori. Andrà dimostrato il valore clinico in studi su larga scala.
5. **Aspetti etici, legali e sociali:** questioni di privacy, consenso, proprietà dei dati, responsabilità, dovranno essere affrontate. Servono framework etici per l'uso dei gemelli digitali, garantendo trasparenza e allineamento con i valori dei pazienti.

Una visione ambiziosa prevede gemelli digitali individualizzati disponibili per ogni cittadino, continuamente aggiornati con dati clinici, comportamentali e ambientali. Algoritmi di intelligenza artificiale elaboreranno queste informazioni per generare raccomandazioni personalizzate e allerte precoci, abilitando una medicina proattiva e preventiva.

Si passerà dalla cura delle malattie alla promozione attiva della salute, dalla reazione all'anticipazione. I cittadini, tramite i loro avatar digitali, diventeranno protagonisti attivi della gestione della propria salute in partnership con i professionisti sanitari. Sarà una rivoluzione che metterà la tecnologia al servizio della persona, migliorando esiti clinici, qualità di vita e sostenibilità dei sistemi sanitari.

Conclusioni I gemelli digitali rappresentano una frontiera entusiasmante per la medicina personalizzata e preventiva. L'integrazione di dati multi-omici in modelli computazionali aprirà prospettive rivoluzionarie per diagnosi, cura e promozione della salute.

Realizzare il pieno potenziale dei digital twin richiederà uno sforzo multidisciplinare che unisca esperti di medicina, data science, ingegneria, etica. Sarà necessario affrontare sfide tecniche e sociali, sviluppando tecnologie all'avanguardia ma anche standard condivisi e framework etici robusti.

Progetti collaborativi come EDITH stanno gettando le basi per un ecosistema europeo dei gemelli digitali. Una roadmap comune è in fase di definizione, per guidare ricerca, sviluppo e adozione di questa innovazione dirompente.

Il futuro che si prospetta è una sanità data-driven, personalizzata e partecipativa, in cui ogni individuo potrà beneficiare di una copia virtuale di sé stesso per ottimizzare benessere e longevità. I gemelli digitali costituiscono un tassello chiave per realizzare questa visione e plasmare la medicina del XXI secolo.

<https://magazine.grandiospedali.it/2024/07/02/digital-twin-la-rivoluzione-della-medicina-personalizzata/>

Il Magazine

GPT-5: la prossima rivoluzione dell'IA e le sue potenziali applicazioni nella sanità italiana

OpenAI sta lavorando al suo prossimo modello di linguaggio, GPT-5, che promette di essere un significativo balzo in avanti rispetto al suo già rivoluzionario predecessore, GPT-4. Mentre l'azienda mantiene un certo riserbo sui dettagli specifici, alcune informazioni sono emerse riguardo alle potenziali caratteristiche e alla data di rilascio di questo attesissimo aggiornamento.

Secondo fonti vicine a OpenAI, GPT-5 potrebbe vedere la luce a breve, questa estate 2024, anche se alcune voci suggeriscono che il lancio potrebbe slittare verso la fine del 2024 o l'inizio del 2025. **Sam Altman**, CEO di OpenAI, pur confermando che l'azienda è al lavoro su GPT-5, ha sottolineato l'importanza di prendersi il tempo necessario per garantire un prodotto sicuro, affidabile e responsabile.

GPT-5 promette di portare l'intelligenza artificiale a un livello superiore, grazie a una serie di caratteristiche all'avanguardia:

- Capacità di ragionamento avanzate: GPT-5 dovrebbe offrire capacità di ragionamento significativamente migliorate rispetto a GPT-4, avvicinandosi sempre più al modo di pensare umano.
- Multimodalità estesa: Si prevede che GPT-5 avrà capacità multimodali avanzate, inclusa l'elaborazione di audio, immagini, video e codice, aprendo la strada a una miriade di nuove applicazioni.
- Precisione e riduzione delle "allucinazioni": Un obiettivo chiave è migliorare l'accuratezza delle risposte e ridurre la tendenza del modello a generare informazioni false o incoerenti.
- Agenti AI autonomi: GPT-5 potrebbe includere la capacità di avviare "agenti AI" in grado di eseguire compiti complessi in modo autonomo, rivoluzionando il modo in cui interagiamo con l'IA.

- Personalizzazione avanzata: Il sistema potrebbe offrire una maggiore capacità di adattarsi alle esigenze specifiche degli utenti, rendendo l'esperienza ancora più su misura.
- Aumento della dimensione dei parametri: Si ipotizza un significativo aumento nel numero di parametri del modello, potenzialmente tra i 2 e i 5 trilioni, portando a prestazioni senza precedenti.
- Miglioramento dell'interazione vocale: Sono previsti miglioramenti nella qualità dell'audio e nelle capacità di interazione vocale, rendendo la comunicazione con l'IA ancora più naturale e fluida.

Potenziali Applicazioni nella Sanità Italiana

GPT-5 potrebbe avere un impatto significativo anche nell'ambito della sanità italiana, sia per le attività cliniche e di autogestione dei pazienti, sia per le attività amministrative e manageriali all'interno delle organizzazioni sanitarie. Per quanto riguarda le attività cliniche, GPT-5 potrebbe essere utilizzato per sviluppare chatbot e assistenti virtuali in grado di fornire informazioni mediche accurate e personalizzate ai pazienti, aiutandoli nella gestione delle loro condizioni di salute. Inoltre, GPT-5 potrebbe supportare i medici nell'analisi di grandi quantità di dati clinici, individuando pattern e correlazioni che potrebbero portare a diagnosi più precise e trattamenti più efficaci. Nell'ambito dell'autogestione, GPT-5 potrebbe essere integrato in app e dispositivi indossabili per fornire consigli personalizzati su stile di vita, dieta e attività fisica, promuovendo così un approccio più proattivo alla prevenzione delle malattie.

Per quanto riguarda le attività amministrative e manageriali, GPT-5 potrebbe automatizzare molte attività ripetitive, come la gestione delle cartelle cliniche e la compilazione di report, liberando risorse preziose da dedicare all'assistenza diretta ai pazienti. Inoltre, GPT-5 potrebbe supportare i manager nella pianificazione strategica, analizzando grandi quantità di dati per identificare aree di miglioramento e ottimizzare l'allocazione delle risorse.

OpenAI sta lavorando per rendere GPT-5 “**sostanzialmente migliore**” di GPT-4, il che potrebbe tradursi in un'intelligenza artificiale più capace di comprendere il contesto, fare inferenze e risolvere problemi complessi. Inoltre, si prevede che GPT-5 possa rappresentare un passo significativo verso l'Intelligenza Artificiale Generale (AGI), ovvero un'IA in grado di eseguire qualsiasi attività intellettuale come e meglio di un essere umano.

Mentre attendiamo il rilascio ufficiale di GPT-5, è importante notare che molte di queste informazioni sono basate su speculazioni e indiscrezioni. OpenAI continua a lavorare sull'addestramento e sui test di sicurezza del modello, e la data di rilascio effettiva potrebbe variare in base ai risultati di questi processi.

Ciò che è certo è che GPT-5 promette di essere un notevole passo avanti nel campo dell'intelligenza artificiale, con potenziali implicazioni significative per vari settori e applicazioni, inclusa la sanità italiana.

Siamo sulla soglia di una nuova era, in cui l'IA diventerà sempre più integrata nella nostra vita quotidiana, trasformando il modo in cui lavoriamo, comunichiamo e prendiamo decisioni. GPT-5 potrebbe essere la chiave per sbloccare questo futuro entusiasmante e ricco di opportunità.

<https://magazine.grandiospedali.it/2024/06/30/ci-siamo-gpt-5-sta-arrivando/>



Le Big Tech e il racconto dell'intelligenza artificiale

Il problema politico relativo allo sviluppo e alle applicazioni dei sistemi di intelligenza artificiale non riguarda l'allineamento di una mente artificiale con i nostri valori, ma il disallineamento tra gli interessi dei monopoli della tecnologia e l'interesse pubblico.

Pubblicato il 5 Luglio 2024

Daniela Tafani

L'economia delle promesse

Nella famiglia di tecnologie denominata, per ragioni di marketing, «intelligenza artificiale», alcuni genuini progressi sono stati ottenuti, a partire dal 2010, con sistemi di natura statistica, antropomorficamente definiti di «apprendimento automatico» (*machine learning*). Si tratta di sistemi che, anziché procedere secondo le istruzioni scritte da un programmatore, costruiscono modelli a partire da esempi.

Sono statistiche automatizzate, prive, in quanto tali, di intelligenza: «[sistemi probabilistici che riconoscono modelli statistici in enormi quantità di dati](#)» (Whittaker 2024). Dovrebbero perciò essere utilizzati solo per compiti con una elevata tolleranza al rischio.

La costruzione dei sistemi di apprendimento automatico richiede, tra gli altri, un'elevata potenza di calcolo e enormi quantità di dati: queste sono oggi nella disponibilità dei soli [monopoli della tecnologia](#) (le cosiddette *Big Tech*), che detengono l'accesso al mercato necessario per l'intercettazione di grandi flussi di dati e metadati individuali e le potenti infrastrutture di calcolo per la raccolta e l'elaborazione di tali dati (Lynn, von Thun, Montoya 2023).

Su tali aziende si concentrano gli investimenti del capitale di rischio.

A chi investa in capitale di rischio non serve che una tecnologia sia utile o che funzioni; serve soltanto che le persone credano che funzioni, per un tempo sufficientemente lungo da rendere possibile un ritorno sugli investimenti, e che le responsabilità per i danni causati da prodotti pericolosi o non funzionanti non ricadano sulle aziende che producono o distribuiscono tali prodotti. Il capitale di rischio è alla base di [un'economia delle promesse](#): la promessa di un enorme guadagno finanziario in breve tempo e la promessa che la tecnologia ci condurrà verso un futuro meraviglioso (Foureault 2024).

Di qui, [i messianesimi eugenetici](#) dei miliardari bianchi che invitano l'opinione pubblica a occuparsi del futuro dell'umanità, anziché del presente, e la promessa che il bene dell'umanità sarà il frutto delle tecnologie su cui questi stessi miliardari concentrano, di volta in volta, i loro investimenti (Geburu, Torres 2024).

Il modello di business dei monopoli della tecnologia si regge sulla sorveglianza di massa, che consente loro di fornire a soggetti pubblici e privati la promessa di una profilazione algoritmica e servizi di sorveglianza extragiudiziale. La stessa intelligenza artificiale è oggi una tecnologia di sorveglianza.

Nei paesi nei quali una sorveglianza generalizzata e pervasiva è vietata, il modello di business delle grandi aziende tecnologiche si basa su una «[bolla giuridica](#)» ossia sulla violazione sistematica di diritti giuridicamente tutelati e sulla scommessa che sarà il diritto a cedere.

Le aziende scommettono, in particolare, che l'illegale trasformazione in merce di tutti i dati e i metadati personali dei cittadini darà luogo non a interventi sanzionatori, bensì alla rinuncia alla tutela giuridica dei diritti fondamentali violati da tale pratica (Giraud, Forsch-Villaronga, Maltieri 2024).

Le narrazioni dei monopoli digitali

Affinché ciò accada, le *Big Tech* hanno diffuso alcune narrazioni – idee trasmesse nella forma di storie – che danno forma alla percezione pubblica del rapporto tra etica, politica, diritto e tecnologia.

Così, i monopoli della tecnologia affrontano il conflitto tra i loro interessi privati e l'interesse pubblico non con un'aperta imposizione della loro volontà, ma facendo sì che alcune narrazioni entrino a far parte del senso comune, determinando l'impostazione di fondo e gli assiomi di qualsiasi discussione pubblica sull'intelligenza artificiale (Tafani 2023b).

Si tratta di una forma di [cattura del regolatore](#) che opera nella dimensione culturale: distorcendo la concezione condivisa di ciò che è di interesse pubblico e sopprimendo la possibilità stessa di concepire alternative, si ottiene che le politiche pubbliche favoriscano le industrie che dovrebbero regolare, a scapito del reale interesse pubblico e senza che si manifestino dissensi o proteste significativi.

Il conflitto è infatti soppresso in via preliminare, attraverso narrazioni che oscurano gli interessi in gioco e producono un consenso generale, accompagnato dalla tendenza a liquidare come retrogrado o luddista chiunque non condivida in partenza l'impostazione prefissata.

Il regolatore consulterà allora, quali esperti, i lobbisti delle aziende che dovrebbe regolare, giacché condivide con loro gli schemi culturali e le assunzioni fondamentali riguardo agli obiettivi da perseguire con la regolazione stessa (Y Li 2023).

Le principali narrazioni riguardano oggi la digitalizzazione, il concetto stesso di intelligenza artificiale, il principio dell'inevitabilità della tecnologia, il principio di innovazione, il soluzionismo tecnologico, la fine del lavoro, i miti dell'eccezionalismo tecnologico e del vuoto giuridico e il ruolo dell'etica. Trattandosi di narrazioni strumentali, finalizzate a proteggere un modello di business, ne possono essere diffuse di nuove con la stessa velocità con cui si procede al lancio di una campagna di marketing. La funzione di tali narrazioni è anzitutto quella di garantire la generale accettazione della sorveglianza di massa come inevitabile e benefica: negli anni, anche nei documenti ufficiali di istituzioni sovranazionali quali l'OCSE, il termine «sorveglianza» è stato sostituito da «digitalizzazione», con uno

slittamento da una rappresentazione della sorveglianza di massa come caratteristica dei regimi totalitari, incompatibile con la protezione dei diritti fondamentali e inaccettabile entro i sistemi democratici, a una concezione positiva della medesima sorveglianza, nella sua versione digitalizzata (Padden 2023).

Con un approccio soluzionistico, in virtù del quale qualsiasi problema sociale sarebbe passibile di una soluzione tecnica, la moltiplicazione di prodotti, fabbriche e addirittura intere città *smart*, ossia connesse e in grado di trasmettere dati e metadati personali, a fini di sorveglianza e controllo, è presentata ora quale tappa inevitabile nel progresso dell'umanità, utile a meglio organizzare la società e foriera di sicurezza, efficienza e crescita economica.

La narrazione per cui «la tecnologia» sarebbe inevitabile e inarrestabile serve a nascondere gli attori umani, le loro scelte interessate e le loro responsabilità, inducendo a dare per scontato che ogni singolo sistema di intelligenza artificiale sia «qui per restare» o che «se non lo facciamo noi, lo farà qualcun altro».

Qualsiasi dibattito ha luogo perciò entro la logica del fatto compiuto, svuotando preventivamente di significato le domande sulla legittimità e sull'opportunità dello sviluppo o dell'applicazione di alcune specifiche tecnologie (Tafari 2023b).

A chi ponga tali domande, non è riconosciuto neppure il ruolo di interlocutore nel dibattito; lo si riduce a un problema – con una [«resistenza alla resistenza»](#) (Padden 2023), che mira a neutralizzare la possibilità stessa di un conflitto – che può essere risolto instillando nei cittadini, con un antropomorfismo di stampo religioso, la fiducia nell'intelligenza artificiale.

L'antropomorfizzazione dei sistemi di intelligenza artificiale

L'antropomorfizzazione dei sistemi di intelligenza artificiale è indotta dalle aziende in quanto consente loro di immettere sul mercato prodotti e servizi basati su tecnologie immature – che dovrebbero essere oggetto, al momento, di sola ricerca, non di distribuzione generalizzata e commercio – presentandoli come intelligenti e autonomi e sfuggendo così alle proprie responsabilità.

Quando sistemi statistici automatizzati siano utilizzati per prevedere il futuro di singoli individui e assumere di conseguenza decisioni rilevanti per le loro vite, si generano automaticamente discriminazioni ineliminabili contro chiunque si trovi ai margini dei modelli algoritmici di normalità. Si tratta di sistemi incompatibili con lo Stato di diritto (Tafari 2024), per i quali alcuni giuristi hanno proposto di prevedere un'automatica [«presunzione di illegalità»](#) (Malgieri, Pasquale 2024).

In virtù dell'antropomorfizzazione dell'intelligenza artificiale, le aziende, anziché ammettere che simili sistemi semplicemente non funzionano, possono sostenere che essi, come gli esseri umani, adottano talvolta decisioni discriminatorie.

Appare così plausibile che ai danni, alle ingiustizie e alla assurdità prodotte dai sistemi di apprendimento automatico si possa porre rimedio con l'etica dell'intelligenza artificiale, ossia con la moralizzazione di un sistema di calcolo, anziché, come avviene con qualsiasi prodotto pericoloso e non funzionante, con il divieto della sua distribuzione (Tafari 2023b).

Affinché i sistemi di intelligenza artificiale siano considerati agenti autonomi, anziché artefatti di cui il produttore è responsabile, gli elementi materiali necessari alla loro realizzazione – terre rare, energia, acqua e lavoro – sono in genere rimossi dalle narrazioni.

I primi due elementi sono decisivi nei conflitti geopolitici legati all'intelligenza artificiale e danno luogo a costi ambientali elevatissimi, che le aziende esternalizzano con pratiche di impostazione coloniale. Quella che appare come intelligenza artificiale richiede inoltre il lavoro nascosto di milioni di persone – per lo più prive di qualsiasi forma di diritti o tutele – alle quali sono affidate le attività necessarie al funzionamento dei sistemi di intelligenza artificiale e le operazioni che consentono di simulare un'autonomia, o un livello di affidabilità, che tali sistemi costitutivamente non possiedono e che sono tuttavia dichiarati dai produttori.

Il mito della sostituzione dei lavoratori umani con robot o sistemi informatici non ha alcun fondamento nello stato attuale di sviluppo della tecnologia: ad oggi, l'ossessione per la sostituzione dei lavoratori umani, che guida e orienta la progettazione dei sistemi di intelligenza artificiale, diffonde soprattutto un'automazione mediocre, che è di ostacolo alla produttività (Acemoglu, Johnson 2023).

Rendere invisibili gli elementi materiali dei prodotti basati su sistemi di intelligenza artificiale aiuta le aziende a sostenere che a tali sistemi, in virtù della loro novità e straordinarietà, le leggi vigenti non

siano applicabili, e che servano dunque nuove leggi, scritte *ad hoc* per ciascun sistema. Il mito del vuoto giuridico dà luogo a una corsa che vede il legislatore perennemente in affanno, nel rincorrere le più recenti novità tecnologiche, e oscura il fatto che i sistemi di intelligenza artificiale, come qualsiasi altro prodotto o servizio, sono soggetti alla legislazione ordinaria (Tafani 2023b).

Utili a sfuggire al diritto sono per le Big Tech anche gli appelli all'etica e le promesse di autoregolazione – ossia gli inviti a fidarsi del loro buon cuore e a sostituire il diritto con la declamazione di linee guida e principi etici – e l'appello al principio di innovazione, con la narrazione secondo la quale il diritto nuocerebbe all'innovazione e con ciò allo sviluppo economico e sociale. In realtà, i monopoli ostacolano qualsiasi innovazione, per quanto dirompente e benefica, che non si adatti al loro modello di business, e promuovono soprattutto un'innovazione tossica che estrae o distrugge valore, anziché produrlo. Il contrasto non è dunque tra la tutela dei diritti e il principio di innovazione, ma tra la tutela dei diritti e il modello di business delle grandi compagnie tecnologiche (Tafani 2023a).

Il problema politico relativo allo sviluppo e alle applicazioni dei sistemi di intelligenza artificiale non riguarda l'allineamento di una mente artificiale con i nostri valori, ma [il disallineamento tra gli interessi dei monopoli della tecnologia e l'interesse pubblico](#) (O'Reilly, Strauss, Mazzucato et al. 2024).

I primi mirano ad aumentare i profitti e a consolidare la propria posizione dominante, realizzando, in violazione del diritto vigente, soli sistemi di sorveglianza, controllo e estrazione del valore. In nome del secondo, invece, potrebbe essere promosso lo sviluppo non di sistemi «intelligenti», progettati per sorvegliare, manipolare o sostituire gli esseri umani e utili soltanto a una ristrettissima élite, bensì di sistemi progettati per essere utilizzati liberamente dalle persone (Doctorow 2023), per dare potere ai lavoratori e contribuire a una produzione condivisa di valore (Acemoglu, Johnson 2023).

Bibliografia essenziale

D. Acemoglu, S. Johnson, *Power and Progress. Our Thousand-Year Struggle Over Technology and Prosperity*, New York 2023 (trad. it. *Potere e progresso. La nostra lotta millenaria per la tecnologia e la prosperità*, Milano 2023).

C. Doctorow, *The Internet Con. How to Seize the Means of Computation*, London; New York 2023.

F. Fourault, *Le capital ne risque rien*, «Tèque», 2024, 4, 1, <https://www.cairn.info/revue-teque-2024-1-page-65.htm>.

T. Gebru, É.P. Torres, *The TESCREAL bundle: Eugenics and the promise of utopia through artificial general intelligence*, «First Monday», 2024, 29, 4, <https://doi.org/10.5210/fm.v29i4.13636>.

M. Giraudo, E. Fosch-Villaronga, G. Malgieri, *Competing Legal Futures. 'Commodification bets' all the way from personal data to AI*, «German Law Journal», 2024, in corso di pubblicazione, <https://doi.org/10.5281/zenodo.10849764>.

G. Malgieri, F. Pasquale, *Licensing high-risk artificial intelligence: Toward ex ante justification for a disruptive technology*, «Computer Law & Security Review», 2024, 52, <https://doi.org/10.1016/j.clsr.2023.105899>.

B. Lynn, M. von Thun, K. Montoya, *AI in the Public Interest: Confronting the Monopoly Threat*, 15 novembre 2023, <https://www.openmarketsinstitute.org/publications/report-ai-in-the-public-interest-confronting-the-monopoly-threat>.

T. O'Reilly, I. Strauss, M. Mazzucato et al., *To understand the risks posed by AI, follow the money*, «The Conversation», 10 aprile 2024, <https://theconversation.com/to-understand-the-risks-posed-by-ai-follow-the-money-225872>.

M. Padden, *The transformation of surveillance in the digitalisation discourse of the OECD: a brief genealogy*, «Internet Policy Review», 2023, 12, 3, <https://doi.org/10.14763/2023.3.1720>.

D. Tafani, *Do AI systems have politics? Predictive optimisation as a move away from the rule of law, liberalism and democracy*, «Ethics & Politics», 2024, in corso di pubblicazione, <https://zenodo.org/records/10866778>.

D. Tafani, *L'«etica» come specchietto per le allodole. Sistemi di intelligenza artificiale e violazioni dei diritti*, «Bollettino telematico di filosofia politica», 2023a, <https://commentbfp.sp.unipi.it/letica-come-specchietto-per-le-allodole/>.

D. Tafani, *Sistemi fuori controllo o prodotti fuorilegge? La cosiddetta «intelligenza artificiale» e il risveglio del diritto*, «Bollettino telematico di filosofia politica», 2023b, <https://btfp.sp.unipi.it/it/2023/05/sistemi-fuori-controllo-o-prodotti-fuorilegge/>.

M. Whittaker, *The Prizewinner's Speech*, Bundeskanzler-Helmut-Schmidt-Stiftung, 15 maggio 2024, <https://www.helmut-schmidt.de/en/news-1/detail/the-prizewinners-speech>.

W. Y Li, *Regulatory capture's third face of power*, «Socio-Economic Review», 2023, 21, 2, <https://doi.org/10.1093/ser/mwad002>.

[Qui il PDF](#)

<https://centroriformastato.it/le-big-tech-e-il-racconto-dellintelligenza-artificiale/>

Economia e sanità



Previdenza: con “Quota 100” poca occupazione e molte fughe dagli ospedali

Claudio Testuzza

“ Quota 100 ” costituisce, nel panorama dell’evoluzione normativa dell’ultimo decennio, il più rilevante canale di pensionamento alternativo di quelli con i requisiti ordinari. E’ rivolto a tutti, non è selettivo nelle caratteristiche soggettive, è limitato nella durata ma non vincolato a finestre temporali chiuse : diritti acquisiti esercitabili anche ex post. Anche se bisogna sottolineare che, al pensionato che accede alla pensione anticipata quota 100, di fatto, sia vietato cumulare al reddito da pensione l’eventuale reddito che derivi da lavoro, sia dipendente che autonomo (con l’esclusione di quello autonomo occasionale nel limite dei 5.000 euro l’anno) fino al raggiungimento dell’età ordinamentale richiesta per la pensione di vecchiaia (67 anni) o, in alternativa, fino all’ipotetico raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione anticipata ordinaria (42 anni e 10 mesi per gli uomini e 41 anni e 10 mesi per le donne). Condizione che non sembra abbia, comunque, ridotto la volontà di molti, ma, anzi, abbia ingrossato il fronte del lavoro “ in nero ”.

Il canale di pensionamento “ Quota 100 ”, sperimentale e aggiuntivo rispetto a quelli ordinari di vecchiaia e anticipato, ha permesso il pensionamento ai lavoratori iscritti alle gestioni previdenziali dell’INPS che hanno perfezionato congiuntamente, nel triennio 2019-2021, i requisiti di almeno 62 anni di età e almeno 38 di anzianità contributiva.

Soddisfatti questi requisiti entro il 2021, l’uscita con “Quota 100” può avvenire anche successivamente .

“ Quota 100 ” ha, di fatto, ai richiedenti consentito di uscire dal mercato del lavoro sino a cinque anni prima rispetto ai requisiti ordinari per la pensione di vecchiaia e per quella anticipata

A tre anni dal suo avvio e ad avvenuta scadenza del termine per maturarne i requisiti, l’istituto, sulla base dei dati dei contribuenti alle gestioni INPS e delle informazioni rilevate dal monitoraggio delle domande, ha verificato quali categorie di lavoratori abbiano fatto maggiore ricorso a “ Quota 100 ”, di quale sia stato l’effettivo tasso di adesione rispetto alle platee potenziali, di quanto il pensionamento sia stato anticipato rispetto ai requisiti ordinari “ Fornero ” e dei costi di questo canale rispetto alle attese.

Mediamente l’anticipo rispetto al più vicino dei requisiti ordinari è di 2,3 anni.

L’anticipo ha inciso in maniera significativa sul valore dell’assegno.

Mediamente lo ha ridotto del 4,5 per cento per anno di anticipo per i lavoratori autonomi, del 3,8 per cento per i dipendenti privati e del 5,2 per cento per i dipendenti pubblici. L’età media alla decorrenza si è attestata poco al di sopra di 63 anni, mentre l’anzianità media è di 39,6 anni. In base al monitoraggio dell’INPS, le domande complessivamente pervenute per “ Quota 100 ” al 31 dicembre 2021 sono state 481.444. Le domande provengono per il 49,7 per cento da dipendenti privati, per il 31,2 per cento da dipendenti pubblici e per il 19,1 per cento da lavoratori autonomi. di cui 379.860

accolte (78,9 per cento), 38.759 giacenti (8,1 per cento) e 62.825 respinte (13 per cento). La quota di domande accolte rispetto al totale delle lavorate è prossima all'86 per cento .

La gestione di liquidazione è stata prodotta da lavoro dipendente privato per quasi la metà dei casi, da lavoro dipendente pubblico per poco più del 30 per cento, da lavoro autonomo per circa il 20 per cento.

In valore assoluto le pensioni con “ Quota 100 ” sono state più concentrate al Nord, meno al Mezzogiorno e ancor meno al Centro. Sulla base del monitoraggio di riferimento, sono usciti con “ Quota ” circa 100 150.222 soggetti nel 2019, 115.189 nel 2020 e 109.021 nel 2021, per un totale di 374.432 nuovi pensionati.

Oltre un terzo delle pensioni con “ Quota 100 ” si colloca nell'intervallo di anticipo tra 12 e 24 mesi . Ciò si verifica sia per gli uomini che per le donne. Anticipi tra 24 e 60 mesi riguardano quasi il 33 per cento delle donne e circa il 43 per cento degli uomini che usano “ Quota 100 ”.

Infine, anticipi inferiori all'anno riguardano circa il 30 per cento delle donne e poco più del 20 per cento degli uomini. Gli importi lordi medi delle pensioni erogate attraverso il canale Quota 100 non mostrano significative variazioni per anno di decorrenza all'interno del medesimo comparto.

Sono invece nette le differenze sia per comparto che per genere. In media gli autonomi ricevono 1.376 euro al mese (1.088 le donne e 1.436 gli uomini), i dipendenti privati 2.088 (1.651 le donne e 2.206 gli uomini) e i dipendenti pubblici 2.161 (2.079 le donne e 2.262 gli uomini).

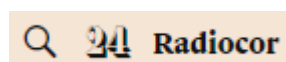
A favorire l' iniziativa di “ Quota 100 ”, era non solo l'attenzione alla flessibilità in uscita ma anche quella di non ostacolare, il fisiologico turnover generazionale nel mercato del lavoro, con ricambio anche di capitale umano e competenze : tre giovani assunti per ogni pensionato di Quota 100.

Ne era convinto l'allora vicepremier Luigi Di Maio nel 2019. E pure l'altro vicepremier Matteo Salvini che ipotizzava, addirittura, un milione di “ quotisti ” e un milione di giovani assunti, anche per giustificare una misura costosa che così si sarebbe autoripagata.

Com'è andata? In modo un po' diverso. E non solo perché ci sono stati meno della metà di prepensionamenti. Ma perché per ogni uscita le assunzioni sono state solo lo 0,7. E tutte precarie. Lo dice l'Ufficio parlamentare di bilancio (Upb) in uno studio che accompagna il suo Rapporto annuale presentato a fine giugno.

Nella “Sanità” il peso di “ Quota 100 ” è stato nella media del comparto pubblico, ma, comunque, più importante rispetto all'omologo settore nel comparto privato. Il deflusso valutabile nell'1,1 per cento degli occupati (circa 70 mila su 650 mila dipendenti) si è manifestato di più nel Mezzogiorno (1,6 per cento) e meno nel Centro (1,1 per cento) e nel Nord (0,8 per cento). La carenza di personale sanitario, e in particolare medico, non nasce, quindi, oggi , ma con il varo della quota 100, il servizio sanitario nazionale è davvero precipitato nel baratro. Accanto alla fuoriuscita di oltre 40 mila presenze del settore tecnico-infermieristico, sono stati oltre 25.000 i camici bianchi in uscita nel giro di meno di tre anni senza che ci sia stata la possibilità di sostituirli. Oggi in molti ospedali italiani il personale medico è in sofferenza e siamo anche il paese con i dottori più anziani d'Europa (l'età mediana è di 57 anni), il che porterà a un ulteriore peggioramento della situazione nei prossimi cinque-dieci anni.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-07-05/previdenza-quota-100-poca-occupazione-e-molte-fughe-ospedali-100723.php?uuid=AFCO4xWC&cmpid=nlqf>



Lavoro: Ocse, in Italia il maggior calo reale dei salari rispetto a pre-Covid

9 luglio 2024

(Il Sole 24 Ore Radiocor) - Milano, 9 lug - L'Italia e' il Paese che ha accusato il maggior calo dei salari reali tra le principali economie dell'Ocse rispetto la periodo precedente al Covid e, anche se e' previsto un recupero nei prossimi anni, gli aumenti resteranno sotto la media dei big industrializzati.

E' quanto emerge dalla nota sull'Italia dell'Employment Outlook annuale dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico.

Nel primo trimestre del 2024, i salari reali nella Penisola erano ancora inferiori del 6,9% rispetto a prima della pandemia, si legge nello studio.

La situazione e' in via di miglioramento, grazie ai rinnovi di importanti contratti collettivi, soprattutto nel settore dei servizi che hanno fatto scendere la quota di dipendenti del settore privato coperti da un contratto collettivo scaduto al 16,7% nel primo trimestre del 2024 dal 41,9% dell'anno precedente.

Questo ha contribuito a spingere la crescita dei salari negoziati al 2,8% rispetto all'anno precedente. Nel complesso, d'altro canto, la crescita dei salari reali dovrebbe rimanere contenuta nei prossimi due anni.

Si prevede che i salari nominali (ovvero la retribuzione per dipendente) in Italia aumenteranno del 2,7% nel 2024 e del 2,5% nel 2025.

Si tratta di aumenti 'significativamente inferiori' a quelli della maggior parte degli altri Paesi Ocse, ma consentiranno comunque un recupero di parte del potere d'acquisto perduto, dato che l'inflazione e' prevista all'1,1% nel 2024 e al 2% nel 2024.

In generale, rileva lo studio, in molti Paesi i salari reali sono ancora sotto il livello del 2019, anche se sono in crescita su base annua in un contesto di inflazione in calo.

Mentre stanno recuperando parte del terreno perduto, i profitti iniziano ad assorbire parte dell'aumento del costo del lavoro.

Secondo l'Ocse, "in molti Paesi c'e' spazio per fare si' che i profitti assorbano ulteriori aumenti salariali, soprattutto perche' non ci sono segnali di una spirale prezzi-salari".

https://www.ilsole24ore.com/radiocor/nRC_09.07.2024_11.00_25010250

la Repubblica

Prosegue la corsa dei super ricchi nel mondo. L'Italia cresce più degli Usa. Da noi 1.136 Paperoni con lo sconto del Fisco

Cecilia Rossi

Nel 2023 aumentano del 5,1% a livello globale. Nel nostro Paese +8,4% grazie al turismo e agli investimenti. I dati del World Wealth Report 2024

È il ritorno dei mega-ricchi: se il 2023 ha significato [povertà per 270mila italiani](#) e ristrettezze economiche [per 4 famiglie su 10](#), per i milionari del mondo è stato un anno di grande crescita: infatti non solo globalmente sono aumentati del 5,1%, ma anche i loro patrimoni sono cresciuti, precisamente del 4,7%. In termini assoluti, parliamo di 22,8 milioni di persone che hanno tra le mani un capitale con cifre a sei zeri. E a battere tutti in Europa, superando anche gli Stati Uniti, siamo proprio noi italiani. A confermarlo è il *World Wealth Report 2024*, redatto ogni anno dalla società di consulenza francese Capgemini.

Turismo e azioni: come crescono gli ultra-ricchi in Italia

Nel nostro Paese il balzo è stato, rispettivamente, dell'8,4% e dell'8,5%, in controtendenza rispetto al continente europeo, dove la percentuale di crescita dei super ricchi e la loro ricchezza sono cresciute "solo" del 4%, a causa, si legge nel report, di "un'inflazione [elevata ma in discesa](#), una lenta crescita dei PIL nazionali e un calo della domanda interna". A questo trend si sottraggono però quattro nazioni, prima fra tutte, come dicevamo, l'Italia. E la spiegazione è da ricercare nei "buoni rendimenti azionari" e nell' "[incremento del turismo](#)".

Dopo di noi la Francia, che deve i suoi 6,4% e 6,5% di crescita non solo a “un anno [record per il turismo](#)” ma anche a una “grande domanda di prodotti di lusso” e un “incremento nell’export”. Superano la media europea anche la Svizzera e la Danimarca, mentre non sfiorano neanche il 3% il Regno Unito e la Germania.

Più ricchi anche del Paese dei miliardari, ma sotto l’India

Ad essere ancora più sorprendente è il fatto che l’Italia, in termini di espansione degli ultra milionari, abbia scalzato persino gli Stati Uniti, il Paese con il [maggior numero di miliardari](#) al mondo - con una domanda interna molto alta, tassi di crescita del [PIL del 3,3%](#) e con un’economia trainata dall’innovazione e dal settore dei semiconduttori. Dall’altro lato dell’Atlantico la popolazione ricca si aumenta, ma decisamente meno, precisamente del 7,3%, e i loro patrimoni personali del 7,4%.

Inarrivabili, invece, i livelli di crescita del nuovo grande colosso in ascesa nei mercati mondiali, l’India. Nel subcontinente, infatti, gli aumenti viaggiano, per popolazione e per patrimonio, sopra il 12%.

1.136 Paperoni con il regime fiscale soft

Restando però all’Italia, un altro dato emerge in questi giorni e certifica quanto sia aumentato l’interesse dei Paperoni per il nostro Paese. Un trend destinato a crescere, anche alla luce delle novità normative in arrivo dalla Gran Bretagna dove ci dovrebbe esser la stretta sui cosiddetti “res non dom”, dal 2025. Ebbene, secondo la relazione della Corte dei Conti sul rendiconto generale dello Stato, alla fine del 2022 ben 1.136 ricchi avevano aderito al beneficio del regime fiscale di favore, che dal 2017 ha introdotto una imposta sostitutiva da 100mila euro (e 25mila per familiare) sui redditi prodotti all’estero per i Paperoni che trasferiscono la loro residenza fiscale in Italia. Un numero destinato a crescere, tanto che nel 2023 – come rileva Italia Oggi – ci sono state altri 576 interpellazioni alle Entrate, ovvero richieste preventive all’autorità fiscale. Se la misura piace ai ricchi, per i magistrati contabili resta una coltre di nebbia sugli investimenti produttivi che avrebbero dovuto portare nel nostro Paese, ragione ultima per la quale – stando allo spirito della norma – avremmo offerto loro un simile sconto.

Dove investono? Tecnologia e ambiente

Tornando a sfogliare il report di Capgemini, si scopre che i nuovi ultra-ricchi nel 2024 sembrano interessati a investire soprattutto in private equity, cripto-valute [e in ESG](#), nonostante il 39% non abbia ottenuto, da questi ultimi, rendimenti in linea con quanto sperato. Poco male, comunque il 68% ha dichiarato che farà richiesta della valutazione ESG per decidere quando investe in prodotti sostenibili.

L’1% detiene un terzo della ricchezza

All’interno del report, infine, le oltre 22 milioni di persone con patrimonio a sei zeri sono state suddivise in tre macrocategorie e inserite in una piramide. Alla base troviamo i “milionari della porta accanto”, con patrimoni che vanno da 1 a 5 milioni di dollari: rappresentano il 90% del totale e detengono il 43% della ricchezza tra gli ultra-ricchi. Sopra, i “milionari intermedi” con patrimoni tra i 5 e i 30 milioni: costituiscono il 9% e raccolgono il 23% della ricchezza. Infine, sulla punta, il famoso “1%” che, con patrimoni superiori ai 30 milioni, tengono fra le proprie mani il 34% della ricchezza.

https://www.repubblica.it/economia/2024/06/29/news/prosegue_la_corsa_dei_super_ricchi_n_el_mondo_e_in_italia_crescono_piu_che_negli_usa-423315835/?ref=RHLF-BG-P7-S1-T1