



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. 19 del 1.10.2024



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

Review realizzata in collaborazione con:

DIPARTIMENTO
DI SCIENZE SOCIALI
ED ECONOMICHE



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

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



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Nota redazionale.

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

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

Per le Istituzioni:

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

Per i dati:

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

Criteri di selezione:

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

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

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

I curatori

Giorgio Banchieri

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

Antonio Giulio de Belvis

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

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

Maurizio Dal Maso

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

Emanuele Di Simone

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

Nicoletta Dasso

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

Lidia Goldoni

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

Francesco Medici.

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

Maria Piane

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

Mario Ronchetti

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

Andrea Vannucci

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

Contatti.

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

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

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

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

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

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

Indice

Articolo di apertura	10
Quotidiano sanità - <i>Sempre a proposito di "One Health": clima, ambiente e salute...</i> G. Banchieri, L. Franceschetti, A. Vannucci	10
Quotidiano sanità - <i>Rilanciamo la sfida della lotta alla frammentazione delle reti ospedaliere nel Ssn</i> – C.M.Maffei	16
Quotidiano sanità - <i>I posti letto in più non fatti di terapia intensiva e semi intensiva: un'altra vicenda "all'italiana"</i> - C. M. Maffei	20
Scenari della sanità	21
The Lancet – <i>Un'unione sanitaria a sostegno della solidarietà sanitaria europea e nazionale</i> – F. Vanderbrouke	21
The Lancet – <i>Un mondo giusto in un pianeta sano</i> – The Lancet planetary health Commission	23
The NEIM Catalyst - <i>Il percorso verso un indice di qualità dell'equità sanitaria basato sugli incentivi</i> - Brownsyne Tucker Edmonds e altri	27
Jama Network - <i>Intervento laico per traumi di guerra e rifugiati</i> - Lori A. Zoellner e altri	28
GIMBE - <i>Gimbe: Italia al 16° posto in Europa per spesa sanitaria e ultima tra i Paesi G7, urgenti riforme e investimenti</i>	29
Il Sole 24 Ore - <i>Report Deloitte: l'inazione socio-economica inclusi pandemie, invecchiamento e crisi sanitarie costa 66mila mld \$ l'anno</i>	30
Fare sanità magazine - <i>Cosa sostituire il SSN quando non sarà più sostenibile?</i> - Elio Borgonovi	35
Il Sole 24 Ore - <i>Le pericolose debolezze del sistema sanitario e le promesse da marinaio della politica</i> – E. Jorio	37
Panorama sanità – <i>Il giudizio del popolo</i> – Giovanni Monchiero	39
La Repubblica - <i>La ricetta di Kamala Harris per ricostruire il ceto medio</i> - Paolo Mastrolilli	40
LaBoSS – <i>Giornate Fiesolane</i>	41
Scenari del SSN	45
Salute Internazionale - <i>La responsabilità della cura</i> - Guido Giustetto	45
Il Sole 24 Ore - <i>Università: saranno 15.577 i posti disponibili per le specializzazioni in Medicina</i>	47
Il Sole 24 Ore - <i>Tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali: Regioni ben lontane dalla trasparenza</i> – Fondazione GIMBE	47
La Repubblica - <i>Tagliare le spese fiscali. Ecco perché il governo dovrebbe toccare la sanità. Ma non può farlo</i> - Francesco Scinetti e Gilberto Turati dell'OCPI	52
La Repubblica - <i>Pazienti in fuga dal Sud, l'esodo che fa più ricchi gli ospedali del Nord</i> - Michele Bocci	55
Quotidiano sanità - <i>Liste d'attesa. Dal monitoraggio dei tempi alla disponibilità delle agende. Ecco le linee guida per la realizzazione della Piattaforma nazionale</i> - Luciano Fassari	57
Quotidiano sanità - <i>Liste d'attesa. Premialità per Regioni e indennità di risultato per direttori generali che riusciranno a ridurle. E più risorse al privato. Il testo del ddl pronto per l'esame del Senato</i> – G. Rodriguez	58
AO San Camillo – <i>Migliorare i processi diagnostici per la sicurezza dei pazienti</i>	63
Cultura e salute editore – <i>Con un gesto</i> – Andrea Maccari	64
Sostenibilità	65
NEJM Catalyst - <i>Come un solido braccio di pratica clinica della comunità può supportare la missione tripartita di un sistema sanitario accademico</i> - Lynne Fiscus e altri,	65
Salute Internazionale - <i>Inflazione e salute</i> - Mario Bruschi, Erika Del Prete e Letizia Fattorini	66
Quotidiano sanità - <i>Spesa sanitaria pubblica: in Italia nel 2023 è al 6,2% del pil, sotto la media Ocse e fanalino di coda del G7.</i> - GIMBE	70
Epidemiologia&Prevenzione - <i>Se aveste quattro miliardi da dare alla sanità, come li spendereste?</i>	72
Il Sole 24 Ore - <i>La promozione della libera concorrenza in Italia: un difficile equilibrio tra ombrelloni e percorsi di tutela della salute</i> - Luca Degani	73
Il Sole 24 Ore - <i>Fughe all'estero: oltre 11.720 sanitari da gennaio 2023 intenzionati a lasciare l'Italia. L'identikit di chi sogna un lavoro più gratificante oltreconfine</i> - di FOAD AODI	75
Quotidiano sanità - <i>Per tenere testa a Cina e Usa la farmaceutica europea deve cambiare passo. "Servono regole più omogenee, più investimenti pubblici e privati e un maggiore uso di Intelligenza artificiale e dati". Ecco il Piano Draghi</i> - Barbara Di Chiara	77
Quotidiano sanità - <i>Il caso Nirsevimab è un antipasto dell'autonomia differenziata</i> - Marco Geddes da Filicaia	83
Il sole 24 Ore - <i>Report Deloitte, cresce la rinuncia alle cure per motivi economici. Stabili le pagelle a sanità pubblica (6,3) e privata (7). Nodo liste d'attesa e Pnrr "sconosciuto" a 4 italiani su 10. Tecnologie e digitale da potenziare</i>	84

Il sole 24 Ore - <i>Semplificazione, temporalità chiara, monitoraggio forte, fondi e integrazione con altre patologie per assicurare equità e effettività: ecco cosa manca al nuovo Piano nazionale Cronicità per garantirne l'efficacia - SalutEquità</i>	87
La Repubblica - <i>I tagli silenziosi su sanità e pensioni. Così Giorgetti accontenta l'Europa</i> - Valentina Conte	89
Quotidiano sanità - <i>Mobilità sanitaria. Si amplia l'esodo da Sud a Nord nel 2023. Il giro d'affari sfiora i 4,6 mld</i>	90
Quotidiano sanità - <i>Crisi personale sanitario e assistenziale. Al via rete di attori non statali per dare risposte. La nuova iniziativa dell'Oms/Europa</i>	92
Il sole 24 Ore - <i>Dare valore al paziente, il progetto pilota della Asl Toscana sud est</i>	93
Forum D&D – <i>Festival Economia Critica – 04 – 05/10/2024</i>	94
Panorama Sanità – <i>Sostenere SSN – 03/10/2024</i>	95
One Health e clima	97
The Lancet – <i>Un mondo giusto su un pianeta sicuro – The Lancet Planetary Health Commission</i>	97
Science - <i>Una storia di 485 milioni di anni della temperatura superficiale della Terra</i> - Emily J. Judd e altri	99
Equologia - <i>La California è 100% Rinnovabile!</i>	100
Euro Health Net – <i>Mandati ai nuovi Commissari UE</i>	102
Panorama Sanità – <i>One Health dalle parole ai fatti</i>	106
La Repubblica - <i>Clima, la scoperta: "L'uomo si è evoluto in un'era fredda. Al caldo non siamo abituati"</i> - Elena Dusi	107
Sanità pubblica e privata	110
AiSDet - <i>Per un nuovo paradigma nel rapporto tra Sanità pubblica e privata per la tutela e per l'integrazione dei processi assistenziali e di cura</i>	110
Pandemie in essere e in arrivo	112
The Lancet – <i>Emergenza MPXV in Africa – Ester Nakkazi</i>	112
The Lancet – <i>Un appello alla solidarietà globale e all'azione rapida per controllare il MPXV</i> -J. Nagega e altri	114
The Lancet - <i>Migliorare il controllo dell'epidemia del virus Ebola attraverso la profilassi – E. H Dahid e altri</i>	114
Science - <i>Il virus MPOX potrebbe scatenare una grande epidemia in una delle città più grandi dell'Africa,</i> J.Choen	124
Quotidiano sanità - <i>MPOX. Aggiornato il Piano Onu di preparazione e risposta strategica globale. Focus su sorveglianza, ricerca e accesso equo alle cure</i>	125
Nature medicine - <i>MPOX è un'emergenza di sanità pubblica: cosa succede ora?</i> Nicaise Ndembi	126
The Lancet – <i>Il vaccino modificato di terza generazione contro il vaiolo vaccino Ankara è efficace nel prevenire la trasmissione del virus MPXV – M. Shen e altri</i>	127
La Repubblica - <i>Nuova impennata Covid, cosa può accadere se non ci vacciniamo</i> - Donatella Zorzetto	129
<i>Esperienza degli staff ospedalieri durante la pandemia di Covid: dalla crisi iniziale all'adattamento – K. Ayal e altri</i>	131
Nature Communications - <i>I 25 migliori articoli sul COVID-19 del 2023</i>	132
The Lancet – <i>Antivirali SRAS-COV-2 e condizione post Covid 19 – Z. al Aly</i>	137
The Lancet – <i>Mortalità in eccesso modesta o significativa dovuta a decessi per Covid 19 in Europa – J. Soriano altri</i>	139
The Lancet – <i>Comprendere l'eccesso di mortalità in Europa durante la pandemia da Covid 19 – L. Vertegaard altri</i>	140
Quotidiano sanità - <i>Antimicrobico resistenza. Arrivano le linee guida Oms per frenare l'inquinamento derivante dalla produzione di antibiotici</i>	142
Quotidiano sanità - <i>Arbovirosi. Al 10 settembre in Italia 412 casi confermati di Dengue, 6 di Zika virus e 12 di Chikungunya. L'aggiornamento Iss</i>	143
Quotidiano sanità - <i>Anni di vita in buona salute. Eurostat: media europea 62,2 anni. E l'Italia ai primi posti con 67,8 per le donne e 67,1 per gli uomini</i> - Eurostat	144
NEJM Catalyst - <i>Dati comparabili sui risultati riferiti dai pazienti nel mondo reale in diverse condizioni sanitarie, contesti e paesi: la collaborazione internazionale PROMIS</i> - Caroline B. Terwee e altri	145
L'ospedale che cambia	146
The NEJM - <i>Danno morale e crisi globale del personale sanitario: approfondimenti da una partnership internazionale</i> - Wendy Dean e altri	146
FIASO News - <i>Nasce Value Based Healthcare Italian Center: presentato a Roma il primo network nazionale dell'ecosistema salute Italia</i>	150
La Repubblica - <i>Nascerà a Viareggio il primo ospedale "virtuale" d'Italia</i> - a cura della redazione di Firenze	152
Accademia - <i>Le barriere tra medici nell'assistenza sanitaria: uno studio fenomenologico</i> - Cornelis AJ DeJong e altri	153
La Repubblica - <i>Soldi per 30 mila assunzioni "Ma negli ospedali pubblici non vuole venire nessuno" – M. Bocci</i>	162
Quotidiano sanità - <i>La formazione manageriale: la ennesima cosa "all'italiana"? Claudio Maria Maffei</i>	164

Il Sole 24 Ore - <i>Università: sono quasi 21mila (+1.231) i posti disponibili per Medicina e Chirurgia</i>	165
Il Sole 24 Ore - <i>Così il post professionalismo supera le barriere e promuove sinergie</i> - Renzo Ricci	166
Nursing	167
ISS - <i>Sistema sanitario e risorse umane: l'Italia ha bisogno di infermieri</i>	167
Quotidiano sanità - <i>Arriva la revisione del profilo dell'OSS e viene istituita la nuova figura dell'assistente infermiere. Ecco tutte le novità</i>	169
Nurse Time - <i>Assistente infermiere, istituita la nuova figura: chi è, come si forma e cosa fa</i>	171
Il Sole 24 Ore - <i>Professioni sanitarie: il 27 settembre gli esami di ammissione, 13.947 domande per 3.940 posti</i> Angelo Mastrillo	172
Il Sole 24 Ore - <i>Professioni sanitarie: tutti i fabbisogni formativi 2024-2025, si sale a 43.515 (+811)</i> - Angelo Mastrillo	175
Il Sole 24 Ore - <i>Carenza infermieri, da Commissione Ue 1,3 mln per potenziare l'attrattività dei sistemi sanitari e della professione. Kyriakides: «Nurse spina dorsale e fondamentali per cure di alta qualità»</i>	176
Medicina territoriale	177
Quotidiana sanità – <i>Cure primarie. “Connettere e coalizzare le risorse per rilanciare il Ssn: l'avvio di un'azione comune”</i> - Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie/Libro Azzurro	177
Quotidiana sanità – <i>Conferenza Stato Regioni. Sì al riparto delle risorse per il potenziamento di Case di Comunità, Uca e Cot</i>	178
DottNet - <i>Botta e risposta Gabbanelli-Federfarma sulle farmacie laboratorio e chi ci guadagna</i>	180
Quotidiana sanità – <i>Farmacia dei servizi. In Veneto erogate oltre 9mila prestazioni in estate</i>	182
Quotidiana sanità – <i>Integrazione socio sanitaria. Federsanità, in Veneto quinta tappa dell'osservatorio nazionale</i>	183
Sanità, sociale e Long Term Care	185
The NEJM - <i>Fragilità negli anziani</i> - Dae Hyun Kim	185
JAMA Network - <i>Fragilità nei beneficiari di Medicare Advantage e nei beneficiari di Medicare tradizionale</i> Sandra M. Shi e altri	194
La Repubblica - <i>Partono le visite via internet per 87 mila pazienti cronici: i primi mille kit per monitorare i malati</i> - Michele Bocci	200
Il Sole 24 Ore - <i>Alzheimer, 55 milioni di casi di demenza nel mondo, intervenendo su 14 fattori di rischio si potrebbero prevenire o ritardare la metà dei casi. Farmaci: orizzonte lontano</i>	202
Il Sole 24 Ore - <i>Forum internazionale Agevity: la ricetta pro sostenibilità arriva da prevenzione e patto tra generazioni</i> - di Radiocor Plus	203
Il sole 24 Ore - <i>Alzheimer, in un quarto di secolo l'Italia è rimasta (quasi) ferma. I risultati del 4° Rapporto Censis-Aima</i> - di Ketty Vaccaro, Patrizia Spadin	204
The Lancet – <i>Prevenire il suicidio: un approccio di sanità pubblica a un problema globale</i> – J. Prkis e altri	206
Quotidiana sanità – <i>Promuovere un invecchiamento attivo e in salute, una sfida ancora aperta. L'identikit degli anziani in Italia</i> – Ester Malagò	217
Il Sole 24 Ore - <i>Attuazione legge anziani, ecco il modello FIASO tra Virtual Hospital e filiera assistenziale integrata.</i>	219
Digitalizzazione e telemedicina	220
BMJ - <i>Minacce dell'intelligenza artificiale alla salute umana e all'esistenza umana</i> - Federico Federgio e altri	220
ThinkTank - <i>AI, opportunità da oltre 21 miliardi per il sistema sanitario italiano La ricerca di Rome Business School</i>	221
Il Sole 24 Ore - <i>Intelligenza artificiale, il 40% dei medici “entusiasta” ma al 18% preoccupa l'etica. Cautela su comunicazione coi pazienti e diagnosi e l'85% chiede regole e supervisione</i>	223
La Repubblica - <i>Emilio Calvano (Luiss): “Nel mercato digitale abbiamo creato mostri, ma siamo in tempo ad arginarli”</i> - Filippo Santelli	224
Quotidiana sanità – <i>Servizi di telemedicina. Arrivano le nuove linee guida Oms e Itu per renderli accessibili</i>	225
Quotidiana sanità – <i>Sanità digitale. Investire 0,24 dollari per paziente all'anno in telemedicina salverà 2 milioni di vite da malattie non trasmissibili nel prossimo decennio. Il Rapporto Oms/Itu</i>	225
Quotidiana sanità – <i>Social media. Uso problematico per l'11% dei giovani europei. Report Oms: serve più educazione all'alfabetizzazione digitale</i>	229
Economia e sanità	232
Il Sole 24 Ore - <i>Piano strutturale di bilancio: da Governo impegno a tenere la spesa in sanità oltre l'1,5% del Pil per 7 anni</i>	232
Il Sole 24 Ore - <i>Manovra/ Medici e infermieri: basta fare cassa sulla pelle del Ssn e dei professionisti</i>	233

Fisco Equo - <i>Sondaggio Demopolis-Oxfam: sistema fiscale iniquo per l'85% degli italiani, crescono le disuguaglianze</i> -Luciano Cerasa	234
Corriere della sera - <i>Conti pubblici, il piano (a due velocità) del governo: spread giù e poca crescita</i> – F. Fubini	238
Corriere della sera - <i>Istat, dalla revisione del Pil 2021-2023 quasi 100 miliardi in più: cosa cambia per la manovra</i> – M. Sensini	240
Centro Europeo di Ricerche - <i>Rapporto CER 1 /24</i>	241
Quotidiana sanità – <i>Più risorse per la sanità, monitoraggio della spesa, assunzioni e potenziamento territorio anche con partnership pubblico-privato. Ecco cosa prevede il Piano strutturale di bilancio</i> - Luciano Fassari.	242
La Repubblica - <i>Draghi, ecco il piano per far ripartire l'Europa: servono 800 miliardi l'anno. "Sfida esistenziale"</i> - Caudio Tito	245
EuroNews - <i>Ue, Mario Draghi presenta il rapporto sulla competitività: "Serve cambiamento radicale e urgente"</i>	247
La Repubblica - <i>Così il rapporto Draghi detta l'agenda alla nuova Commissione europea</i> - Catherine E. De Vries	248
La Repubblica - <i>Istat, rivista al ribasso la crescita 2023. Giù il rapporto deficit/Pil</i>	251
La Repubblica - <i>Il dumping dell'export cinese nasconde il rischio di una mega crisi finanziaria</i> - Maurizio Ricci	251

quotidianosanita.it

Sempre a proposito di “One Health”: clima, ambiente e salute...

G. Banchieri, L. Franceschetti, A. Vannucci

Per adeguare le “policy” sanitarie e sociali ad una strategia “One Health”, sarebbe necessario anche nel nostro Paese integrare considerazioni relative alla salute animale e ambientale nei servizi sanitari per garantire un approccio olistico alla salute umana.

25 SET -

Sulla Rivista “*The Lancet/Planetary Health*” è stata pubblicato di recente il Report di un Gruppo di Ricerca della Rivista dal titolo “*Un mondo giusto su un pianeta sicuro ...*”, gruppo coordinato dal Prof. Joyeeta Gupta. Nel Report gli autori affermano che “*la salute del pianeta e della sua gente è a rischio. Il deterioramento dei beni comuni globali, ovvero i sistemi naturali che sostengono la vita sulla Terra, sta esacerbando l'insicurezza energetica, alimentare e idrica e aumentando il rischio di malattie, disastri, sfollamenti e conflitti*”.

[\[https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196\(24\)00042-1/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email\]](https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(24)00042-1/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

Il Gruppo di Ricerca parte nel suo ragionamento cercando di quantificare quelli che chiama “i confini sicuri e giusti del sistema Terra” (ESB) e provano a quantificare “l'accesso minimo alle risorse naturali necessarie per la dignità umana e per consentire la fuga dalla povertà”. La definizione che danno di ESB è la seguente: “*descrizioni quantitative (quando possibile) e qualitative dei confini oltre i quali la stabilità e la resilienza dei processi del sistema Terra sono minacciate e gli esseri umani potrebbero essere sostanzialmente danneggiati*”. Gli autori considerano che gli ESB vanno oltre i confini planetari combinando elementi dal livello locale a quello globale con conoscenze provenienti da domini di scienze biofisiche e sociali.

Pertanto si cerca nel Report di descrivere “*un corridoio sicuro e giusto*” essenziale per garantire una salute umana e planetaria sostenibile e resiliente e prosperare nell'Antropocene.

Definiscono “*sicuro*” la stabilità biofisica del sistema Terra in base a principi di giustizia che includono la riduzione al minimo dei danni, il soddisfacimento delle esigenze di accesso minime e la redistribuzione delle risorse e delle responsabilità per migliorare la salute e il benessere umani.

La base del corridoio è definita dagli impatti dell'accesso globale minimo a cibo, acqua, energia e infrastrutture per la popolazione globale, in base alle variabili con cui hanno definito gli ESB. Ne discende che vivere all'interno del corridoio è necessario, perché superare gli ESB e non soddisfare i bisogni di base minaccia la salute umana e la vita sulla Terra.

Tuttavia, il semplice “*rimanere all'interno del corridoio*” non garantisce giustizia perché all'interno del corridoio le risorse possono anche essere distribuite in modo iniquo, aggravando la salute umana e causando danni ambientali.

Gli autori hanno definito otto ESB sicuri e giusti per cinque domini, la biosfera, il clima, i cicli dei nutrienti (fosforo e azoto), l'acqua dolce e gli aerosol, per ridurre il rischio di degradazione dei sistemi biofisici di supporto vitale ed evitare punti di svolta. Sette degli ESB sono già stati trasgrediti: integrità funzionale, area dell'ecosistema naturale, clima, fosforo, azoto, acque superficiali e sotterranee. L'ottavo ESB, l'inquinamento atmosferico, è stato trasgredito a livello locale in molte parti del mondo.

Gli autori sostengono che i “*confini sicuri*” garantiscano la stabilità del sistema Terra e devono salvaguardare le condizioni biofisiche complessive che permettono agli esseri umani di prosperare, però non salvaguardano necessariamente tutti dai danni o consentono un accesso minimo alle risorse per tutti. Utilizzano il concetto di “*giustizia del sistema Terra*”, inteso come obiettivo di garantire il benessere e ridurre i danni all'interno e tra generazioni, nazioni e comunità e tra esseri umani e altre specie, attraverso la giustizia procedurale e distributiva, per valutare i confini sicuri. Ovviamente la “*giustizia del sistema Terra*” consente

di riconoscere la diseguale responsabilità, l'ineguale esposizione e vulnerabilità ai cambiamenti del sistema Terra, e riconosce anche la diseguale capacità di risposta e l'ineguale accesso alle risorse. Concludono che senza trasformazione sociale e redistribuzione dell'uso delle risorse naturali il raggiungimento dei livelli di accesso minimo per le persone che vivono al di sotto del livello minimo aumenterebbe le pressioni sul sistema Terra e i rischi di ulteriori trasgressioni degli ESB.

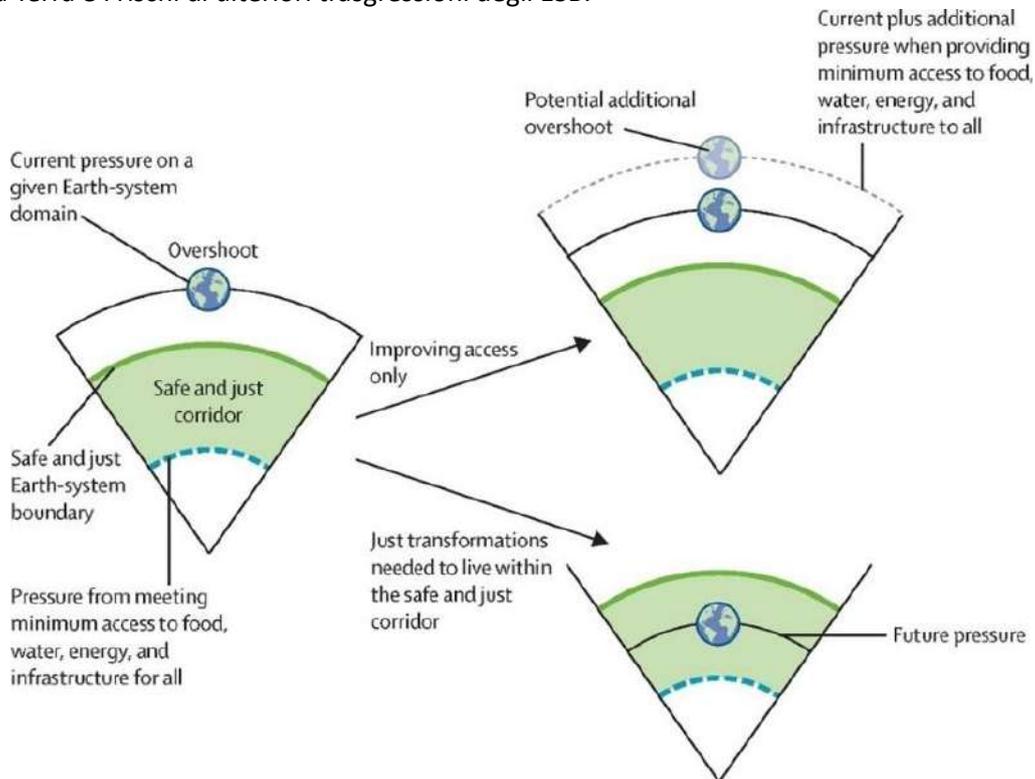


Figura 1 Attuale violazione dei confini del sistema Terra e potenziale impatto delle azioni future

Stimano anche le esigenze di accesso alle risorse per le popolazioni umane nel 2050 e gli impatti associati al sistema Terra che queste potrebbero avere.

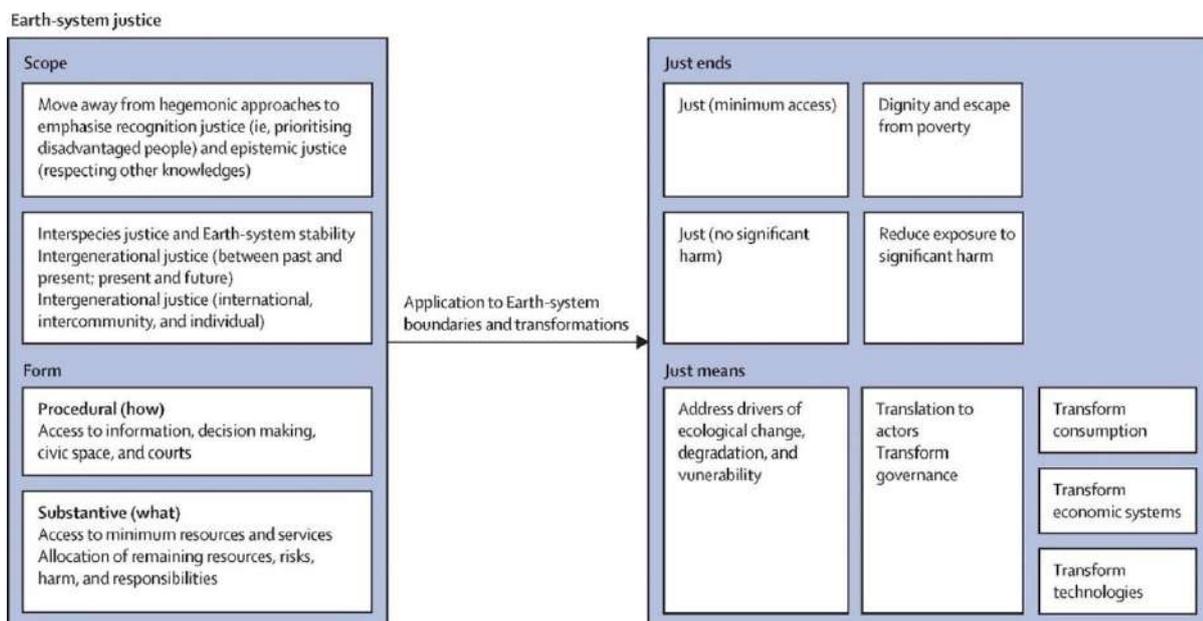


Figura 2 Concettualizzazione e operativizzazione della giustizia del sistema Terra

Le conclusioni a cui pervengono gli autori sono che l'ESB climatico sicuro e giusto verrà superato entro il 2050, anche se tutti nel mondo vivessero solo con l'accesso minimo richiesto alle risorse (né più né meno), a meno che non ci siano trasformazioni, ad esempio, dei sistemi energetici e alimentari. Quindi, un corridoio sicuro e giusto sarà possibile solo con radicali trasformazioni sociali e cambiamenti tecnologici.

In particolare gli autori individuano nelle città e nelle aziende, a causa dell'entità dei loro impatti sul sistema Terra e del loro potenziale di agire rapidamente, come possibili agenti di cambiamento. Cercano di individuare possibili approcci per tradurre ogni ESB in città e aziende tramite le fasi sequenziali da loro denominate *"trascrizione, allocazione e adeguamento"*.

Le trasformazioni necessarie dovrebbero mirare a ridurre al minimo i danni e garantire l'accesso alle risorse essenziali, affrontando al contempo i driver del cambiamento e della vulnerabilità del sistema Terra e le barriere istituzionali e sociali alle trasformazioni sistemiche, e includono la riduzione e la riallocazione dei consumi, il cambiamento dei sistemi economici, della tecnologia e della governance.

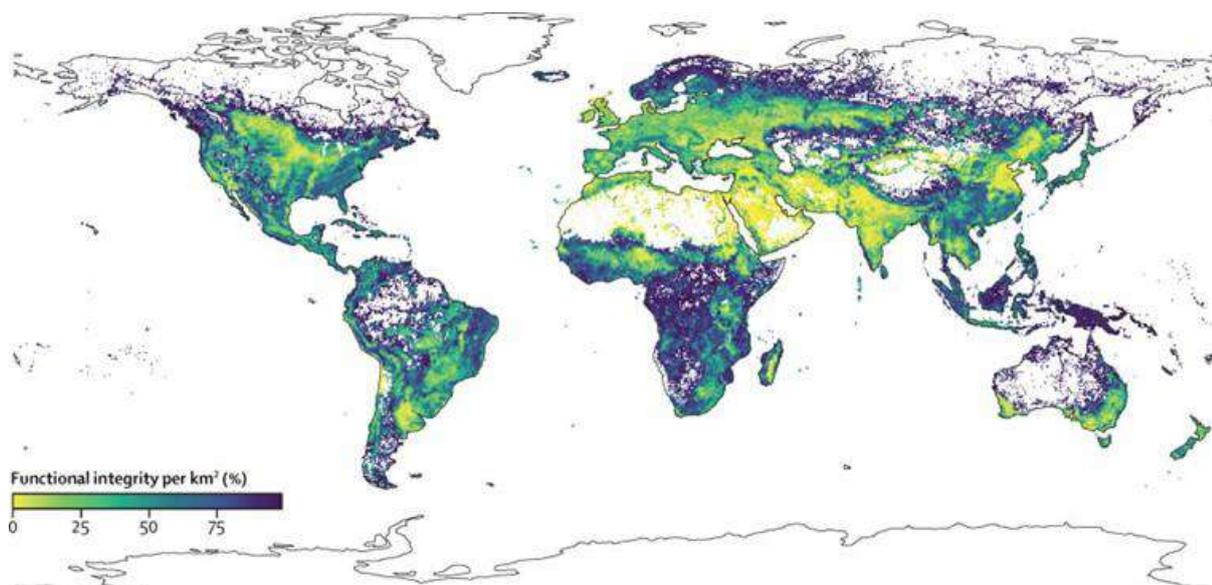


Figura 3 Distribuzione spaziale dell'integrità funzionale della biosfera nei terreni agricoli

Un pianeta giusto, sano e sicuro è essenziale.

Una buona salute, incluso il benessere fisico e mentale, è un diritto umano fondamentale, ed è al centro degli Obiettivi di sviluppo sostenibile. Gli accordi internazionali mirano già ad affrontare molti aspetti della salute planetaria, ad esempio attraverso gli SDG e il *Climate Treaty Regime*.

Promuovere un pianeta sano per tutti richiede garantire che le funzioni critiche del sistema Terra siano protette, la salute e il benessere umani siano migliorati e i bisogni minimi di tutti gli esseri umani siano soddisfatti per consentire loro di prosperare.

La Commissione *"The Lancet"* identifica un corridoio sicuro e giusto delimitato da ESB e un accesso minimo alle risorse richieste. Ha anche esaminato le implicazioni del sistema Terra nel fornire accesso alle risorse necessarie per il benessere a tutte le persone. Inoltre, hanno esaminato come gli ESB possono essere tradotti per città e aziende e suggerito trasformazioni dei sistemi socioeconomici, perché prove crescenti mostrano che sarà impossibile vivere all'interno di ESB sicuri senza affrontare l'ingiustizia. Molte regioni stanno già affrontando temperature estreme.

La figura 5 mostra le temperature massime del bulbo umido della Terra per uno scenario con un riscaldamento di 1,2 °C e 2 °C. La nicchia climatica umana descrive la relazione tra la temperatura media annuale, che è variata poco per migliaia di anni, e la densità relativa della popolazione umana. Per la maggior parte della storia umana, la densità della popolazione umana è stata maggiore in una parte piuttosto ristretta dello spazio climatico disponibile in cui la temperatura media annuale è approssimativamente compresa tra 11 °C e 15 °C.

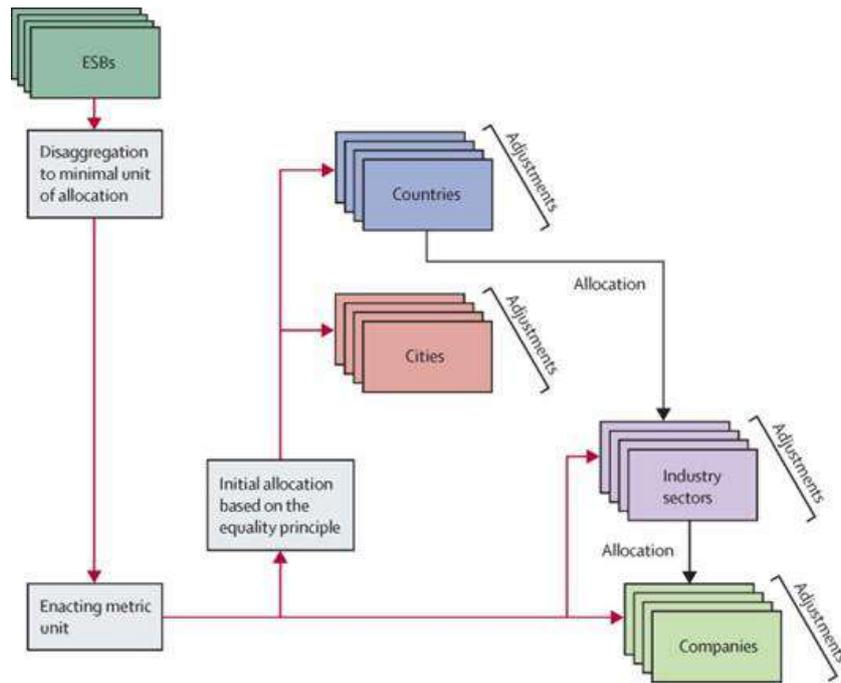


Figura 4 Esempio di allocazioni e aggiustamenti per la traduzione dei confini globali e sub-globali

Il cambiamento climatico e demografico può esporre sempre di più le persone a temperature esterne a questa nicchia climatica umana.

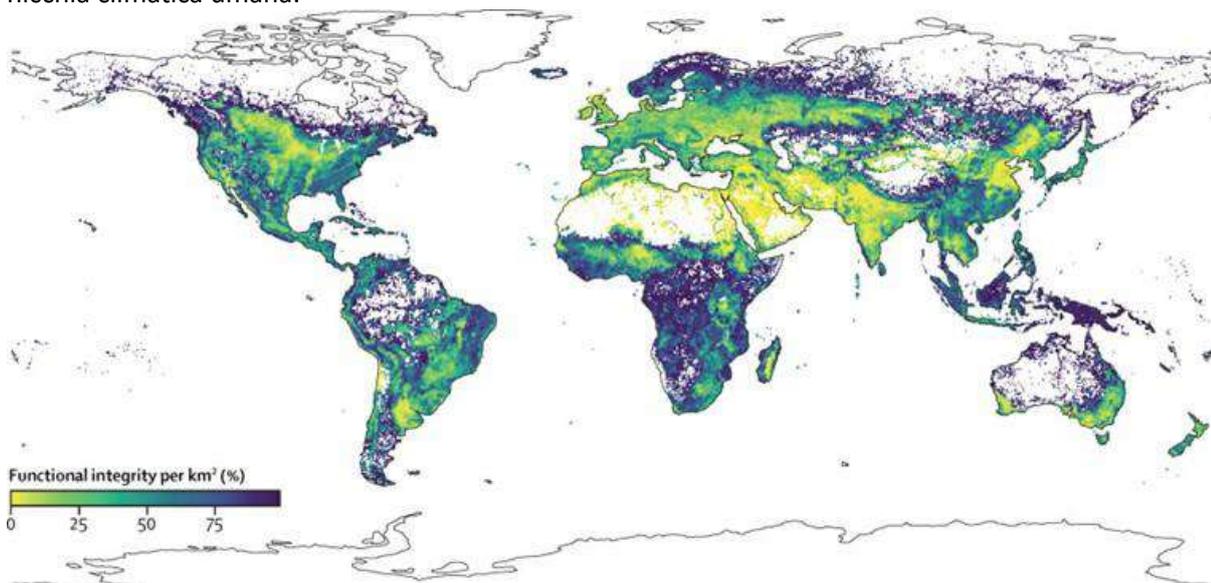


Figura 5 Distribuzione spaziale del danno da temperatura media annua >29°C in un mondo a 1,5°C (A) e paesi con la popolazione assoluta più alta (B) e popolazione relativa (C) esposta a queste temperature medie annue

Il Gruppo di Ricerca nonostante il progresso che i "suoi" ESB rappresentano, è consapevole che non tengono conto di come la permanenza all'interno dell'ESB in un dominio influenzi gli altri domini. Inoltre, i livelli minimi di accesso che ha definito non tengono conto delle risorse e dei servizi non materiali (ad esempio istruzione, assistenza sanitaria) o di come le risorse e i servizi materiali siano collegati.

Queste associazioni sono particolarmente importanti per i domini che sono strettamente collegati tramite "processi antropogenici", come la produzione agricola, l'energia, i nutrienti, l'acqua e l'area dell'ecosistema naturale della biosfera. Tenere conto delle interazioni tra ESB potrebbe rimodellare notevolmente il corridoio sicuro e giusto.

Sarebbe interessante espandere il lavoro scientifico ad altri domini, come gli oceani e nuove entità, per sviluppare ulteriormente metodi per definire confini e trasformazioni giusti, sviluppare processi di traduzione,

esplorare i dettagli dei compromessi e delle trasformazioni e quantificare i percorsi verso il “*corridoio sicuro e giusto*”.

La Ricerca di “*The Lancet*” è comunque un contributo di analisi di grande rilievo che integra e mette a sistema molte altre ricerche e basi dati.

Il concomitante lavoro di ricerca pubblicato da “*Science*”

La Rivista “*Science*” ha pubblicato, quasi in contemporaneo con “*The Lancet*”, una Ricerca dal titolo “*Una storia di 485 milioni di anni della temperatura superficiale della Terra*”, coordinata dai colleghi [Emily J. Judd](#), [Jessica E. Tierney](#), in cui gli autori cercano di “*comprendere come la temperatura media superficiale globale (GMST) sia variata nell'ultimo mezzo miliardo di anni, un periodo in cui i modelli evolutivi di flora e fauna hanno avuto un'influenza così importante sull'evoluzione del clima, è essenziale per comprendere i processi che guidano il clima*”. [<https://www.science.org/doi/10.1126/science.adk3705>]

Obiettivo della Ricerca compiere una registrazione geologica a lungo termine della *Temperatura Media Superficiale Globale (GMST)* per comprendere la storia del nostro pianeta e per contestualizzare il cambiamento climatico attuale.

Tale registrazione è necessaria per limitare la relazione tra clima e altri aspetti del sistema Terra, tra cui l'evoluzione e l'estinzione della vita e la chimica dell'atmosfera e degli oceani. Inoltre, quantificare la relazione tra GMST e concentrazioni atmosferiche di anidride carbonica (CO₂) può affinare la nostra comprensione della sensibilità climatica della Terra e migliorare le previsioni future sotto il riscaldamento antropogenico.

I ricercatori presentano il loro modello PhanDA:

- È stato creato utilizzando l'assimilazione dei dati, un metodo che integra statisticamente i dati geologici con le simulazioni dei modelli climatici.
- Indica che la temperatura della Terra è variata tra 11° e 36°C negli ultimi 485 milioni di anni.

Questo intervallo è più ampio rispetto alle precedenti ricostruzioni. PhanDA rivela caratteristiche chiave nella relazione tra GMST e gradiente di temperatura polo-equatore, tra cui amplificazione polare (vale a dire, maggiori cambiamenti di temperatura ad alte latitudini) e un abbassamento del gradiente con l'aumento di GMST.

Le temperature tropicali variano tra 22° e 42°C, confutando l'idea di un limite superiore fisso per il calore tropicale e suggerendo che la vita antica deve essersi evoluta per sopportare il calore estremo. I ricercatori analizzano PhanDA in cinque stati climatici e scoprono che, nel complesso, la Terra ha trascorso più tempo in stati climatici più caldi rispetto a quelli freddi durante il Fanerozoico. I ricercatori hanno scoperto che la temperatura della Terra è variata in modo più dinamico di quanto si pensasse in precedenza e che i climi serra erano molto caldi.

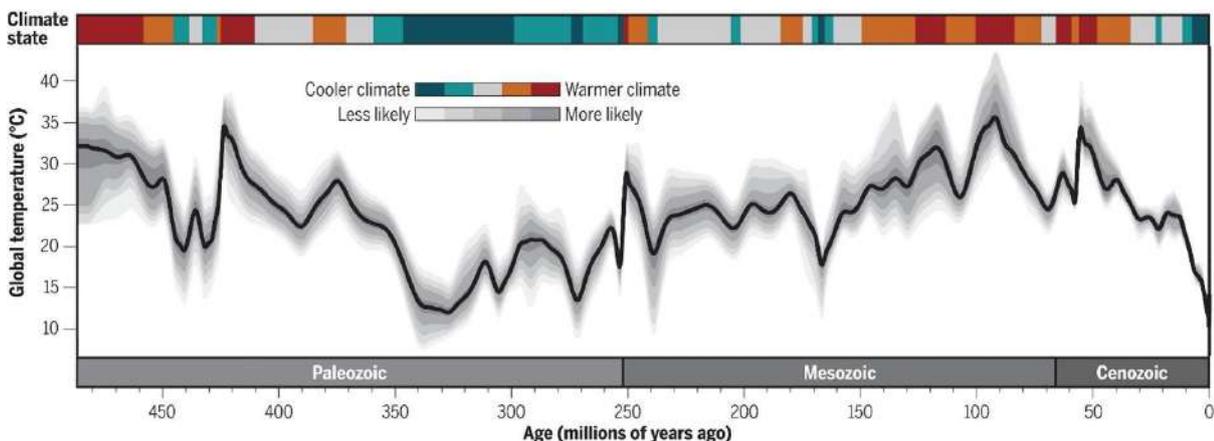


Figura 6 Temperatura media della superficie globale secondo PhanDA negli ultimi 485 milioni di anni.

La sfumatura grigia corrisponde a diversi livelli di confidenza e la linea nera mostra la soluzione media. Le bande colorate lungo la parte superiore riflettono lo stato climatico, con colori più freddi che indicano climi di tipo *icehouse* (*coolhouse* e *coldhouse*), colori più caldi che indicano climi di tipo *greenhouse* (*warmhouse* e *hothouse*) e il grigio che rappresenta uno stato di transizione.

La CO₂ è il motore dominante del clima del Fanerozoico, sottolineando l'importanza di questo gas serra nel plasmare la storia della Terra. La coerenza della sensibilità apparente del sistema Terra (~8°C) è sorprendente e meriterebbe ulteriori indagini. PhanDA fornisce un contesto critico per l'evoluzione della vita sulla Terra, nonché per i cambiamenti climatici presenti e futuri.

Considerazioni finali

Per adeguare le “policy” sanitarie e sociali ad una strategia “One Health”, sarebbe necessario anche nel nostro Paese integrare considerazioni relative alla salute animale e ambientale nei servizi sanitari per garantire un approccio olistico alla salute umana.

Ne discendono alcune azioni e indicatori che potrebbero essere considerati per misurare l'efficacia degli interventi nella promozione della salute complessiva e con ciò il raggiungimento degli obiettivi di sostenibilità:

- *Revisione dei LEA*: rivedere i LEA per includere servizi e interventi che supportano la salute umana, animale e ambientale.
- *Formazione del personale sanitario e sociale*: Integrare la formazione del personale sanitario e sociale per comprendere e gestire le interazioni tra salute umana, animale e ambientale.
- *Collaborazione interdisciplinare*: promuovere la collaborazione tra professionisti della salute umana, animale e ambientale nei processi decisionali e nella pianificazione dei servizi sanitari.
- *Sorveglianza integrata*: sviluppare sistemi di sorveglianza integrata che monitorano la salute umana, animale e ambientale per rilevare precocemente le minacce alla salute pubblica e implementare misure preventive.
- *Prevenzione delle malattie zoonotiche*: implementare interventi per prevenire la trasmissione di malattie zoonotiche attraverso la promozione di pratiche agricole sostenibili, la gestione responsabile degli animali domestici e il controllo delle malattie negli animali da allevamento.
- *Valutazione dell'impatto ambientale*: valutare l'impatto ambientale delle attività sanitarie e promuovere pratiche sostenibili per ridurre l'inquinamento ambientale e preservare la biodiversità.

In sintesi, adeguare anche i LEA a una strategia “One Health” richiede una revisione che prevede l'approccio integrato e ben equilibrato alla salute umana, animale e ambientale.

Occorre ritornare, anche se in un contesto diverso e con una visione allargata, alla costruzione di “Piani Regionali di Salute” come strumenti di integrazione di policy agricole e ambientali, sanitarie, sociali, abitative, politiche del lavoro e della formazione, nonché dei trasporti, che anche in Italia iniziarono a essere sperimentate ad inizio secolo con evidenze ancora tutte da considerare.

Al momento, le politiche e il dibattito politico tendono a non tenere conto degli impatti dell'adattamento climatico e delle trasformazioni guidate dalla mitigazione sugli esiti delle malattie infettive. Come è noto le previsioni macroeconomiche internazionali non sono espansive a causa delle molte incertezze. Eurostat e Banca d'Italia prevedono un risultato 2024 per il PIL italiano sotto l'1%. Il debito pubblico è in una crescita che dovrà in qualche modo essere contenuta e quindi possiamo prevedere un futuro nel quale i margini per rifinanziare *welfare* e sanità si restringeranno.

Le azioni del Governo italiano in riferimento alla Sanità sono fino adesso contraddittorie e mostrano tutte le difficoltà che permangono nel conciliare l'offerta di prestazioni adeguate con la sostenibilità dei relativi costi. Ci sono i tagli per oltre 15 Miliardi di Euro sulle progettualità previste con il PNRR in particolare quelle legate a temi ambientali e di riqualificazione urbana e di servizi sociali, definiti “rimodulazioni”. I tagli andranno inevitabilmente ad impattare sulla tenuta dei territori e delle comunità, sapendo che la mancanza di servizi sociali e di ambienti vivibili vanificherà in buona parte quello che è proprio l'intento del Piano e cioè l'affermazione di una solida cura ed assistenza di prossimità.

Le recenti inondazioni in Emilia Romagna e nelle Marche confermano una insipienza a fare le cose giuste. Integrare le policy di salute, e far sì che siano coerenti con la strategia *One Health*, vuol dire anche contribuire a costruire una visione di quale Paese e di quale sanità vogliamo oggi e domani, ma non vediamo in questa fase una visione strategica che abbia consapevolezza che ci sono le difficoltà, ma anche gli strumenti ed i mezzi per affrontare e vincere le sfide. Cerchiamo di fare qualcosa presto perché il futuro ci deve vedere protagonisti e non succubi.

Giorgio Banchieri

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

Laura Franceschetti,

Professoressa, Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche della Università "Sapienza" di Roma,

Andrea Vannucci,

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

Riferimenti:

- Giorgio Banchieri, Laura Franceschetti – *"L'approccio "One Health" e le policy per la sua gestione"*, Quotidiano sanità –

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=111021

- Giorgio Banchieri, Laura Franceschetti e Andrea Vannucci - *"One Health in Italia"*, Quotidiano sanità

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=111243

- Giorgio Banchieri, Laura Franceschetti e Andrea Vannucci – *"Nuovi approcci per sviluppare politiche integrate di "One Health"*, Quotidiano sanità

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=116466

- Giorgio Banchieri e Andrea Vannucci – *"Cop28, le motivazioni della "salute" e il diritto alla "sanità"*

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=118965

- Giorgio Banchieri, Laura Franceschetti e Andrea Vannucci – *"One Health" in Italia. Siamo ancora molto lontani"*, Quotidiano sanità –

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=118965

- Giorgio Banchieri, Luigi Bertinato, Laura Franceschetti e Andrea Vannucci – *"One health. Come una strategia globale può essere messa in atto in un sistema sanitario gestito da realtà geodemografiche limitate quali le singole Regioni italiane"*, Quotidiano sanità - https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=120859

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=124561

quotidianosanità.it

Rilanciamo la sfida della lotta alla frammentazione delle reti ospedaliere nel Ssn

Claudio Maria Maffei

Gentile direttore,

il dibattito sulla sanità pubblica del nostro Paese che anima questo giornale, e che ormai è in testa alle preoccupazioni sia dei cittadini che della politica (vedi il primo posto dato alla sanità nei 5 punti prioritari del progetto per l'Italia della [Segretaria del PD Elly Schlein](#)), colloca giustamente al centro il tema delle risorse umane. All'interno di questo tema la priorità viene giustamente data innanzitutto alla carenza e all'inadeguato trattamento economico del personale e poi sempre più al tema della violenza sugli operatori. Ritengo che accanto a questi problemi vada data priorità anche alla lotta alle inefficienze nell'utilizzo delle risorse umane all'interno del Ssn.

Le motivazioni di questa proposta sono banali e scontate: gli incrementi del finanziamento del Ssn, il ritocco dei tetti di spesa del personale e il miglioramento dei salari che ci possiamo aspettare nei prossimi anni non basteranno mai se alle maggiori e meglio pagate risorse umane non si farà corrispondere un loro migliore

utilizzo. E qui i margini di miglioramento sono notevoli, ovviamente con importanti differenze tra Regione e Regione e spesso all'interno della stessa Regione.

Le cause strutturali (e cioè presenti in varia misura in tutte le sanità regionali per problemi di fondo di diversa natura) delle maggiori inefficienze (a volte addirittura veri e propri sprechi) nell'utilizzo delle risorse umane del Ssn possono essere a mio parere raggruppati in almeno tre grandi tipologie:

- le inefficienze determinate dalla frammentazione e conseguente moltiplicazione dei punti di erogazione delle attività: queste inefficienze, che potremmo per comodità ricondurre ai "campanili", vanno ben al di là del tormentone dei piccoli ospedali, ma riguardano anche le strutture ospedaliere con DEA distanti tra loro pochi chilometri e tutti i servizi a gestione diretta, da quelli residenziali a quelli ambulatoriali fino ad arrivare al sistema dell'emergenza territoriale;
- le inefficienze determinate dall'inadeguato o "antiquato" utilizzo delle diverse figure professionali: queste inefficienze, che potremmo per comodità ricondurre agli "orti" professionali, attengono ad esempio ai rapporti tra medici e infermieri, tra infermieri e OSS e tra i tecnici delle diverse aree con i rispettivi dirigenti sanitari;
- le inefficienze determinate dalla inadeguata organizzazione del lavoro: queste inefficienze, che potremmo per comodità ricondurre alla sanità "di carta" (per rubare una efficace espressione usata di recente qui su Qs da [Enzo Bozza](#)) attengono all'enorme peso della burocrazia e alle carenze nella digitalizzazione dei processi.

Siccome credo nel detto milanese (come del resto faceva il grande Gianni Brera) "Ofelè fa el to mesté!" e cioè letteralmente "pasticcere fa il tuo mestiere", mi occuperò della prima tipologia di inefficienze, quelle "da campanile". Queste per chi le sanità locali le conosce da vicino hanno un peso importante, che a volte diventa addirittura enorme. Il primo e più importante capitolo in tema di inefficienze "da campanile" è quello che tratterò ancora un volta qui su Qs della frammentazione delle strutture ospedaliere pubbliche. Quando si parla di questo tema scatta un cortocircuito e la mente corre subito al ruolo e al peso dei "piccoli ospedali", che in realtà sono solo una delle forme in cui questa frammentazione si manifesta. In molte realtà regionali, come quella delle Marche che conosco bene, un peso importante in termini di impatto sulla efficienza nell'utilizzo delle risorse umane e sulla qualità complessiva delle attività ospedaliere è esercitato dall'eccessivo numero di strutture ospedaliere pubbliche con attività per acuti comprensive di quelle del Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA). Diverse di queste strutture sono relativamente vicine tra loro e sarebbe sensato nel tempo integrarle strutturalmente passando per una fase di integrazione funzionale che riduca al minimo e gestisca al meglio le duplicazioni, come sarebbe sensato ricondurre il funzionamento dei "piccoli ospedali" delle aree interne ad attività a prevalente orientamento alla gestione della cronicità riacutizzata. Se mai ce ne fosse bisogno ripeto ancora una volta (e me ne scuso) alcune delle motivazioni clinico-organizzative per cui la frammentazione delle reti ospedaliere pubbliche per acuti va governata e contenuta:

- ogni struttura ospedaliera per acuti assorbe molte risorse per la gestione della continuità assistenziale (guardie e pronte disponibilità) e in molti casi questa gestione riduce significativamente la attività programmata di area chirurgico-interventistica e costringe a ricorrere alle cooperative per la copertura dei turni specie in alcune aree;
- in presenza di "troppi" ospedali le attività di area critica rischiano di essere svolte con un numero di posti letto sub-ottimale;
- i volumi di attività in area chirurgico-interventistica non sono adeguati per garantire una sufficiente esperienza e una crescita professionale della equipe;
- aumenta il rischio di sottoutilizzo dei blocchi operatori e delle tecnologie.

Prima di tentare una stima o almeno qualche esemplificazione del peso di questa frammentazione, conviene fare qualche riflessione sulle motivazioni della scarsa popolarità della lotta alla frammentazione delle reti ospedaliere pubbliche non solo tra i cittadini, ma anche tra gli addetti ai lavori comprese le loro rappresentanze sia di tipo sindacale che scientifico. I cittadini dimostrano la loro posizione attraverso i

moltissimi “Comitati per la difesa dell’ospedale di...”, mentre tra gli addetti e quelle che ho chiamato le loro rappresentanze il richiamo va molto più spesso al taglio del numero dei posti letto e del numero degli ospedali piuttosto che non alla necessità di lavorare alla razionalizzazione della rete ospedaliera. L’atteggiamento dei cittadini nei confronti degli ospedali e la spinta verso una loro difesa a oltranza è comprensibile: l’idea che la tutela della salute avvenga soprattutto in ospedale ha radici profonde come testimoniato triade programmatica “case, scuole, ospedali” cara a [Giuseppe Saragat](#). Molto meno comprensibile, almeno ai miei occhi, è la tendenza tra gli addetti ai lavori a non includere tra le misure urgenti in difesa del Ssn la razionalizzazione delle reti ospedaliere pubbliche.

Ma quanto pesa in effetti il fenomeno della frammentazione della offerta ospedaliera? Come noto a tutti, anche se non da tutti apprezzato, la programmazione delle reti ospedaliere pubbliche ha un riferimento normativo nel Decreto Ministeriale (DM) 70 del 2015. Questo Decreto fissa una classificazione delle diverse tipologie di ospedale e un bacino di utenza di riferimento per ciascuna di esse e per ciascuna disciplina per cui può essere utilizzato come riferimento nella analisi della offerta ospedaliera nelle varie Regioni. Abbastanza curiosamente una valutazione di impatto della applicazione del DM 70 in Italia non è però mai stata fatta né dall’Agenas né dal Ministero della salute. L’unico tentativo a mia conoscenza è quello fatto alcuni anni fa dal mio amico Marcello Bozzi che in una sua [lettera a QS](#) e nello [studio allegato](#) alla stessa utilizzando i dati dell’[Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale edizione 2019](#) con i dati 2017 aveva stimato pari a 600 le unità di degenza in più rispetto agli standard di riferimento del DM 70 in termini di bacino di utenza minimo per le diverse discipline. In realtà, come riportato dallo stesso Bozzi nella lettera, la stima è approssimata per difetto vista l’abitudine di molte Regioni ad aggregare nei flussi ministeriali che alimentano l’Annuario Statistico del Ssn più stabilimenti in una unica struttura, come ho già avuto modo di commentare [qui su QS](#). Conosco però bene la realtà ospedaliera delle Marche e quindi la utilizzerò letteralmente come caso di scuola del rischio di irrilevanza cui è stato ridotto il DM 70, che ho trovato [qui](#) brillantemente definito come “ciò che è paradigmatico di una situazione, con ciò prestandosi alla reiterata applicabilità di un modello”. Mi fermo un attimo per ricordare a me e a chi ha avuto la pazienza di leggere almeno fino a qui che per una volta il mio focus sulle Marche è solo esemplificativo di un rischio, quello che le Regioni vadano a ruota libera sulla programmazione e gestione delle reti ospedaliere pubbliche quando è verosimile che le stesse siano fonte di importante “spreco” di personale sanitario, uno spreco oggi inaccettabile.

Il nostro caso di scuola, le Marche, hanno una situazione che poi sinteticamente descriverò la cui interpretazione richiede una conoscenza minima del DM 70, della popolazione della Regione (circa 1.500.000 abitanti) e della sua struttura geografica e sociale rispetto alla quale ricordo solo la concentrazione della popolazione e degli ospedali lungo la costa o nelle immediate vicinanze e la presenza di aree interne lungo la dorsale appenninica povere di strutture sanitarie. Ultima informazione: dopo decenni di governo regionale del centrosinistra nel 2020 il centrodestra trainato da Fratelli d’Italia ha vinto le elezioni con un programma tutto centrato sulla riapertura dei piccoli ospedali e la lotta a qualunque forma di razionalizzazione della rete ospedaliera “in ossequio” al DM 70. Ed ecco la situazione attuale della rete degli ospedali delle Marche:

1. non c’è alcun atto che dal 2020 ad oggi aggiorni lo stato di applicazione del DM 70 in modo da poter confrontare le sue indicazioni con quelle del Decreto;
2. gli unici atti che in modo indiretto e impreciso descrivono numero e caratteristiche degli ospedali pubblici delle Marche sono l’ultimo Piano Socio Sanitario 2023-2025 e il Masterplan di edilizia ospedaliera del febbraio 2022;
3. altre indicazioni “spot” derivano dai Decreti del dirigente che si occupa di edilizia ospedaliera;
4. alcune informazioni sono ricavabili dal Portale Statistico dell’Agenas in particolare per quanto riguarda l’assetto delle reti tempo-dipendenti;
5. rispetto alle indicazioni del DM 70 ci sono “sulla carta” dai 3 ai 4 DEA in più rispetto ai 10 massimo attesi da DM con analogo surplus di terapie intensive (spesso con un numero sub-ottimale di posti letto), cardiologie con UTIC e Pronto Soccorso con medicina d’Urgenza;

6. è prevista la possibilità di trasformare in ospedali di base (e quindi con Pronto Soccorso autonomo, copertura anestesiologicala nelle 24 ore, medicina generale, chirurgia generale e ortopedia) tre ospedali di area disagiata (e quindi con un Pronto Soccorso gestito dal DEA di riferimento, una medicina generale e una chirurgia a ciclo breve) di cui uno non ha nemmeno le caratteristiche per essere considerato tale trovandosi a meno di mezz'ora dal Pronto Soccorso più vicino;
7. in un ospedale di area disagiata si sta facendo un progetto di adeguamento con due sale operatorie in più per attività di chirurgia complessa e un reparto di chirurgia generale con 20 posti letto ordinari;
8. non è stata fatta alcuna valutazione ministeriale centrale su questa "programmazione" della rete regionale ospedaliera;
9. sulla base di questa programmazione autoreferenziale si stanno investendo e già spendendo centinaia di milioni di euro di varia provenienza (fondi ex-articolo 20, bilancio regionale e fondi europei), che renderanno strutturale per decenni la frammentazione degli ospedali pubblici delle Marche senza alcuna verifica centrale se non quella relativa al solo progetto del nuovo Ospedale di Pesaro, verifica resa indispensabile dal fatto che il progetto prevede l'utilizzo dei fondi ex-articolo 20;
10. al monitoraggio dei LEA col sistema di indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) la Regione Marche ha un punteggio altissimo (91,26) nonostante questa rete in base ai dati del Portale Statistico dell'Agenas abbia strappi importanti, come la lunghezza dei tempi di attesa in area chirurgico-interventistica e la elevata mobilità passiva, e in base ai dati del Programma Nazionale Esiti abbia gravi problemi di qualità nell'area della chirurgia oncologica.

Ovviamente in questa situazione i servizi territoriali delle Marche soffrono di una grave carenza di personale, sia ad esempio che si parli di [consultori](#), che di [assistenza domiciliare](#) o di [salute mentale](#). Cosa ci dice il caso di scuola delle Marche? Che è perfettamente possibile che una Regione programmi una rete ospedaliera frammentata e per sua natura a rischio non solo di inefficienza, ma anche di sicurezza (gli ospedali delle Marche si reggono ampiamente sulle cooperative in particolare nei Pronto Soccorso e nei Punti Nascita), e che costruisca su questa rete il proprio programma di edilizia ospedaliera senza che tutto questo intercetti i sistemi centrali di controllo. Questi in teoria esisterebbero, come il Tavolo interministeriale per il monitoraggio dell'applicazione del DM 70 che ogni tanto, ma sempre meno spesso, emerge dalle pagine di Qs (l'ultimo avvistamento risale a una [riunione del febbraio 2022](#)) e il Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici del Ministero della salute. Nel [sito del Ministero](#) si dice che questo Nucleo "dovrà verificare che i contenuti dei Programmi siano coerenti con gli atti di programmazione regionali adottati o da adottare per la riorganizzazione di servizi ospedalieri, in attuazione del D.M. 2 aprile 2015, n. 70" e che rientrano nella sua sfera di azione anche gli "interventi di realizzazione di nuovi ospedali e progetti di ristrutturazione ivi compresi quelli realizzati mediante capitali privati (PPP)". Sempre nel sito del Ministero si legge che il Nucleo può fornire un supporto tecnico alla valutazione ex ante di progetti e programmi di investimento. Certamente la Regione Marche non ha chiesto alcun supporto tecnico al Nucleo così come quasi certamente non ha sottoposto i suoi atti di riordino della assistenza ospedaliera e di programmazione della edilizia ospedaliera ai citati organi ministeriali.

Io credo che sia sbagliato evitare di affrontare il nodo della applicazione e revisione del DM 70, nodo che compare e scompare dallo scenario del dibattito sul Ssn nonostante sia chiaro a tutti, compreso il Ministro Schillaci, che oltre ad avere bisogno di più risorse il Ssn ha bisogno di usarle meglio. E usarle meglio passa innanzitutto dalla razionalizzazione delle reti ospedaliere regionali, notoriamente componente energivora ed esuberante dei sistemi sanitari regionali. Invece il trauma della pandemia sembra avere rallentato, o meglio bloccato, sia il percorso di verifica della applicazione del DM 70 che il percorso della sua revisione, che già nell'ottobre del 2021 aveva portato ad una sorta di bozza che [qui su Qs](#) era stata presentata e commentata. Da allora si è istituito più di un anno fa quel tavolo di lavoro sui DM 70 e 77 che nulla ha prodotto e nulla di buono può produrre, come [ho già ricordato poco tempo fa](#). Riaprendo la pubblicazione di Qs lo scorso 2 settembre [il Direttore](#) tra le sfide che attendono la sanità nel prossimo autunno non ha messo la revisione del

DM 70 e il tema della razionalizzazione della assistenza ospedaliera nel Ssn. Bene, Direttore, rilanciamola questa sfida!

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=124288

quotidianosanità.it

I posti letto in più non fatti di terapia intensiva e semi intensiva: un'altra vicenda "all'italiana"

Claudio Maria Maffei

Gentile direttore,

un paio di giorni fa le ho scritto [una lettera sul tema della formazione manageriale](#) proponendo di considerarla già dal titolo una cosa "alla italiana".

Ho poi riflettuto su questa espressione che rischia di passare per irrispettosa del lavoro e dell'impegno di tanti per rendere il nostro Paese un paese adeguato ai bisogni dei suoi cittadini, vecchi e (speriamo) nuovi.

In realtà, volevo solo riprendere quello che in maniera elegante e citatissima diceva in un suo aforisma [Ennio Flaiano](#) della politica italiana: la situazione è grave, ma non è seria.

Ecco a me pare che questo utilizzo alla Flaiano della espressione "all'italiana" venga buona anche per commentare e interpretare la vicenda dei posti letto non fatti di terapia intensiva e semi intensiva su cui [Qs ha richiamato giustamente e tempestivamente sin da lunedì scorso la nostra attenzione](#).

Richiamo innanzitutto l'attenzione sui numeri dei posti letto di terapia intensiva e semi intensiva di cui parliamo, numeri su cui manca chiarezza.

Secondo il [Sottosegretario Gemmato](#) fonte dei dati riportati anche su Qs, andavano realizzati 3.453 di terapia intensiva e 3.983 di terapia semi intensiva, ma secondo le [Linee di indirizzo del Ministero della Salute](#) per l'attuazione dell'art. 2 del [Decreto legge 19 maggio 2020, n. 34](#), quelli da realizzare erano rispettivamente 3.500 e 4.225. In realtà, secondo questo Decreto quelli di terapia intensiva dovevano essere strutturalmente "nuovi", mentre quelli di semi intensiva dovevano derivare da una riconversione di posti letto di area medica ed essere solo in parte aggiuntivi.

Ma con i numeri non è finita qui: GIMBE ha evidenziato come nella [rimodulazione dei fondi della Missione salute del PNRR](#) il numero di posti letto di terapia intensiva e semi intensiva finanziati siano passati rispettivamente da 3.500 a 2.692 e da 4.225 a 3.230. Insomma, una gestione "all'italiana" già a partire dai numeri, sui quali magari qualcuno mi aiuti a fare chiarezza.

Un altro motivo di scarsa serietà nella vicenda è prendere per buono il dato sui posti letto mandato dalle Regioni senza una verifica di merito.

Che cosa si intende per posto letto realizzato: un posto che risponde ai requisiti di autorizzazione o un posto che accanto a questi requisiti dispone già di un piano di utilizzo in caso di evento pandemico con personale "riservista" assegnato impegnato abitualmente in altre attività ma formato allo scopo?

Le citate [Linee di indirizzo ministeriali](#) erano al riguardo chiare: "Si sottolinea, pertanto, la necessità del mantenimento di una quota di personale medico e infermieristico, altrimenti impegnato per altri tipi di assistenza, prontamente impiegabile per rafforzare la dotazione degli organici di terapia intensiva o semintensiva.

A questo fine corsi a cadenza periodica e di aggiornamento sul campo in terapia intensiva permetteranno di mantenere nel tempo le competenze intensivologiche di base del personale dedito di norma ad altre attività."

Che questo sia stato fatto il Ministero lo ha verificato?

Nelle Marche di certo non è stato fatto e manco ci si è pensato, eppure le Marche nella tabella del Sottosegretario Gemmato sembrerebbe avere fatto quasi tutto.

La realtà regionale delle Marche, tradizionalmente rappresentativa della “media” delle realtà regionali Italiane, evidenzia come i motivi di scarsa serietà di tutta l’operazione di potenziamento delle aree critiche (intensive e semi intensive) sono molti altri:

- non esiste una rete che metta assieme dati, modelli organizzativi e percorsi di cura delle aree critiche della Regione o anche solo delle terapie intensive;
- i nuovi posti letto di terapia intensiva vengono inseriti in una rete ospedaliera incoerente col DM 70 rispetto al quale sono operative e previste 4 unità di terapia intensiva in più (il che vuol dire dimensioni sub ottimali di alcune terapie intensive e carenze di personale in tutte);
- non vi è alcuna azione volta a integrare terapie intensive e terapie semi intensive secondo il modello delle aree critiche [come proposto dal Consiglio Superiore di Sanità](#) tanto che si stanno realizzando al di fuori di questo modello 5 nuove palazzine dedicate a un DEA di primo livello.

A questo punto verrebbe da dire che i ritardi nella realizzazione dei nuovi posti letto potrebbero essere per alcune Regioni l’occasione per fare stavolta bene le cose, smentendo tutta la letteratura straniera che da sempre ci addita come incapaci di riuscirci, come [hanno fatto in tanti](#) tra cui Saul Bellow che nel suo romanzo “Il dono di Humboldt” del 197 scriveva: “Le poste non funzionano. Non ha letto che l’Italia è in sfacelo?” Fare bene le cose, il Ssn si salva anche così.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=124560

Scenari della sanità

THE LANCET *Regional Health*
Europe

Questo diario Riviste Pubblicare Clinico Salute globale Multimedia Eventi Di

COMMENTO · Online per primo, 101051, 28 agosto 2024 · Accesso Libero

Un'unione sanitaria a sostegno della solidarietà sanitaria europea e nazionale

[Frank Vandenbroucke](#) ✉

Quale dovrebbe essere l'ambizione di un'Unione Europea della Salute?

Questa è stata la domanda fondamentale posta dal governo belga durante la sua Presidenza dell'UE, una Presidenza che si è conclusa a giugno 2024 e che mirava a definire l'agenda strategica dell'UE sulla salute per i prossimi cinque anni. ¹

Ursula von der Leyen ha coniato l'espressione "Unione sanitaria europea" nel 2020, basandosi sulle iniziative intraprese in risposta al COVID-19 e traendo insegnamenti da quell'esperienza.

Nonostante una dichiarazione di intenti ampia, le misure adottate sotto l'egida dell'Unione sanitaria si sono concentrate principalmente sulla preparazione e sulla risposta alle emergenze e meno sulla resilienza complessiva dei sistemi sanitari pubblici nazionali.

Tuttavia, la pandemia ha dimostrato che sistemi sanitari accessibili e di alta qualità e una popolazione sana migliorano la resilienza alle emergenze.

Una vera Unione sanitaria europea non dovrebbe solo perseguire un ambizioso programma di condivisione del rischio a livello europeo e di azione collettiva (in particolare per affrontare la carenza di medicinali), ma anche tenere pienamente conto della resilienza dei sistemi sanitari pubblici nei suoi obiettivi, così ha sostenuto il governo belga.

Questo spiega perché noi (vale a dire il governo belga) non solo abbiamo raccolto sostegno, insieme alla Commissione europea, per misure volte a contrastare la carenza di medicinali (che vanno dall'organizzazione di un meccanismo di solidarietà intra-europeo per affrontare la carenza in singoli stati membri, al lancio di una Critical Medicines Alliance per superare le dipendenze critiche nella produzione di medicinali di base), ma abbiamo anche avviato un dibattito sulla carenza di personale sanitario e sul ruolo che la legislazione dell'UE svolge in questo, accanto ad altri argomenti che volevamo nell'agenda dei prossimi cinque anni. Questo spiega anche perché abbiamo sostenuto che una spesa sanitaria ben organizzata è un investimento sociale che ha un ritorno; non dovrebbe cadere vittima di un'enfasi unilaterale sul consolidamento fiscale nelle nuove regole di bilancio dell'UE.

I sistemi sanitari pubblici europei si basano su principi di condivisione del rischio e redistribuzione per garantire l'accesso universale all'assistenza sanitaria.

Pertanto, un'Unione sanitaria riguarda un impegno condiviso verso questi principi di solidarietà. Un'Unione sanitaria dovrebbe anche imporre o incoraggiare i suoi paesi membri a migliorare la prevenzione e altre politiche di salute pubblica per creare una base di salute pubblica più equa prima che sorgano disuguaglianze.²

Il gradiente sociale dei fattori di rischio prevenibili come il fumo e il bere è ben noto e la prevenzione è una politica egualitaria *per eccellenza*.

Il mercato interno europeo crea un'opportunità unica per un'azione collettiva su tabacco, alcol, gioco d'azzardo e cibo sano.

L'azione dell'UE su tabacco e alcol si è arenata negli ultimi anni: dovrebbe essere rilanciata, un punto sollevato durante la nostra presidenza. Sono stato quindi lieto di vedere che Ursula von der Leyen ha incluso la prevenzione nelle linee guida politiche per il suo secondo mandato.³

L'Unione Europea dovrebbe anche usare il suo potere di "modellare il mercato" per perseguire l'accessibilità universale di nuovi medicinali a tutti gli europei, negli stati membri grandi e piccoli, ricchi e poveri, il che non è la logica del mercato farmaceutico quando lasciato a se stesso.

L'accesso universale è uno degli obiettivi del pacchetto farmaceutico della Commissione.

Questo è oggetto di accesi dibattiti, ma un'Unione sanitaria dovrebbe effettivamente perseguire l'accesso universale ai medicinali e applicare i poteri di autorizzazione all'immissione in commercio dell'UE a tale scopo. Dal punto di vista di un cittadino, questa è una cartina tornasole per un'Unione sanitaria europea solidale.

Indubbiamente, un'Unione sanitaria europea non può e non deve sostituire i sistemi sanitari nazionali e le politiche di sanità pubblica: la sua missione è quella di fornire un supporto sistemico ai sistemi e alle politiche nazionali, mantenendo al contempo la sussidiarietà come principio organizzativo.⁴

Ma la sussidiarietà non deve diventare una scusa per l'inazione. Le questioni di sussidiarietà mettono in primo piano i decisori politici nazionali, preoccupati per le proprie competenze.

I cittadini sono preoccupati per la carenza di medicinali, per i nuovi farmaci inaccessibili, per la carenza di personale: devono vedere che l'UE venga in loro aiuto attraverso un'azione collettiva tangibile.

[https://www.thelancet.com/journals/lanape/article/PIIS2666-7762\(24\)00218-7/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanape/article/PIIS2666-7762(24)00218-7/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

A just world on a safe planet: a Lancet Planetary Health–Earth Commission report on Earth-system boundaries, translations, and transformations



Joyeeta Gupta, Xuemei Bai, Diana M Liverman, Johan Rockström, Dahe Qin, Ben Sewell-Koster, Juan C Rocha, Lisa Jacobson, Jesse F Abrams, Lauren S Andersen, David Armstrong-Miller, Govindaswamy Balakrishnan, Susan F Barr, David Coburn, Fabrice DeDierck, Khrulei EB, Lauren Clifford, Christopher Gordon, Syerlin Hasan, Norihiko Kasai, Timothy M Lenton, Sima Lenhart, Awar Mohamed, Nebojsa Nakicenovic, David Obura, Daniel Ojima, Klaudia Prudom, Orestis Rametok, Boris Sakachewski, Joeri Schellekens, Thejina Tharamma, Des lef van Vuuren, Peter H Verburg, Ricardo Winkelmann, Caroline Zimm, Elena Zeman, Anders Bjarn, Sjoefon Bringsma, Wendy J Broadgate, Harriet Bulkeley, Beatrice Crona, Pamela A Green, Halger Hoff, Lei Huang, Margot Hurlbert, Orsina Y A Inyang, Sir Killy, Steven J Leslie, Jinguo Li, Imran Nadeem, Christoph Nebstehing, Chikwura Njoku Okonko, Ibama Otoo, Simone Peñaloza, Leticia Pereira, Lena Schulte-Leebling, J David Tiboro, Wim de Vries, Gaf Whiteman, Qinde Xiao, Xinwu Xu, Aofei Zou, Cahn, Xin Zhang, Paolo Zedler, Catherine Zeller

Executive summary

The health of the planet and its people are at risk. The deterioration of the global commons—the natural systems that support life on Earth—is exacerbating energy, food, and water insecurity, and increasing the risk of disease, disaster, displacement, and conflict. In this Commission, we quantify safe and just Earth-system boundaries (ESBs) and assess minimum access to natural resources required for human dignity and to enable escape from poverty. Collectively, these describe a safe and just corridor that is essential to ensuring sustainable and resilient human and planetary health and thriving in the Anthropocene. We then discuss the need for translation of ESBs across scales to inform science-based targets for action by key actors (and the challenges in doing so), and conclude by identifying the system transformations necessary to bring about a safe and just future.

Our concept of the safe and just corridor advances research on planetary boundaries and the justice and Earth-system aspects of the Sustainable Development Goals. We define safe as ensuring the biophysical stability of the Earth system, and our justice principles include minimising harm, meeting minimum access needs, and redistributing resources and responsibilities to enhance human health and wellbeing. The ceiling of the safe and just corridor is defined by the more stringent of the safe and just ESBs to minimise significant harm and ensure Earth-system stability. The base of the corridor is defined by the impacts of minimum global access to food, water, energy, and infrastructure for the global population, in the domains of the variables for which we defined the ESBs. Living within the corridor is necessary, because exceeding the ESBs and not meeting basic needs threatens human health and life on Earth. However, simply staying within the corridor does not guarantee justice because within the corridor resources can also be inequitably distributed, aggravating human health and causing environmental damage. Procedural and substantive justice are necessary to ensure that the space within the corridor is justly shared.

We define eight safe and just ESBs for five domains—the biosphere (functional integrity and natural ecosystem area), climate, nutrient cycles (phosphorus and nitrogen), freshwater (surface and groundwater), and aerosols—to reduce the risk of degrading biophysical life-support systems and avoid tipping points. Seven of the ESBs have already been transgressed: functional integrity, natural ecosystem area, climate, phosphorus, nitrogen, surface water, and groundwater. The eighth ESB, air pollution, has been transgressed at the local level in many parts of the world. Although safe boundaries would ensure Earth-system stability and thus safeguard the overall biophysical conditions that have enabled humans to flourish, they do not necessarily safeguard everyone against harm or allow for minimum access to resources for all. We use the concept of Earth-system justice—which seeks to ensure wellbeing and reduce harm within and across generations, nations, and communities, and between humans and other species, through procedural and distributive justice—to assess safe boundaries. Earth-system justice recognises unequal responsibility for, and unequal exposure and vulnerability to, Earth-system changes, and also recognises unequal capacities to respond and unequal access to resources.

We also assess the extent to which safe ESBs could minimise irreversible, existential, and other major harms to human health and wellbeing through a review of who is affected at each boundary. Not all safe ESBs are just, in that they do not minimise all significant harm (eg, that associated with the climate change, aerosol, or nitrogen ESBs). Billions of people globally do not have sufficient access to energy, clean water, food, and other resources. For climate change, for example, tens of millions of people are harmed at low or levels of warming that are defined in the safe ESB, and thus to avoid significant harm would require a more stringent ESB. In other domains, the safe ESBs align with the just ESBs, although some need to be modified, or complemented with local standards, to prevent significant harm (eg, the aerosols ESB).

Lancet Planetary Health 2024

Published Online

September 11, 2024

[https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(24\)00043-1](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(24)00043-1)

[https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(24\)00043-1](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(24)00043-1)

A research Institute for Social

Science Research, University of

Alexander, A research,

Netherlands (Prof J Gupta PhD)

D Coburn MSc, E Professor MSc,

L Berman PhD, J Professor PhD,

F Professor MSc, G Garcia MSc,

ISE-Deift Institute for Water

Education, Delft, Netherlands

(Prof J Gupta, Fenner School of

Environment & Society,

Australian National University,

Canberra, ACT, Australia

(Prof X Bai PhD), J Late PhD,

School of Geography,

Development and

Environment, University of

Arizona, Tucson, AZ, USA

(Prof DM Liverman PhD),

L Global PhD, Potsdam

Institute for Climate Impact

Research, Leibniz Association,

Potsdam, Germany

(Prof J Rockström PhD),

LS Academic PhD, L Latham PhD,

E Gutschewski PhD,

Prof DM Ingham PhD,

Institute of Environmental

Science and Geography

(Prof J Schellekens) and Institute

of Physics and Astronomy

(Prof E Winkelmann), University

of Potsdam, Potsdam,

Germany, State Key Laboratory

of Cryospheric Science,

Northeast Institute of Eco-

Environment and Resources,

Chinese Academy of Sciences,

Lanzhou, China (Prof D Qin PhD),

Prof CXiao PhD, China

Metereological

Administration, Beijing, China

(Prof D Qin X Xu PhD),

University of Chinese Academy

of Sciences, Beijing, China

(Prof D Qin X Xu), Australian

www.thelancet.com/journal/planetary-health Published online September 11, 2024. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(24\)00043-1](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(24)00043-1)

1

Sintesi

La salute del pianeta e della sua gente è a rischio. Il deterioramento dei beni comuni globali, ovvero i sistemi naturali che sostengono la vita sulla Terra, sta esacerbando l'insicurezza energetica, alimentare e idrica e aumentando il rischio di malattie, disastri, sfollamenti e conflitti. In questa Commissione, quantifichiamo i confini sicuri e giusti del sistema Terra (ESB) e valutiamo l'accesso minimo alle risorse naturali necessarie per la dignità umana e per consentire la fuga dalla povertà. Collettivamente, questi descrivono un corridoio sicuro e giusto che è essenziale per garantire una salute umana e planetaria sostenibile e resiliente e prosperare nell'Antropocene. Discutiamo quindi della necessità di tradurre gli ESB su più scale per informare gli obiettivi

basati sulla scienza per l'azione degli attori chiave (e le sfide nel farlo) e concludiamo identificando le trasformazioni del sistema necessarie per realizzare un futuro sicuro e giusto.

Il nostro concetto di corridoio sicuro e giusto promuove la ricerca sui confini planetari e sugli aspetti di giustizia e sistema Terra degli Obiettivi di sviluppo sostenibile. Definiamo sicuro come garanzia della stabilità biofisica del sistema Terra e i nostri principi di giustizia includono la riduzione al minimo dei danni, il soddisfacimento delle esigenze di accesso minime e la redistribuzione delle risorse e delle responsabilità per migliorare la salute e il benessere umani. Il limite massimo del corridoio sicuro e giusto è definito dai più rigorosi ESB sicuri e giusti per ridurre al minimo i danni significativi e garantire la stabilità del sistema Terra. La base del corridoio è definita dagli impatti dell'accesso globale minimo a cibo, acqua, energia e infrastrutture per la popolazione globale, nei domini delle variabili per cui abbiamo definito gli ESB. Vivere all'interno del corridoio è necessario, perché superare gli ESB e non soddisfare i bisogni di base minaccia la salute umana e la vita sulla Terra. Tuttavia, il semplice rimanere all'interno del corridoio non garantisce giustizia perché all'interno del corridoio le risorse possono anche essere distribuite in modo iniquo, aggravando la salute umana e causando danni ambientali. La giustizia procedurale e sostanziale sono necessarie per garantire che lo spazio all'interno del corridoio sia giustamente condiviso.

Definiamo otto ESB sicuri e giusti per cinque domini, la biosfera (integrità funzionale e area dell'ecosistema naturale), il clima, i cicli dei nutrienti (fosforo e azoto), l'acqua dolce (superficiale e sotterranea) e gli aerosol, per ridurre il rischio di degradazione dei sistemi biofisici di supporto vitale ed evitare punti di svolta. Sette degli ESB sono già stati trasgrediti: integrità funzionale, area dell'ecosistema naturale, clima, fosforo, azoto, acque superficiali e sotterranee. L'ottavo ESB, l'inquinamento atmosferico, è stato trasgredito a livello locale in molte parti del mondo. Sebbene i confini sicuri garantiscano la stabilità del sistema Terra e quindi salvaguardino le condizioni biofisiche complessive che hanno permesso agli esseri umani di prosperare, non salvaguardano necessariamente tutti dai danni o consentono un accesso minimo alle risorse per tutti. Utilizziamo il concetto di giustizia del sistema Terra, che cerca di garantire il benessere e ridurre i danni all'interno e tra generazioni, nazioni e comunità e tra esseri umani e altre specie, attraverso la giustizia procedurale e distributiva, per valutare i confini sicuri. La giustizia del sistema Terra riconosce la diseguale responsabilità, l'inequale esposizione e vulnerabilità ai cambiamenti del sistema Terra, e riconosce anche la diseguale capacità di risposta e l'inequale accesso alle risorse.

Valutiamo anche la misura in cui gli ESB sicuri potrebbero minimizzare danni irreversibili, esistenziali e altri danni gravi alla salute e al benessere umani attraverso un'analisi di chi è interessato a ogni confine. Non tutti gli ESB sicuri sono giusti, in quanto non minimizzano tutti i danni significativi (ad esempio, quelli associati ai cambiamenti climatici, agli aerosol o agli ESB di azoto). Miliardi di persone in tutto il mondo non hanno accesso sufficiente a energia, acqua pulita, cibo e altre risorse. Per i cambiamenti climatici, ad esempio, decine di milioni di persone subiscono danni a livelli di riscaldamento inferiori a quelli definiti nell'ESB sicuro e, quindi, per evitare danni significativi sarebbe necessario un ESB più rigoroso. In altri domini, gli ESB sicuri si allineano agli ESB giusti, sebbene alcuni debbano essere modificati o integrati con standard locali per prevenire danni significativi (ad esempio, l'ESB degli aerosol).

Esaminiamo le implicazioni del raggiungimento degli SDG sociali nel 2018 attraverso un esercizio di modellizzazione dell'impatto e quantifichiamo l'accesso minimo alle risorse richieste per la dignità umana di base (livello 1) e le risorse minime richieste per consentire la fuga dalla povertà (livello 2). Concludiamo che senza trasformazione sociale e redistribuzione dell'uso delle risorse naturali (ad esempio, dai principali consumatori di risorse naturali a coloro che attualmente non hanno un accesso minimo a queste risorse), il raggiungimento dei livelli di accesso minimo per le persone che vivono al di sotto del livello minimo aumenterebbe le pressioni sul sistema Terra e i rischi di ulteriori trasgressioni degli ESB.

Stimiamo anche le esigenze di accesso alle risorse per le popolazioni umane nel 2050 e gli impatti associati al sistema Terra che queste potrebbero avere. Prevediamo che l'ESB climatico sicuro e giusto verrà superato entro il 2050, anche se tutti nel mondo vivessero solo con l'accesso minimo richiesto alle risorse (né più né meno), a meno che non ci siano trasformazioni, ad esempio, dei sistemi energetici e alimentari. Quindi, un corridoio sicuro e giusto sarà possibile solo con radicali trasformazioni sociali e cambiamenti tecnologici.

Vivere all'interno del corridoio sicuro e giusto richiede l'operatività degli ESB da parte di attori chiave a tutti i livelli, che può essere ottenuta tramite una traduzione su scala trasversale (per cui risorse e responsabilità per le riduzioni dell'impatto sono equamente condivise tra gli attori). Ci concentriamo su città e aziende a

causa dell'entità dei loro impatti sul sistema Terra e del loro potenziale di agire rapidamente e agire come agenti di cambiamento. Esploriamo possibili approcci per tradurre ogni ESB in città e aziende tramite le fasi sequenziali di trascrizione, allocazione e adeguamento. Evidenziamo come diversi elementi della giustizia del sistema Terra possano essere riflessi nelle fasi di allocazione e adeguamento scegliendo approcci di condivisione appropriati, informati dal contesto di governance e da condizioni abilitanti più ampie. Infine, discutiamo le trasformazioni di sistema che potrebbero spostare l'umanità in un corridoio sicuro e giusto e ridurre i rischi di instabilità, ingiustizia e danni alla salute umana. Queste trasformazioni mirano a ridurre al minimo i danni e garantire l'accesso alle risorse essenziali, affrontando al contempo i driver del cambiamento e della vulnerabilità del sistema Terra e le barriere istituzionali e sociali alle trasformazioni sistemiche, e includono la riduzione e la riallocazione dei consumi, il cambiamento dei sistemi economici, della tecnologia e della governance.

[https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196\(24\)00042-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(24)00042-1/fulltext)



Panoramica

Il recupero del sistema sanitario da eventi dirompenti presenta una finestra di opportunità per miglioramenti sostanziali, applicando lezioni da esperienze in corso o passate con shock per ricostruire meglio. Pertanto, oltre a facilitare il ripristino dello stato precedente allo shock, i processi di recupero dei sistemi sanitari, inclusa la pianificazione, possono anche affrontare lacune, debolezze e disuguaglianze preesistenti e in corso facilitando un miglioramento continuo e sistematico che porta a migliori prestazioni e resilienza.

Questo prodotto tecnico dell'OMS mira a supportare i paesi nel dare priorità e integrare il recupero del sistema sanitario attraverso una pianificazione efficace come parte degli sforzi per costruire la resilienza del sistema sanitario a supporto della copertura sanitaria universale, della sicurezza sanitaria e dello sviluppo socioeconomico. Sebbene questo documento sia sviluppato per l'applicazione nel contesto del recupero, è adattabile ad altri processi di rafforzamento e riforma del sistema sanitario avviati nel riconoscimento di lacune nelle funzioni del sistema sanitario, non necessariamente nel contesto di un evento shock.

Il pubblico di riferimento è costituito dalle autorità sanitarie a livello nazionale e subnazionale dei paesi, dall'OMS, da altre agenzie delle Nazioni Unite, dai partner tecnici e dai donatori con un ruolo di supporto ai sistemi sanitari in qualsiasi contesto.

Per saperne di più:

[Resilienza dei sistemi sanitari](#)

[Rafforzare la resilienza del sistema sanitario alle sfide della sanità pubblica: linee guida per l'implementazione nei paesi](#)

[Rafforzare la resilienza dei sistemi sanitari per una copertura sanitaria universale e la sicurezza sanitaria durante la pandemia di COVID-19 e oltre: documento di posizione dell'OMS](#)

[Pianificazione della continuità dei servizi sanitari per le emergenze di sanità pubblica: un manuale per le strutture sanitarie](#)

[Collezione speciale: Ripresa dei sistemi sanitari nel contesto del COVID-19 e del conflitto prolungato](#)

[Pacchetto di esercizi di simulazione della resilienza dei sistemi sanitari](#)

[Corso di formazione online OpenWHO: un approccio integrato per rafforzare la resilienza dei sistemi sanitari](#)

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240097810>

Il percorso verso un indice di qualità dell'equità sanitaria basato sugli incentivi

[Brownsyne Tucker Edmonds](#), [Kayleigh Adrian](#), [Rachael Peters](#),

Pubblicato il 21 agosto 2024

NEJM Catal Innov Care Deliv 2024 ; 5 (9)

DOI: 10.1056/CAT.24.0059

Astratto

A luglio 2021, Indiana University Health (IU Health) ha avviato un'iniziativa trasformativa per l'equità sanitaria che ha avuto inizio con l'istituzione di un Office of Health Equity Research and Engagement (HERE), con una strategia quinquennale incentrata sull'integrazione dell'equità nei suoi valori fondamentali e sul miglioramento delle prestazioni cliniche.

HERE ha concentrato il suo lavoro iniziale sullo sviluppo di una misura delle prestazioni di equità incentivata per la Promise Dashboard, la dashboard leader del sistema sanitario.

Nel 2023, l'Health Equity Quality Index (HEQI) è stato aggiunto alla Promise Dashboard come metrica di controllo; l'indice varia da 0 a 5, con 5 come punteggio migliore.

Questo indice dà priorità a tre principali disparità razziali: ipertensione controllata, vaccinazioni infantili completate e gravi complicazioni ostetriche (SOBC).

L'iniziativa ha trascorso 6 mesi (da aprile 2022 a ottobre 2022) analizzando i dati storici per preparare il modello e identificare le aree iniziali con le maggiori disparità.

Questo processo ha rivelato significative disparità razziali (ad esempio, neri-bianchi) in tre aree cliniche: salute cardiovascolare, materna/infantile e comportamentale.

L'HEQI è stato quindi progettato per valutare le prestazioni a livello di sistema in base a queste disparità, con un approccio incentivato che assegna punti per il mantenimento o la riduzione delle dimensioni della disparità.

L'indice viene valutato in base ai livelli di prestazione di 12 mesi, rispetto ai gap di disparità di base calcolati nel 2022.

Non vengono assegnati punti se la disparità diventa maggiore della base; in caso contrario, possono essere assegnati da 1 a 5 punti per il mantenimento o la riduzione delle dimensioni della disparità.

Un Health Equity Performance Improvement Council (HEPIC), formato nel 2023, ha allineato IU Health ai nuovi requisiti di indagine della Joint Commission e ha svolto un ruolo fondamentale nell'implementazione di piani di equità sanitaria nel suo sistema sanitario statale.

A maggio 2023 sono emerse sfide tecniche impreviste, che hanno avuto un impatto sulla misurazione dei livelli SOBC, a causa di un errore di classificazione errata dei dati.

Una correzione successiva ha svelato una tendenza alla disparità tra bianchi e neri, che ha richiesto una ricalibrazione delle strategie.

Allo stesso modo, raggiungere il controllo dell'ipertensione e contemporaneamente colmare il divario di disparità si è rivelato impegnativo.

Tuttavia, interventi mirati basati su prove, tra cui l'impiego di operatori sanitari della comunità e programmi di monitoraggio remoto dei pazienti, hanno prodotto progressi.

Un'altra sfida ha comportato la riorganizzazione delle mentalità culturali dei team di qualità e sicurezza. Prima dell'HEQI, le disparità non venivano considerate nel processo decisionale clinico o nell'allocazione delle risorse e la disaggregazione dei dati per rivelare le disparità non era una procedura standard.

Nonostante gli ostacoli, a dicembre 2023, le disparità nell'immunizzazione infantile sono migliorate del 30% (riducendo il divario di 6,41 punti, dal 21% di base al 14,59%) e l'HEQI, che è migliorato dal 1,33 di base a 1,67, indica progressi, che sono stati guidati principalmente da questa riduzione della disparità nell'immunizzazione infantile.

Questa iniziativa, fungendo da banco di prova per il miglioramento delle prestazioni in termini di disparità, sottolinea l'importanza della disaggregazione dei dati, degli interventi innovativi, dell'analisi continua dei dati e degli sforzi sostenuti per promuovere l'equità sanitaria a livello sistemico e specifico del paziente.

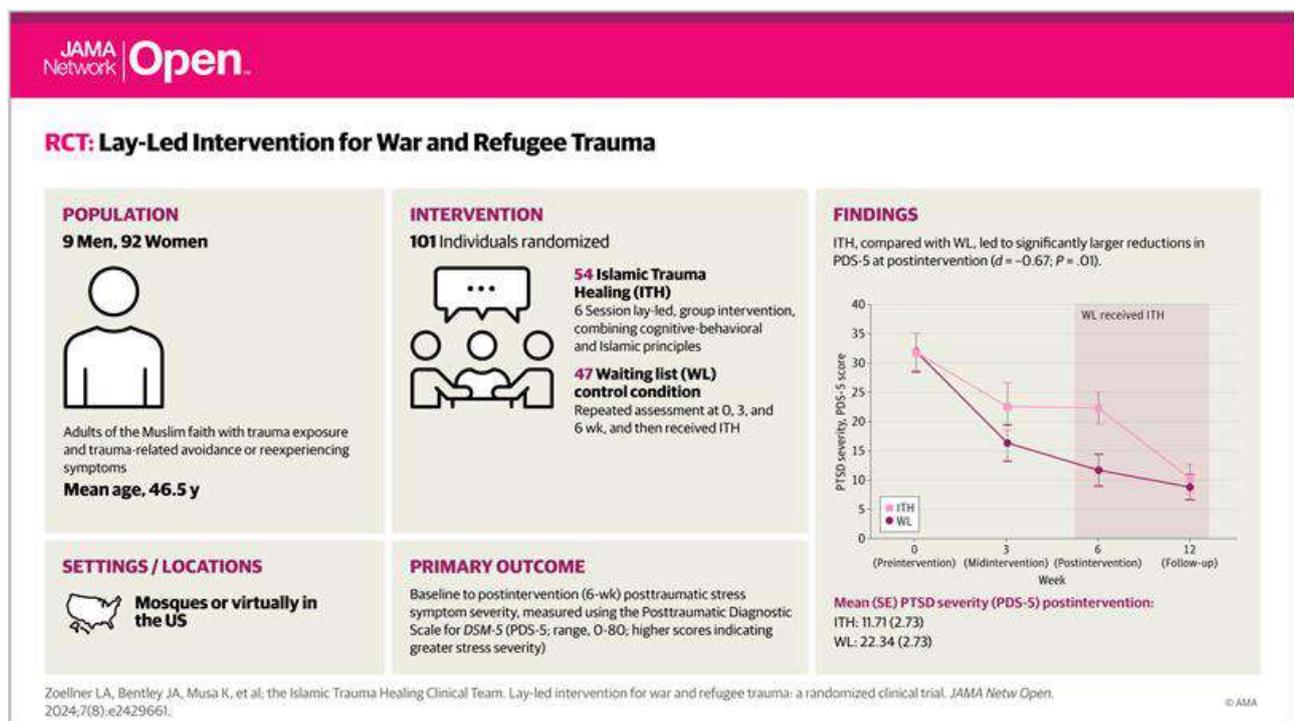
https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.24.0059?query=CON&ssotoken=U2FsdGVkX1%2B16HZFkmaSFBQW%2B7A%2F72fPysaPFL3b%2FcQBK4Bnc25k%2Bn%2FrTW%2F4RkdBErdE7Jv3YtkAUuspKeYazOUgze9UQZur9Vlyd2R%2F1zFczaFtzDo1tRaZPFelGyPNvfx0kSoU3SR0rvBVOWRQRmKuZFSOWod7cJ2nf3wsLRjnHwB1wLzwLzeX%2Fp%2FDlrg0RZ%2FJuNeWfhXRkTP0UpA%3D%3D&cid=DM2359748_Catalyst_Non_Subscriber&bid=-1770160743



Intervento laico per traumi di guerra e rifugiati

[Dott.ssa Lori A. Zoellner¹](#); [Dott. Jacob A. Bentley²](#); [Kawther Musa, MA³](#); e altri [Farhiya Mohamed, assistente sociale⁴](#); [Luul B. Ahmed, laureato in lettere⁵](#); [Dott. Kevin M. King¹](#); [Dott.ssa Norah C. Feeny⁶](#);

JAMA Rete aperta. 2024;7(8):e2429661. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.29661



Punti chiave

Domanda : Un intervento breve, condotto da laici, per i traumi di guerra e dei rifugiati, che incorpori principi cognitivo-comportamentali e islamici, è efficace nell'affrontare i problemi di salute mentale e il benessere correlati al trauma, rispetto a un gruppo di controllo?

Risultati In uno studio clinico randomizzato con un campione di 101 rifugiati negli Stati Uniti, Islamic Trauma Healing ha mostrato effetti significativi sul disturbo da stress post-traumatico, sulla depressione e sul benessere, rispetto al gruppo di controllo, con guadagni mantenuti fino al follow-up di 12 settimane. Islamic Trauma Healing è stato ben accolto dai membri della comunità, in linea con la fede e la cultura.

Significato I risultati di questo studio suggeriscono che questo intervento profondamente adattato alla cultura ha il potenziale per fornire un modello facilmente addestrabile e scalabile per raggiungere le comunità di rifugiati e di guerra che difficilmente hanno accesso o cercano interventi di salute mentale basati sull'Occidente.

Astratto

Importanza La crisi globale dei rifugiati colpisce in modo sproporzionato il mondo musulmano. Gli spostamenti forzati spesso causano problemi di salute mentale correlati a traumi. Esiste una psicoterapia efficace, ma ci sono barriere all'adozione da parte dei gruppi di rifugiati, nonché una mancanza di interventi culturalmente appropriati.

Obiettivo Esaminare l'efficacia di un intervento breve, condotto da laici e basato sulla moschea, l'Islamic Trauma Healing (ITH), adattando principi cognitivo-comportamentali supportati empiricamente per migliorare la salute mentale e il benessere.

Progettazione, contesto e partecipanti In uno studio clinico randomizzato, 101 partecipanti hanno ricevuto ITH o valutazione attiva ma intervento ritardato (lista d'attesa [WL]) nelle moschee e virtualmente a Seattle, Washington e Columbus, Ohio, e sono stati valutati tramite un follow-up di 12 settimane. I dati sono stati raccolti dal 14 luglio 2018 al 14 luglio 2022 e l'analisi dei dati è stata condotta dal 13 marzo al 31 luglio 2023. Rifugiati somali residenti negli Stati Uniti che hanno sperimentato un'esposizione al trauma di Criterio A *del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Quinta Edizione (DSM-5)* e un disturbo da stress post-traumatico (PTSD) che rivive o evita. Le analisi erano intention-to-treat, utilizzando la probabilità di informazioni complete per i dati mancanti.

Intervention Islamic Trauma Healing includeva psicoeducazione, discussione sulle vite dei profeti che avevano subito traumi e preghiera informale rivolta ad Allah sul trauma, incorporando ristrutturazione cognitiva ed esposizione immaginativa. La formazione del leader laico è volutamente breve: due sessioni da 4 ore con supervisione settimanale.

Principali risultati e misure Il risultato primario era la gravità del PTSD (misurata con la Posttraumatic Diagnostic Scale per DSM-5 [PDS-5]). I risultati secondari includevano depressione (Patient Health Questionnaire-9), sintomi somatici (Somatic Symptoms Severity-8) e qualità del benessere (World Health Organization Five Well-Being Index). Le analisi erano intention-to-treat.

Risultati Le analisi si basavano su tutti i 101 partecipanti randomizzati (92 [91,1%] donne; 9 [8,9%] uomini; età media [DS], 46,5 [12,02] anni) con punteggio PDS-5 medio (DS) basale di 31,62 (16,55) punti. C'erano differenze significative nella gravità del PTSD ($d = -0,67$), depressione ($d = -0,66$) e benessere ($d = 0,71$), confrontando ITH vs WL dopo l'intervento. I guadagni sono stati mantenuti attraverso un follow-up di 12 settimane. La guarigione del trauma islamico era coerente con le pratiche religiose e culturali (media [DS], 3,8 [0,43]) e promuoveva la riconciliazione della comunità (media [DS], 3,8 [0,42]).

Conclusioni e rilevanza In questo studio clinico randomizzato di un intervento breve, condotto da laici, sulla salute mentale, l'ITH si è dimostrato superiore alla WL. I risultati suggeriscono che l'ITH ha il potenziale per fornire un intervento facilmente addestrabile e scalabile, che incorpora l'Islam e principi supportati empiricamente, che affronta le ferite psicologiche della guerra e del trauma dei rifugiati.

Registrazione della sperimentazione Identificatore ClinicalTrials.gov: [NCT03502278](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT03502278)

<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2822807>



Gimbe: Italia al 16° posto in Europa per spesa sanitaria e ultima tra i Paesi G7, urgenti riforme e investimenti

Fondazione Gimbe

Nel 2023 l'Italia per spesa sanitaria pubblica pro-capite si colloca solo al 16° posto tra i 27 Paesi europei dell'area OCSE e in ultima posizione tra quelli del G7. La spesa sanitaria pubblica si attesta al 6,2% del PIL, percentuale inferiore sia rispetto alla media OCSE del 6,9%, sia rispetto alla media europea del 6,8%.

«Il tema del finanziamento pubblico per la sanità – dichiara **Nino Cartabellotta**, presidente della Fondazione GIMBE – infiamma il dibattito politico da oltre un anno, coinvolgendo aule parlamentari e consigli regionali, vista l'enorme difficoltà di tutte le Regioni a garantire i livelli essenziali di assistenza e un'offerta adeguata di servizi e prestazioni sanitarie. E, secondo indagini e sondaggi condotti sulla popolazione, la sanità è diventata per tutti una priorità assoluta perché la vita quotidiana delle persone è sempre più gravata da vari problemi: interminabili tempi di attesa per visite ed esami, affollamento dei pronto soccorso, impossibilità di trovare un medico o un pediatra di famiglia vicino casa, inaccettabili disuguaglianze regionali e locali, migrazione sanitaria, aumento della spesa privata sino all'impoverimento delle famiglie e alla rinuncia alle cure».

A fronte di un Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sempre più in affanno nel garantire il diritto alla tutela della salute si sono moltiplicati i segnali istituzionali: la Corte dei Conti, la Corte Costituzionale e l'Ufficio Parlamentare di Bilancio rilevano continuamente il sottofinanziamento del SSN e ben 5 Regioni e successivamente anche le opposizioni hanno presentato disegni di legge per aumentare il finanziamento pubblico almeno al 7% del PIL.

Anche lo stesso ministro Schillaci ha recentemente dichiarato che il 7% del PIL è il livello minimo sul quale attestarsi per il finanziamento della sanità pubblica.

Con l'imminente Nota di Aggiornamento del Documento di Economia e Finanza (NaDEF) e, soprattutto, in vista della discussione sulla Legge di Bilancio 2025, la Fondazione GIMBE ha analizzato la spesa sanitaria pubblica 2023 nei paesi dell'OCSE al fine di fornire dati oggettivi per il confronto politico e il dibattito pubblico e prevenire ogni forma strumentalizzazione.

La fonte utilizzata è il dataset OECD Health Statistics, aggiornato al 23 luglio 2024, che riporta i dati 2023 per poco meno della metà dei paesi dell'area OCSE e quelli 2022 per i restanti paesi.

Sono stati analizzati i dati relativi alla spesa sanitaria pubblica, sia in percentuale del PIL, che in \$ pro-capite a prezzi correnti e parità di potere d'acquisto.

Utile ricordare che la spesa sanitaria pubblica per ciascun paese include vari schemi di finanziamento, di cui uno di solito prevalente: fiscalità generale (es. Italia, Regno Unito), assicurazione sociale obbligatoria (es. Germania, Francia), assicurazione privata obbligatoria (es. USA, Svizzera).

Spesa sanitaria pubblica in percentuale del PIL.

Nel 2023 in Italia la spesa sanitaria pubblica si attesta al 6,2% del PIL, un valore ben al di sotto sia della media OCSE del 6,9% che della media europea del 6,8%. Sono 15 i paesi europei dell'area OCSE che investono una percentuale del PIL maggiore dell'Italia, con un gap che va dai +3,9 punti percentuali della Germania (10,1% del PIL) ai +0,6 della Norvegia (6,8% del PIL).

Spesa sanitaria pubblica pro-capite.

In Italia nel 2023 la spesa sanitaria pubblica pro-capite è pari a \$ 3.574, ben al di sotto sia della media OCSE (\$ 4.174) con una differenza di \$ 600, sia soprattutto della media dei paesi europei dell'area OCSE (\$ 4.470) con una differenza di \$ 896. In Europa ben 15 paesi investono più del nostro, con un gap che va dai +\$ 410 della Repubblica Ceca (\$ 3.984) ai +\$ 3.825 della Norvegia (\$ 7.399).

«Di fatto in Europa – commenta il Presidente – siamo primi tra i paesi poveri, davanti solo a Spagna, Portogallo e Grecia e ai paesi dell'Est, esclusa la Repubblica Ceca». Dal 2010, per tagli e definanziamenti effettuati da tutti i Governi, la distanza con i paesi europei è progressivamente aumentata sino a raggiungere \$ 623 nel 2019. Poi il gap si è ulteriormente ampliato, sia negli anni della pandemia quando gli altri paesi hanno investito molto più dell'Italia, sia nel 2023 perché di fatto la nostra spesa sanitaria è rimasta stabile. «Al cambio corrente dollaro/euro – precisa Cartabellotta – il gap con la media dei paesi europei nel 2023 raggiunge € 807 pro-capite che, tenendo conto di una popolazione residente ISTAT al 1° gennaio 2024 di quasi 59 milioni di abitanti, si traduce nell'esorbitante cifra di oltre € 47,6 miliardi».

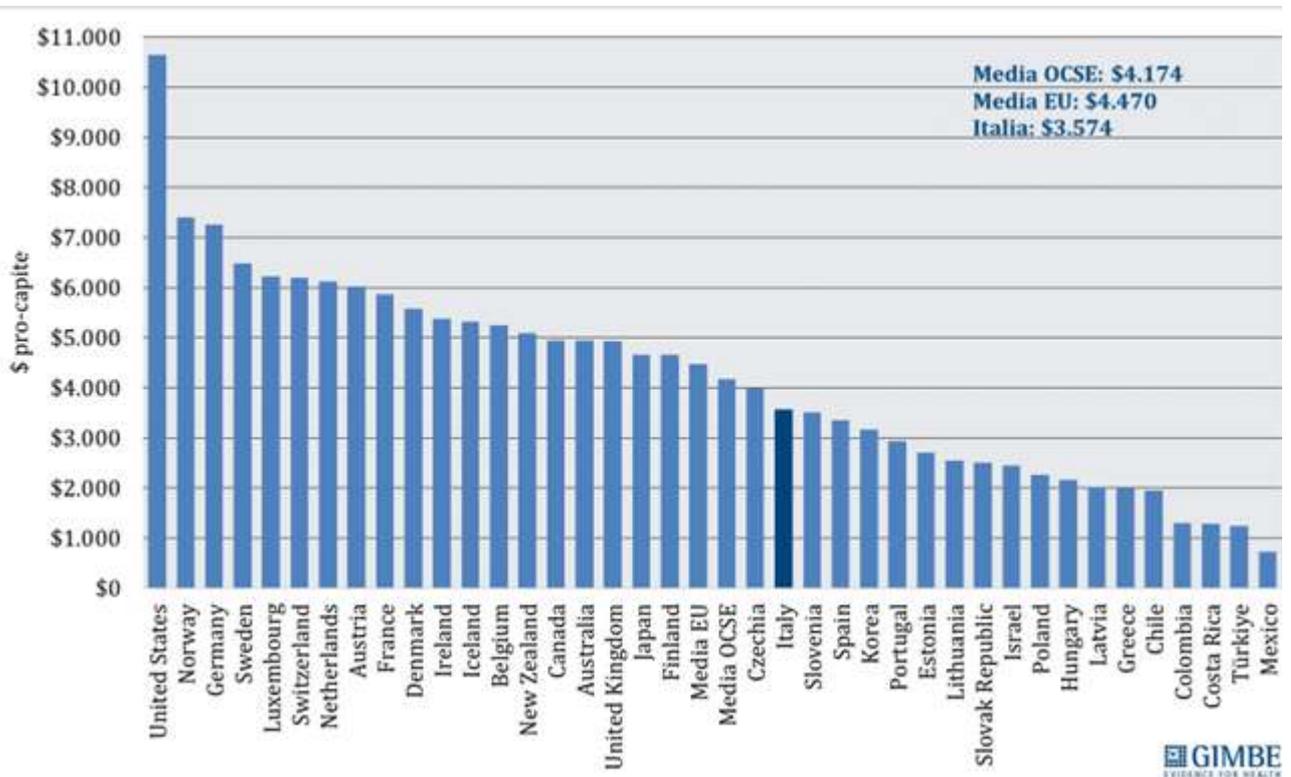
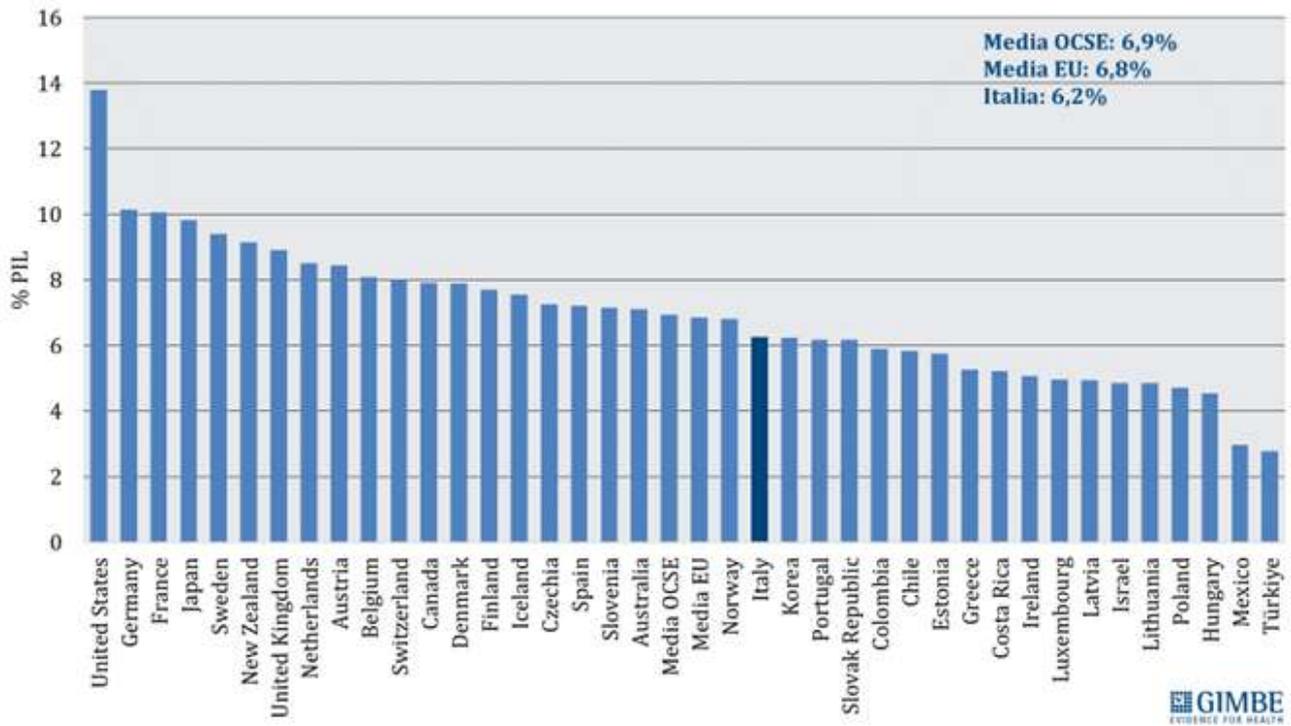
Spesa sanitaria pubblica pro-capite: confronto con i paesi del G7.

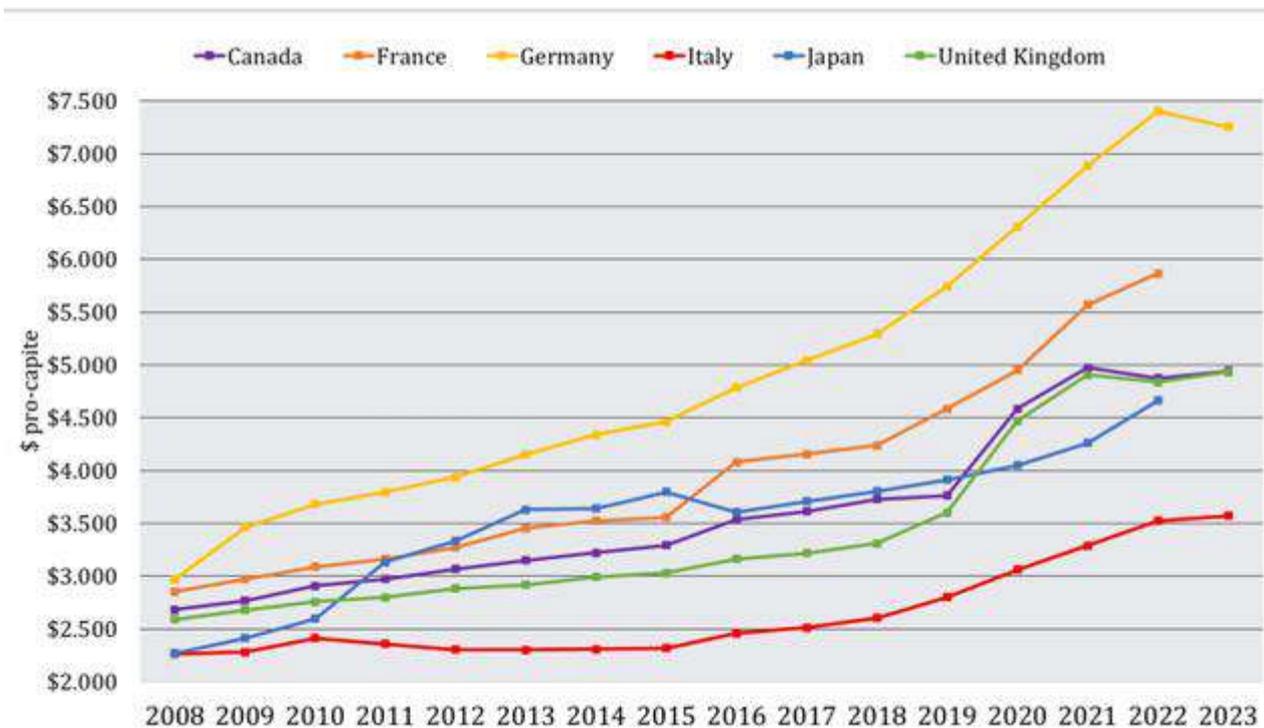
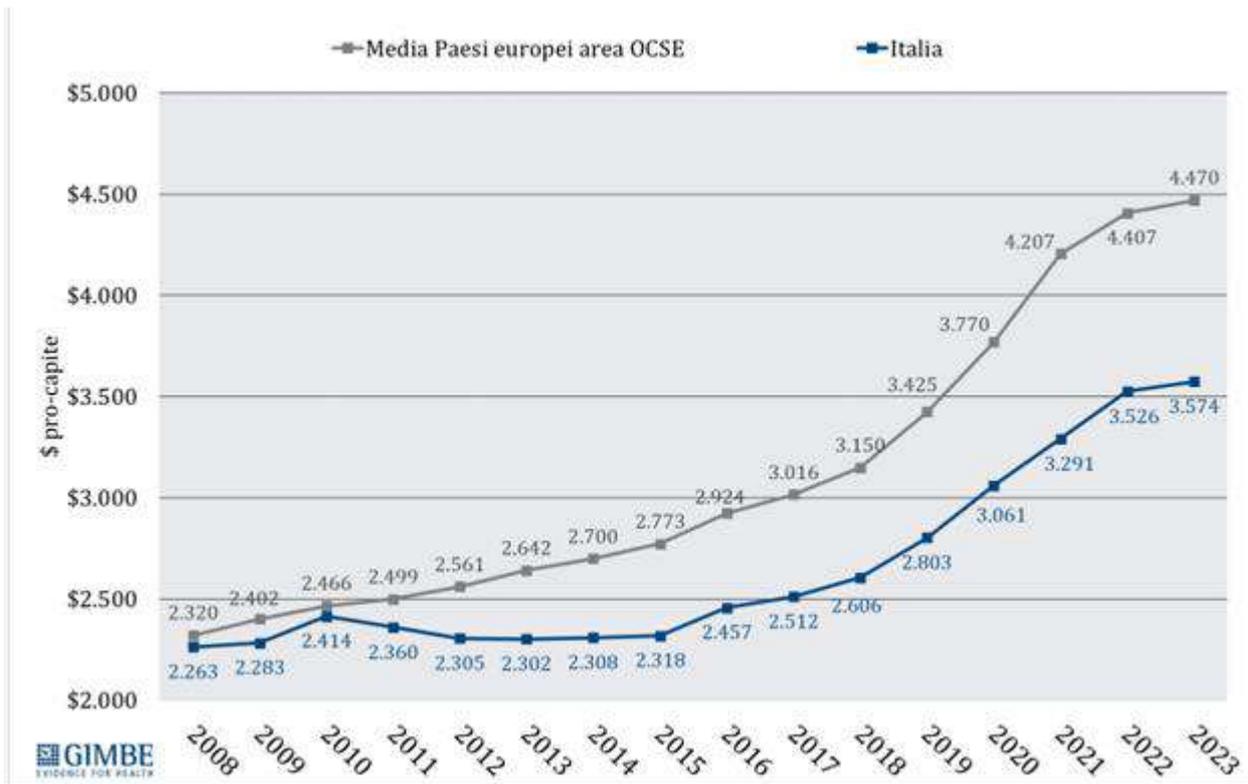
«Il trend della spesa sanitaria pubblica pro-capite 2008-2023 – commenta Cartabellotta – restituisce un quadro impietoso: l'Italia è stata sempre ultima tra i paesi del G7; ma se nel 2008 le differenze con gli altri paesi erano modeste, con il costante definanziamento degli ultimi 15 anni sono divenute ormai incolmabili». Infatti, già nel 2008, quando tutti i Paesi del G7 avevano una spesa pubblica pro-capite compresa tra \$ 2.250 e \$ 3.500, l'Italia era fanalino di coda insieme al Giappone; nel 2023, mentre l'Italia rimane ultima con una spesa pro-capite di \$ 3.574, la Germania l'ha più che doppiata raggiungendo i \$ 7.253. Inoltre, commenta il Presidente «anche tra il 2019 e il 2023, quando tutti i Paesi del G7 hanno aumentato la spesa pubblica pro-capite per fronteggiare la pandemia, l'Italia ha investito molto meno, rimanendo penultima poco sopra il Giappone». Infatti, nel 2023 rispetto al 2019, la spesa sanitaria pubblica pro-capite italiana è cresciuta di soli \$ 772 rispetto ai \$ 1.280 della Francia, ai \$ 1.329 del Regno Unito ed ai \$ 1.511 della Germania.

«Numeri – chiosa Cartabellotta – che rendono imbarazzante il confronto con gli altri paesi che siederanno al G7 Salute in programma ad Ancona, occasione irripetibile per avviare politiche più coraggiose per rilanciare la sanità pubblica. Ripartendo proprio dal divario attuale con i paesi europei e quelli del G7, conseguenza di 15 anni di tagli e investimenti insufficienti, che non hanno tenuto conto che il grado di salute e benessere della popolazione condiziona anche la crescita del PIL. Ovvero che la sanità pubblica è una priorità su cui investire continuamente e non un costo da tagliare ripetutamente».

«Considerato che dati, narrative e indagini di popolazione – conclude Cartabellotta – documentano all'unisono che oggi la sanità pubblica è la vera emergenza del Paese, la Fondazione GIMBE chiede all'Esecutivo un progressivo e consistente rilancio del finanziamento pubblico per la sanità, oltre che coraggiose riforme di sistema per garantire a tutti la tutela della salute, un diritto costituzionale fondamentale e inalienabile. La politica deve avere ben chiaro che la perdita di un SSN pubblico, finanziato dalla fiscalità generale e fondato su principi di universalità, eguaglianza ed equità, determinerebbe un disastro sanitario, economico e sociale senza precedenti. E senza una rapida inversione di rotta, da tracciare già nella NaDEF 2024 e, soprattutto, nella Legge di Bilancio 2025, siamo destinati a rinunciare silenziosamente al diritto alla tutela della salute, già compromesso per le fasce socio-economiche più deboli, per anziani fragili e nel Mezzogiorno. E scivoleremo inesorabilmente da un Servizio Sanitario Nazionale fondato per garantire un diritto costituzionale a tutte le persone, a 21 Sistemi Sanitari Regionali regolati dalle leggi del libero mercato,

dove le prestazioni saranno accessibili solo a chi potrà pagare di tasca propria o avrà sottoscritto costose polizze assicurative».





Il grafico esclude il dato relativo agli USA (nel 2022 \$ 10.644); il dato relativo a Francia e Giappone del 2023 non è disponibile. GIMBE EVIDENCE FOR HEALTH

Tabella 1. Incremento della spesa sanitaria pubblica pro-capite nei paesi del G7 (2023 vs 2019)

Paese	\$
Stati Uniti*	1.673
Germania	1.511
Regno Unito	1.329
Francia*	1.280
Canada	1.180
Italia	772
Giappone*	753
*dati riferiti al gap 2022 vs 2019	



https://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Editrice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO_SANITA/Online/Oggetti_Correlati/Documenti/2024/09/04/gimbe.pdf?uuid=AFimHZgD



Report Deloitte: l'inazione socio-economica inclusi pandemie, invecchiamento e crisi sanitarie costa 66mila mld \$ l'anno

di Red. San.

Circa 66mila miliardi di dollari, ovvero circa il 63% del Pil globale: a tanto ammonta la stima del costo annuo dell'inazione sulle grandi questioni socio-economiche del nostro tempo.

È quanto emerge dall'anticipazione della ricerca Deloitte 'Globalizzare la solidarietà' che sarà presentata nel corso dell'evento "Giubileo 2025 – 100 giorni all'apertura della Porta Santa", previsto per oggi a Roma presso la sede Deloitte.

Una serata che si aprirà con l'intervento del Ceo di Deloitte Central Mediterranean Fabio Pompei alla presenza del Pro-Prefetto del Dicastero per l'Evangelizzazione della Santa Sede, Monsignor Rino Fisichella, del sindaco di Roma Roberto Gualtieri, del ministro per i rapporti con il Parlamento, Luca Ciriani, dell'Ad Ferrovie dello Stato Italiane, Stefano Donnarumma, dell'Ad Acea Fabrizio Palermo e del Direttore Communication and Media Relations Gruppo Unipol, Vittorio Verdone.

Secondo l'indagine cambiamento climatico, invecchiamento della popolazione, polarizzazione della ricchezza, guerre e instabilità politica, pandemie e crisi sanitarie, povertà e analfabetismo, fame nel mondo, discriminazioni e migrazioni forzate sono problematiche sociali che oltre ai risvolti etici comportano dei costi enormi per l'umanità.

Non intervenire, secondo Deloitte, comporterebbe un costo per la collettività di circa 1,1 milioni di miliardi di dollari nei prossimi 30 anni.

Dall'indagine demoscopica condotta in Italia, Francia, Germania, Spagna, UK e Usa che è parte dello studio Deloitte emerge inoltre che oggi circa 8 persone su 10 - 91% nel caso dell'Italia - pensano che la nostra epoca

sia caratterizzata da una maggiore complessità rispetto al passato e meno di una persona su due ritiene che si stia facendo il possibile a livello internazionale per porre rimedio.

A fare da contraltare a però c'è anche la convinzione del 65% secondo cui la situazione è ancora recuperabile. Interrogati sulle grandi sfide del nostro tempo, gli intervistati italiani pensano che quelle più preoccupanti siano 'guerra e instabilità politica' (92%), 'povertà' (93%) e 'migrazioni forzate'.

Anche negli altri Paesi analizzati emerge grande preoccupazione per la guerra e l'instabilità politica. La 'fiducia in un mondo migliore', invece, diminuisce all'aumentare dell'età, con il 63% di 'ottimisti' tra i GenZ, 53% tra i Millennial, 38% tra i Gen X e 29% tra i Baby Boomer.

«Come affermato da Papa Francesco, bisogna globalizzare la solidarietà, operando a livello nazionale e internazionale», commenta Monsignor Fisichella.

«Il Giubileo - spiega il Ceo Pompei - rappresenta un'occasione unica per porre l'attenzione mondiale su tematiche che superano la dimensione religiosa -. Con questo studio abbiamo voluto stimolare la definizione di azioni concrete che possono contribuire alla risoluzione delle sfide del nostro tempo. 'Non agire' avrebbe un significativo costo economico sociale, che frenerebbe crescita e benessere e potrebbe alimentare un calo di fiducia nelle persone».

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2024-09-18/report-deloitte-l-inazione-socio-economica-inclusi-pandemie-invecchiamento-e-criasi-sanitarie-costa-66mila-mlt-5-anno-143248.php?uuid=AFqthKzD&cmpid=nlqf>



Cosa sostituirà il SSN quando non sarà più sostenibile?

Elio Borgonovi, Presidente di CeRGAS

Questa è la domanda che si deve avere il coraggio di porsi. "La scelta non è tra la difesa dell'universalità o la sua rinuncia. È tra un Servizio di Tutela della Salute Universale, ma fattibile, o un Servizio che tramonterà senza che si sia costruita un'alternativa per ammortizzare il cambiamento".

"Attenti, perciò, ai principi e alle visioni manichee", dice Elio Borgonovi, "perché, ci piaccia o meno, non hanno il potere di cambiare la realtà. La tutela della salute sarà necessariamente un sistema misto pubblico-privato. Ma, se baseremo la sanità sulla fattibilità e i bisogni effettivi, potrà rimanere equa, solidale e universale. Per questo serve creare consenso: l'inazione politica danneggerà i più deboli".

"Scriva il Cardinal Ravasi che i principi sono come i bastoni: se li usiamo bene ci aiutano camminare sulla retta via, se ci appoggiamo troppo, invece di sostenerci, rischiano di piegarsi fino a spezzarsi".

Questo è lo scenario che si trova ad affrontare il Servizio Nazionale di Tutela della Salute, il nome con il quale, secondo il professore **Elio Borgonovi**, sarebbe più corretto riferirsi al SSN.

Il problema della relazione tra equità, aspettative e risorse

"Se io prometto 80 e posso garantire 80, allora permetto all'intero arco dei portatori di interesse di fare affidamento su quello che offro. Ma se io prometto per legge 120 ed offro 80 allora, necessariamente, creo un'ingiustizia, perché a soffrire della mancanza saranno le categorie più deboli: economicamente, per educazione, per dislocazione geografica".

Lo stesso dicasi del SSN nato da una riforma che, 40 anni fa, non poteva prevedere le sfide di risorse demografiche, di cronicità che la Sanità affronta oggi.

*“L’elemento centrale deve essere l’esercizio di fattibilità. Il Servizio nazionale può essere ancora **universale, solidale ed equo** ma, a differenza del 1978, dovrà prevedere la fattibilità. **Nei LEA dovranno figurare quei servizi che dovranno essere effettivamente erogati**”.*

Una riforma sistemica per una crisi sistemica

Quella offerta dal professore è una risposta più strutturale alla crisi della sanità rispetto ad altre che si focalizzano ora su una, ora su un’altra delle criticità. *“In molti si soffermano sui singoli problemi ma io credo che stia crescendo la sensibilità per affrontare in maniera più globale le radici dei problemi.*

I sintomi di profondo malessere sono noti: gli sprechi delle prestazioni e il fatto che molte delle prescrizioni non possano essere più soddisfatte – per rinuncia, per indisponibilità economica, per lunghezza delle liste di attesa; il fenomeno della migrazione sanitaria; la crisi dei servizi di PS ed Emergenza urgenza; i forti limiti della presa in carico; i problemi di organico; le difficoltà di integrare in maniera coerente le tecnologie e molte altre”.

Si tratta di una crisi sistemica e ciò di cui abbiamo bisogno è una nuova riforma del SSN, anche se il prof. Borgonovi preferisce riferirvisi come ad un **“tagliando approfondito”**.

*“So che molte persone, molto degne, si ribellano all’idea di dover trovare una forma di relazione tra principi e realtà. **Ma la rigidità rischia di accelerare la fine del Servizio Nazionale invece che preservarlo.** Valga un esempio eccezionale eppure calzante. La Regione Puglia ha varato, qualche anno fa, una legge che prevedeva la decadenza automatica ed immediata dei Direttori Generali che avessero superato il tetto di spesa per i farmaci. Oggi, grazie a limiti di finanziamento e al recupero delle prestazioni perse durante il COVID, tutte le Asl eccetto una hanno sfiorato quei tetti, nonostante la spesa per prestazione sia generalmente diminuita e le prestazioni si siano allargate.*

Qualcuno ha proposto di aggirare l’impasse facendo ruotare i DG ma anche questo non si può fare perché, essendo decaduti, vengono automaticamente cancellati dalle liste dei DG eleggibili. Come riusciranno a risolvere questo grattacapo non lo so, ma rimane un esempio calzante del pericolo dei principi troppo rigidi”.

Non ci sono per una riforma onnicomprensiva, però...

*“Nel periodo della DC e del PCI c’era più spazio per il bianco o il nero. **Oggi predominano i grigi.** Ma esistono ampi margini di cambiamento. La sanità del futuro, come ovunque nel mondo, sarà un sistema misto, ma abbiamo ancora tempo per una riforma che permetta di preservare equità, solidarietà e universalità delle cure e di regolare in maniera equilibrata il rapporto pubblico-privato, con il pubblico che non deve ostacolare il privato (ricordiamo la polemica sull’intramoenia) e il privato che non deve approfittarsi del pubblico. Una riforma che sarà fatta tutelando i più deboli dalle conseguenze, molto più gravi dell’inazione, e che, lentamente ma inesorabilmente, ridurrà la capacità del servizio nazionale di tutelare la salute”.*

Per saperne di più

Elio Borgonovi è Presidente di CeRGAS e Professore Emerito Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche, Università Bocconi.

Martedì 5 novembre 2024, dalle 14:00 alle 16:00 a Welfair, fiera del fare Sanità Fiera di Roma **Elio Borgonovi** coordinerà il tavolo:

RIPENSARE PER RILANCIARE IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

Con la partecipazione di:

- **Giovanni Monchiero**, Professore ordinario Università di Torino
- **Rosaria Russo Valentini**, Avvocato
- **Paola Adinolfi**, Professore Ordinario. Dipartimento di Scienze Aziendali – Management & Innovation
- **Chiara Serpieri**, Direttrice della ASI Verbano Cusio Ossola
- **Roberto Perilli**, Unità Operativa Semplice Oculistica Territoriale ASL Pescara

Vuoi contribuire alla discussione?

Cosa ne pensi di questo tema? Quali sono le tue esperienze in materia? Come possono divenire spunto di miglioramento? [Scrivi qui](#) ed entra a far parte di Fare Sanità: una comunità libera di esperti ed esperte che mettono assieme le loro idee per portare le cure universali nel futuro.

Il 5-6-7 novembre 2024 questo e molti altri temi importanti per il futuro della sanità saranno al centro di Welfair, la fiera del fare sanità a Fiera di Roma che riunisce gli esperti e le esperte di governance dell'intera filiera sanitaria. www.romawelfair.it/il-programma-2024/



Le pericolose debolezze del sistema sanitario e le promesse da marinaio della politica

Ettore Jorio

“Siamo seriamente preoccupati per il futuro dei nostri figli e dei nostri nipoti”. Questa è la frase che diciamo e sentiamo recitare in giro, rispettivamente, da genitori e/o nonni. Ed è qui che viene fuori quanto anche i medesimi hanno il brutto vezzo di lanciare la palla in avanti senza costruire gioco.

Un po' come fan tutti, politici in testa. “Faremo!!!” è il loro motto. Non per niente, Albanese tirò fuori il simpatico personaggio di Cetto La Qualunque, simbolo della promessa, anche estrema, con destinatari tutti, nessuno escluso.

Tutto questo fa gioco all'impegno farlocco, nei confronti del quale si registra la sciocca dabbenaggine popolare di crederci, nonostante da un tempo glorioso (833/78) si sia passato ad un recente passato disastroso, solo per dare fiducia alla politica - piuttosto che alla rude pretesa sociale – dimenticando che essa è «il mezzo attraverso il quale le persone senza morale comandano su persone senza memoria» (Voltaire, dixit).

Impegnarsi sul futuro è il solito vezzo dei marinai

Ebbene, con un vissuto simile fondato sul “faremo”, pensare esclusivamente al futuro di figli e nipoti è “reato esistenziale”. E' trascuratezza generazionale. Quanto agli anziani, deboli nel presente e dal futuro corto, è incoscienza assoluta. E' filosofia generativa di stragi sociali, dedicata ad una società con tanti vecchi e con servizi lasciati in condizioni che, solo a pensarci un attimo, sanno di cinismo politico-istituzionale.

Le preoccupazioni devono riguardare l'oggi. Ed è grave, molto, che i genitori e i nonni di oggi abbiano dimenticato le speranze e i progetti delusi dalle tante promesse sulle quali molti di quelli di ieri ebbero ad investire (malissimo). E' gravissimo che i figli e i nipoti abbiano dimenticato i tormenti, rispettivamente dei padri e dei nonni, sopportati nel Covid e protratti sino ad oggi, con gli anziani trattati peggio che malissimo.

La responsabilità è di una società inerme

Tutti abbiamo contribuito a costruire inconsciamente (o forse no!) un presente pericolosissimo per figli e nipoti nonché per gli anziani e i disabili con:

-le guerre che appaiono sempre di più accettate piuttosto che ripudiate in considerazione delle stragi che circondano la storia e impegnano la cronaca;

-i diritti sociali (sanità e scuola in testa), che portarono a riforme con obiettivo l'universalismo nella tutela della salute e l'obbligo scolastico, oggi messi sotto i piedi nell'inefficienza quasi assoluta nella erogazione delle prestazioni essenziali. Basta vedere come si subisce il modo atroce di essere accettati nei pronto soccorso;

-un Mezzogiorno, cancellato nel 2001 come denominazione costituzionale contenuta e destinatario di finanziamenti speciali nell'art. 119 previgente, venduto come esca da troppi cantori della sua difesa chiacchierona piuttosto che dello sviluppo concreto, magari diversificato per regioni, attesa la loro condizione di ricchezza, prodotta e programmata in modo asimmetrico.

Investire sul PRESENTE da subito

A figli e/o nipoti occorre il PRESENTE. L'attuale che cambi, sul quale necessita investire subito e tanto. E' nostro dovere reclamarlo, duramente!

In proposito, non si possono accettare le regole dell'incoscienza, dei progetti fumosi del tipo: piove in un ospedale perché ridotto male, occorre costruirne un altro! Tra l'altro, nel frattempo quanta gente avrà perso la guerra con la vita? Ciò che occorre è una governance all'altezza dei suoi compiti, la migliore.

La programmazione, denominata proprio per questo a scorrimento, riguarda l'oggi, il domani e il dopodomani. Da qui la pianificazione e i bilanci annuali e triennali, per l'appunto, a scorrimento.

Da qui, ancora, l'esigenza di pretendere, per esempio, per il Pnrr, di sapere cosa si è fatto fino ad oggi e cosa si farà il giorno dopo, senza buttare la palla avanti e aspettare il 2026, che arriverà con i soliti risultati pessimi. Dai quali molto in forse qualcuno avrà imparato nel frattempo a chiedere scusa.

Veniamo alla sanità, che ha un presente notevolmente preoccupante

E' la prova del nove di come i decisori nazionali e regionali siano bravi ad alleggerire il gioco (macabro) buttando sempre la palla avanti. Il Faremo è la loro parola d'ordine.

Basti pensare alle tante gravi omissioni sopportate finanche per decenni dalla società civile oramai allo stremo con un presente indegno di tutela:

- all'integrazione sociosanitaria ancora in officina da 46 anni, dalla Riforma del 1978;
- l'assistenza territoriale, trattata peggio, con i distretti sanitari (allora di base) veri strumenti di assistenza reale divenuti presidi burocratici;
- alla programmazione ospedaliera in balia della non attuazione del DM70 del 2015, che – anche se non affatto risolutivo – è stato applicato a pezzettini, lasciando molti presidi ospedalieri pubblici senza neppure il possesso dei requisiti per poterli accreditare;
- al sistema ospedaliero universitario con una sola Azienda Ospedaliera Universitaria (A.O.U. di Salerno "OO.RR. S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona) in possesso del previsto obbligo Dpcm costitutivo, lasciando persistere addirittura la denominazione di policlinici nonostante la abrogazione di un siffatto status da oltre vent'anni;
- alla riscrittura del sistema territoriale che, nonostante il DM77/2022 e il PNRR che ne finanzia ampiamente le strutture di base (case e ospedali di comunità nonché Cot), risulta addirittura in una fase applicativa illusoria, tant'è da essere vantata come novità realizzativa da due anni senza che nessuna di tali strutture di comunità sia stata messa terra;
- al legislatore nazionale che consente alle Regioni pericolose manomissioni incostituzionali alle regole statali (legge 833/1978 e vigente d.lgs. 602/92) inquinando l'autonomia imprenditoriale delle aziende sanitarie con le fantomatiche istituzioni delle Aziende Zero, variegatamente denominate per realizzare il peggio e salvaguardare le responsabilità di risultato degli incapaci. Una tolleranza che ha consentito sprechi enormi e pericolose differenziazioni organizzative nonché ha reso difficile rintracciare i responsabili dei disastri generati;
- al federalismo fiscale, su tutto, lasciato lì da oltre 23 anni, malgrado che fosse nato come salutare alternativa del criterio "rovina Paese e Nazione" della spesa storica;
- alla veterinaria e alla medicina della mente lasciate in un angolino, con il conseguente abbandono delle tutele alimentari, delle aggressioni di morbi provenienti dal mondo animale e con i tantissimi che hanno bisogno di salute mentale e di assistenza contro le dipendenze lasciati a soffrire a causa di una crudeltà di Stato;
- all'incuranza di tollerare le pericolose debolezze consolidate della medicina di famiglie e la colpevole indifferenza sul bisogno assoluto e inderogabile delle famiglie a rendersi girovaghe, spesso a tutela della vita, per trovare, ovunque, un sito assistenziale degno di questo nome.

Comprensibile quanto sia indispensabile lavorare per il presente, piuttosto che continuare a promettere e non mantenere per il futuro?

Il dramma dell'Irccs Santa Lucia

Il decisore pubblico è sbandato, non sa cosa fare oppure lo sa troppo a beneficio di qualcuno. Basta vedere il deplorabile caso della Fondazione privata Santa Lucia IRCCS. Una struttura ospedaliera romana che rappresenta l'optimum nella neuroriabilitazione ospedaliera di alta specialità e alla ricerca nelle neuroscienze. In relazione ad essa non è molto convincente "il circolante e il presumibile", ovvero le soluzioni che si intravedono per "sistemare" la vicenda. Si stanno verosimilmente ponendo le basi per acquisizioni iper convenienti da parte di privati grossisti di accreditamenti. Una idea diversa e innovativa potrebbe essere quella di sfruttare, creandone le condizioni, il novellato art. 174 del Codice degli appalti. Quel PPP ridefinito dal legislatore "operazione economica" tra lo Stato/Regione e privati, da regolamentare con contratti atipici.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-09-02/le-pericolose-debolezze-sistema-sanitario-e-promesse-marinaio-politica-093707.php?uid=AF6qjBfD&cmpid=nlqf>



Il giudizio del popolo

Sono fermamente convinto che la regionalizzazione totale della sanità, avvenuta ai primi del secolo con la riforma del Titolo V della Costituzione, sia stata una sciagura

Giovanni Monchiero*

Nel sostenere questa tesi, cito sempre il comportamento delle amministrazioni regionali al tempo del Covid. Ogni Presidente, ogni Assessore – talvolta neppure nascondendo disparità di vedute – ritenne di inventare autonome misure di contenimento del contagio. Una politica di prevenzione uniforme su tutto il territorio nazionale si affermò solo con il governo Draghi. Era trascorso un anno.

Si è insediata, mercoledì scorso, la commissione parlamentare d'inchiesta sulla pandemia. Preannunciata in campagna elettorale, è stata istituita tra vivaci contrasti. Singolare che dall'indagine siano escluse le regioni e che quindi la Commissione sia abilitata solo a sindacare l'azione del governo, in particolare del Ministro Speranza, titolare della Salute sia nel Conte II che nel successivo governo Draghi. Senza eccedere in dietrologia, è evidente che la maggioranza attuale non vuole mettere in difficoltà le regioni del Nord – su tutte la Lombardia, la più colpita dal virus – rette da amministrazioni di centro destra. Così funziona, dalla notte dei tempi, la giustizia politica.

Ci sono voluti decine di millenni di preistoria per costruire delle regole vincolanti per i membri della comunità. Ma anche all'interno di società organizzate, la formulazione delle leggi e la loro concreta applicazione furono quasi sempre subordinate all'arbitrio del sovrano e dei suoi fiduciari. Solo dopo secoli di civiltà sorsero, con alterne fortune, istituzioni finalizzate a limitare il potere del re o delle oligarchie che reggevano la cosa pubblica. La separazione teorica dei poteri è conquista recente, così come l'eguaglianza dei cittadini di fronte alla legge. Lo stato democratico ha poco più di due secoli ed è oggi prerogativa di una minoranza della popolazione del pianeta. E anche tra questi fortunati non sempre gode dell'attaccamento che merita.

Mentre il Parlamento, per l'ennesima volta, cedeva alla tentazione di ergersi a giudice, per di più ignorando le prerogative che si suole riconoscere all'opposizione, il tema della giustizia – quella ordinaria – e dei suoi rapporti con il potere politico tornava rumorosamente alla ribalta. Il patteggiamento da parte di Toti e il processo palermitano a carico di Salvini hanno riaperto lo scontro magistratura-politica. La definizione stessa fa trapelare l'orientamento di chi ne parla. Gli esponenti della destra mettono prima la magistratura, sottintendendo che sono i giudici a fare la guerra agli eletti; quelli di sinistra invertono i termini del dualismo, lasciando intendere che sono i politici a combattere contro i magistrati per limitarne l'autonomia.

Senza entrare negli specifici elementi processuali, coglierei dalle discussioni molto accese di questi giorni i due elementi fondamentali: una generalizzata sfiducia nella giustizia e la convinzione che l'esercizio del potere debba trovare nuove forme di tutela dai rigori della legge.

Ben noti sono i limiti del nostro sistema giurisdizionale: processi lentissimi, preceduti da gogna mediatica; atteggiamenti inquisitori, con arresti facili; carcerazione preventiva utilizzata per estorcere confessioni; un profluvio di esternazioni degli inquirenti, spesso lontane dalla pur necessaria prudenza. **Il magistrato non solo deve essere giusto, tale deve anche apparire.** Problemi antichi, mai risolti. La ventilata separazione delle carriere sarebbe un rimedio peggiore del male: è certamente preferibile – specie se innocenti – essere indagati da un magistrato indipendente che da un'autorità soggetta al potere politico.

L'altro tema è ancora più importante. Fin dal sorgere delle prime assemblee di nobili e notabili, nate nel medioevo per limitare le pretese fiscali dei sovrani, si è affermato il principio che il membro del parlamento dovesse godere di una particolare forma di immunità a garanzia del libero esercizio della funzione. **Negli ultimi decenni del secolo scorso, nell'opinione pubblica, scossa dagli scandali, si impose un clima di sfiducia nei confronti della politica che indusse i parlamenti a limitare i preesistenti istituti di tutela.** Da qualche tempo questa tendenza si è invertita. Non che sia riorbita la fiducia, ma si sta diffondendo l'idea che l'elezione procuri una sorta di stato di grazia che pone l'eletto al di sopra della legge.

Lo affermò, da primo Ministro, Silvio Berlusconi, senza grandi riscontri. Ma nelle nostre società occidentali divise, in politica, come non mai e prive di un solido corpo di principi condivisi, la volontà della maggioranza sta diventando l'unico, mutevole, punto di riferimento. Al di fuori e, quindi, al di sopra della legge. La Corte Suprema degli Stati Uniti, in una recente sentenza, sembra avere fatto propria questa visione.

Se altre corti la seguissero sarebbe la fine della democrazia. Che non è il potere assoluto del popolo, né dei suoi eletti, ma l'insieme delle regole attraverso cui il potere si esercita.

<https://panoramadellasanita.it/site/il-giudizio-del-popolo/>

la Repubblica

La ricetta di Kamala Harris per ricostruire il ceto medio

Paolo Mastrolilli

Tre milioni di case low cost, aiuti alle famiglie, alt alle speculazioni sui prezzi. Misure che costano 2 trilioni, da trovare aumentando le tasse ai ricchi e sulle società

I giornalisti, con l'abituale propensione per le formule sintetiche, l'hanno battezzata [Kamalanomics](#). Donald Trump, con l'altrettanto abituale propensione a distorcere i fatti, l'ha bocciata come comunismo. Lei preferisce "opportunity economy", ossia l'economia che offre opportunità a tutti, supportata da una consistente dose di "care economy", per garantire servizi e assistenza a chi ne ha più bisogno.

Qualunque sia la definizione preferita, o accurata, la ricetta che la candidata presidenziale democratica Harris intende portare alla Casa Bianca sta emergendo.

Mancano i particolari, e forse non verranno mai chiariti, perché il diavolo si nasconde nei dettagli, offrendo agli avversari l'opportunità di usarli per attaccare.

La visione economica di Kamala però rappresenta un possibile riposizionamento epocale del Partito democratico, sulla scia di Biden.

Al centro la ricostruzione della classe media e il ritorno alla tutela degli interessi dei lavoratori e delle loro famiglie. Finiti i tempi di neoliberalismo e globalizzazione, almeno senza freni, che avevano favorito il risentimento degli esclusi di cui hanno approfittato i populismi, e Trump in particolare.

Il tutto seguendo una linea centrista, che prevale nelle scelte programmatiche illustrate finora da Harris.

Il bilancio di Biden

Il bilancio di Biden in realtà sarebbe positivo, se uno guarda ai 16 milioni di posti di lavoro creati, di cui 800 mila nella manifattura; le iniziative per ricostruire le infrastrutture e riportare la produzione dei chip in America; la transizione verde; la crescita migliore tra i Paesi occidentali, che sembra aver evitato la trappola della recessione; la produzione di energia, e anche i ripetuti record di Wall Street.

Il problema è che gli americani nelle tasche hanno sentito soprattutto l'inflazione, esplosa a causa del Covid ma alimentata dai sussidi governativi, e quindi i tentativi del presidente di rivendicare i risultati della "Bidenomics" sono falliti, facendolo scivolare nei sondaggi.

La vice non può rinnegare il capo e tenta un gioco di equilibri per rivendicarne i risultati, promettendo di migliorarli.

Ciò si traduce soprattutto nel trasferire l'enfasi dall'occupazione alla riduzione del costo della vita. Si capisce dai punti principali della sua agenda, che sono la costruzione di 3 milioni di case a buon mercato, sussidi alle famiglie, bando del "price gouging", ossia le speculazioni delle compagnie.

I 3 milioni di case in quattro anni servono ad aumentare l'offerta e quindi ridurre i prezzi. Harris propone un fondo da 40 miliardi per l'edilizia popolare, più incentivi fiscali a chi la costruisce.

Il governo offrirà anticipi fino a 25.000 dollari a chi compra la prima casa e impedirà agli investitori di Wall Street di acquistare appartamenti in massa per specularci.

Provvedimenti analoghi verranno adottati per contenere gli affitti, vietando gli algoritmi che li aumentano in modo indiscriminato.

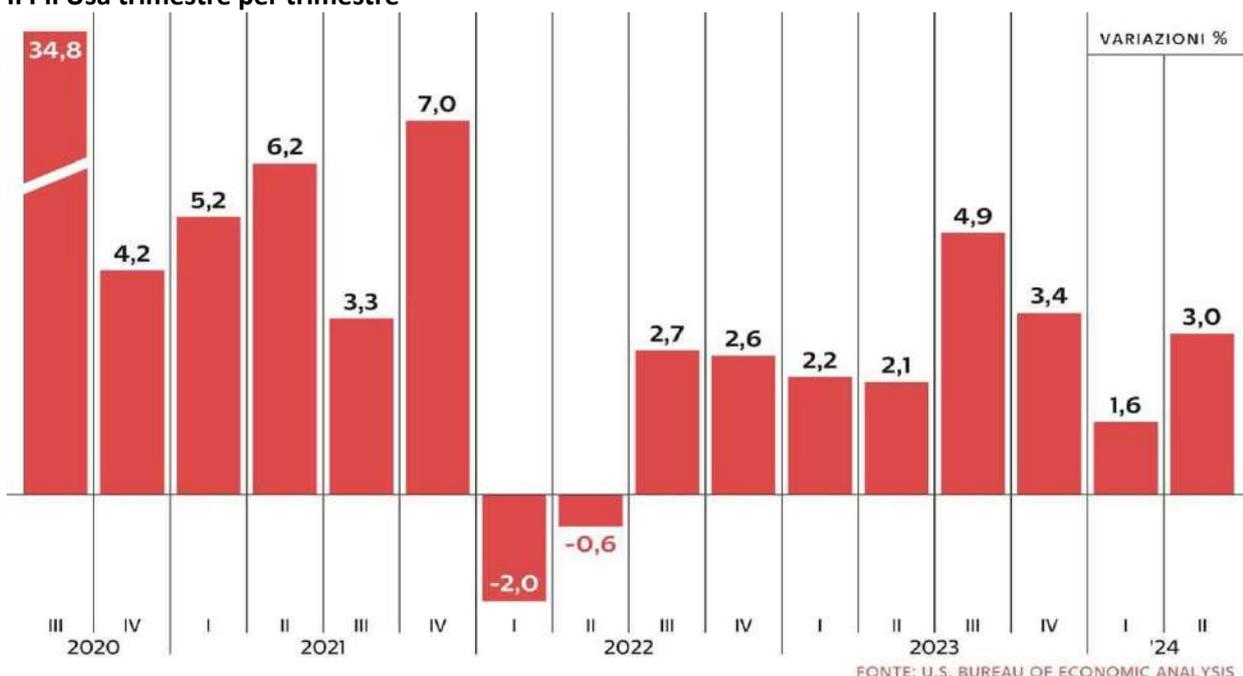
Siccome l'inflazione è la macchia più grave di Biden, Kamala vuole rovesciarne la colpa sull'avidità delle compagnie, bandendo il "price gouging" sui prezzi di beni come il cibo.

Altro aiuto alle famiglie verrà ripristinando il credito fiscale da 3.600 dollari per figlio, con l'obiettivo di farlo salire a 6.000. Inoltre lavorerà per contenere il costo dell'insulina sotto i 35 dollari e 2.000 dollari all'anno per tutte le medicine.

A ciò va aggiunta la "care economy", per rendere meno costoso crescere i figli e affrontare la crisi demografica che si affaccia negli Usa. Asili nido, scuole materne e servizi di assistenza per l'infanzia gratuiti, che Biden aveva incluso nel piano Build Back Better ma non era riuscito a far approvare al Senato.

E magari il congedo familiare pagato, anche se non è stato ancora articolato. Il vice Walz l'aveva realizzato in Minnesota da governatore, insieme al programma per i pasti gratuiti nelle scuole.

Il Pil Usa trimestre per trimestre



Il costo delle iniziative

Tutte queste iniziative, sommate insieme, hanno un costo per il bilancio federale stimato tra 1,7 e 2 trilioni di dollari, secondo US Budget Watch 2024.

Quindi per essere finanziate richiederebbero significativi tagli alla spesa o aumento del gettito fiscale. Harris intende farlo appoggiando il piano per raccogliere 5 trilioni di dollari in più di tasse nell'arco di dieci anni, incluso nel bilancio presentato da Biden a marzo.

Ciò prevede di alzare le aliquote per le grandi corporation dal 21 al 28%, e per i contribuenti più ricchi dal 37% al 39,6% e oltre. Le tasse aumenteranno per le famiglie che guadagnano più di 400.000 dollari all'anno, ma diminuiranno per le altre. Qui sorge un problema aritmetico, perché non è detto che il piano basti e funzioni, visto che include anche la tassazione degli *"unrealized gains"*.

Nel lungo termine i programmi annunciati dovrebbero generare maggiori entrate per lo Stato, perché ridurre la povertà infantile, migliorare le condizioni di vita, la sanità e l'istruzione, produce cittadini più produttivi, quindi in grado di guadagnare e pagare le imposte.

Questi effetti però richiedono oltre dieci anni per essere avvertiti nei bilanci.

Nel frattempo alzare le aliquote non produrrebbe abbastanza entrate, secondo le stime della Peter Peterson Foundation, e frenerebbe le attività economiche con un effetto negativo anche sul gettito fiscale.

La legge della senatrice Warren

Trump dice che è comunismo, in realtà anche Nixon aveva cercato di controllare i prezzi, e secondo la National Conference of State Legislatures 37 Stati hanno adottato qualche misura del genere in seguito alla crisi del Covid. Kamala non si spinge a tanto.

Piuttosto ha in mente una legge già presentata dalla senatrice Warren, che renderebbe illegale offrire beni o servizi a un "prezzo decisamente eccessivo".

Il dettaglio dovrebbe definirlo la Federal Trade Commission, ma un costo superiore di almeno il 20% rispetto a quello medio di mercato nei sei mesi precedenti potrebbe essere il ragionevole punto di partenza. Ammesso che il Congresso l'approvi e la speculazione sui prezzi del cibo resti un tema rilevante, visto il calo dell'inflazione al 2,9%.

Commentando queste proposte sul *New York Times*, l'economista Paul Krugman ha promosso i crediti fiscali per i figli, perché funzionano nell'immediato e generano vantaggi economici di lungo termine.

Quelli adottati da Biden nel 2021, ad esempio, hanno dimezzato la povertà infantile. «Sono invece meno entusiasta delle proposte sulla casa, non perché siano cattive, ma perché il problema sono soprattutto i piani regolatori che frenano l'edilizia popolare».

La visione generale però resta quella di riportare l'attenzione su chi fatica di più ad arrivare alla fine del mese, nella speranza che risolvere le disuguaglianze aiuti anche a superare l'era distruttiva dei populismi.

https://www.repubblica.it/economia/2024/09/02/news/kamalanomica_ricetta_economica_usa_kamala_harris-423468024/?ref=-BH-IO-P-S5-T1

Giornate fiesolane 5 – 7 settembre 2024 – Documentazione finale



Laboratorio su salute e sanità
Giornate residenziali di politica sanitaria (2a edizione)
Giovedì 5 – Sabato 7 Settembre 2024 (San Domenico, Fiesole)

Il Position paper (testi e presentazioni ppt) e la Video-registrazione della Tavola Rotonda

Chiara Giorgi

Il Laboratorio su salute e sanità (Laboss) è nato da più di due anni con l'intento di affrontare le questioni che ruotano attorno alla salute e alla sanità in una prospettiva multi e interdisciplinare, una prospettiva questa volta a integrare competenze diverse e complementari – dalla storia alla sociologia, all'economia, alla medicina, all'epidemiologia, alla demografia, al diritto, alla filosofia, alle scienze ambientali.

L'intento che muove questo progetto politico e culturale è di promuovere linee di ricerca coordinate, costruire interpretazioni comuni dei processi in corso negli ultimi decenni, prospettare possibili alternative per le politiche su salute e sanità in Italia, in un quadro europeo e internazionale.

Laboss si pone l'obiettivo di essere un luogo di aggregazione, capace di promuovere alleanze e sinergie con altri soggetti sociali e politici, con i professionisti sanitari e i cittadini in prima persona sui temi della salute, del potenziamento del servizio pubblico e universale, con occasioni di confronto, iniziative di ricerca e formazione.

In tal modo si intende favorire la divulgazione dei saperi, favorire il dibattito, promuovere una formazione non condizionata da logiche corporative, né di profitto, qualificare la discussione scientifica e politica, produrre narrazioni, e proposte, alternative a quelle dominanti.

Pertanto, gli interlocutori e le interlocutrici di Laboss sono studiosi, ricercatori, dottorandi, medici delle diverse specialità, infermieri e tecnici delle professioni sanitarie, operatori dei servizi sociali, persone attive nell'associazionismo, sindacato, partiti, associazioni professionali, etc.

Numerose le attività messe sinora in agenda: in primis i seminari residenziali, con l'augurio che oltre a condividere alcune delle ricerche e delle analisi disponibili, sia possibile promuovere un dialogo con le istituzioni sanitarie interessate, con la politica, il sindacato, le associazioni, i professionisti sanitari e tutte le persone interessate.

La questione della salute non è un tema "di settore" da lasciare agli "addetti ai lavori" (gli esperti), ma sia un tema politico, al centro di visioni contrapposte sulla società, sui diritti, sui modelli culturali e istituzionali, sul ruolo dell'azione pubblica e del mercato.

L'orizzonte di ricerca e di analisi è allora una visione sistemica del modello di cura e sanità pubblica, volta a rimettere la salute al centro del cambiamento sociale, politico e culturale, non relegandola a un ambito puramente specialistico.

La salute ha rappresentato in più stagioni storiche un terreno di conflitto in cui le esigenze sociali e le mobilitazioni hanno portato a sperimentare nuove soluzioni e servizi collettivi di welfare.

Ambito costitutivo della vita umana, la salute resta un terreno fondamentale per offrire risposte alle istanze di uguaglianza e di libertà.

Tale prospettiva mette al centro il benessere delle persone, l'esigibilità dei diritti, il soddisfacimento di bisogni individuali e collettivi, la solidarietà e l'interdipendenza, la dignità umana, le domande di giustizia sociale. Occorre tenere insieme la salute fisica, psichica e ambientale, i terreni della produzione e riproduzione sociale, la qualità delle relazioni e dei servizi.

È in questa direzione che, nel 2023, nelle tre giornate residenziali svoltesi a Fiesole, il tema dell'incontro è stato: *Il Servizio Sanitario Nazionale è in pericolo. Le sfide dell'universalismo*. Tre gli assi tematici trattati. Il primo ha riguardato l'universalismo in sanità e le trasformazioni del welfare; l'espansione del privato nella sanità; le disuguaglianze nella salute.

Il ricco e partecipato confronto di Fiesole ha così permesso di far luce sugli aspetti più rilevanti dell'attuale assetto sanitario, sui rapporti tra pubblico e privato e, in generale, sulle scelte di fondo che sono state fatte negli ultimi anni in tema di salute, in Italia come nel resto del mondo.

In continuità con i temi trattati nel 2023, questo seminario residenziale, intitolato *Il Servizio sanitario nazionale è indispensabile*, affronterà altri tre temi cruciali e si concluderà con una tavola rotonda dedicata a *L'impatto delle politiche neoliberali negli assetti sanitari europei di tipo Beveridge*, a partire dal volume *National Health Services of Western Europe*.

Challenges, Reforms and Future Perspectives, curato da Guido Giarelli and Mike Saks (Routledge, 2024), con interventi di Vittorio Agnoletto, David Hughes, Jon Magnussen, Ana M. Guillen, Sigita Doblytė su singoli casi europei e con Nicoletta Dentico come discussant.

Come lo scorso anno anche in questo caso l'intento è di costruire un confronto più ampio, a livello europeo, che possa far luce sui cambiamenti incorsi da tempo nell'ambito della sanità e delle politiche per la salute con la riorganizzazione del capitalismo in chiave neoliberale; ma anche che possa rintracciare le mobilitazioni europee in corso, intente a fare della salute un terreno cruciale di conflitto, convergenze, nuove narrazioni, contro-egemonia.

Il lavoro sinora compiuto per arrivare preparati a questo seminario è consistito nel discutere e preparare insieme testi e materiali da condividere in queste tre giornate per poter dialogare e arricchire il confronto e il dibattito.

Queste giornate residenziali sono state pertanto impostate con pochi interventi frontali (avendo avuto tutti i partecipanti a disposizione, prima dell'evento, i documenti preparatori) e con molto lavoro di gruppo corale, partecipativo, con l'obiettivo di fare spazio alla riflessione comune, produrre e condividere proposte, promuovere approfondimenti di carattere interdisciplinare su un tema di vitale importanza: il Servizio Sanitario Nazionale.

Oggi si è di fronte a più problemi che mettono a rischio la tenuta del SSN e la messa in discussione dei suoi principi costitutivi che ricordo: universalità di copertura, equità di accesso e uguaglianza di trattamento, globalità dell'intervento sanitario, uniformità territoriale, carattere democratico e decentrato, partecipazione, finanziamento tramite la fiscalità generale progressiva, centralità della prevenzione.

È in corso un'accelerazione di quei processi che da tempo ne stanno minando alcuni di questi principi, mettendone a repentaglio attività e tenuta.

I cambiamenti subentrati a partire dagli ultimi decenni del secolo scorso in Italia e nel contesto internazionale hanno segnato una inversione di rotta, le cui conseguenze più gravi sono state portate alla luce dalla pandemia da Covid-19.

Quest'ultima ha reso infatti evidenti le inadeguatezze delle condizioni precedenti: i limiti che si sono mostrati nel servizio sanitario pubblico, a fronte dell'impatto dell'emergenza, sono derivati soprattutto dal suo depotenziamento, dallo spazio lasciato alla sanità privata, dall'indebolimento della medicina territoriale che aveva informato la fisionomia originaria del SSN.

La pandemia sembrava aver riportato al centro dell'attenzione pubblica il diritto alla salute, fisica e psichica, individuale e collettiva. In questa chiave essa poteva essere l'occasione per tornare a potenziare l'assetto sanitario nazionale sotto più profili, compreso quello essenziale delle attività di prevenzione e delle cure primarie. I recenti sviluppi mostrano invece come la direzione intrapresa sia tutt'altra.

Le previsioni per la sanità pubblica per i prossimi due anni prevedono per il 2025 una spesa del 6,2% del PIL, e per il 2026 del 6,1% del PIL, un dato questo al di sotto dei livelli pre-Covid e molto inferiore alla spesa dei maggiori paesi europei.

L'approvazione della autonomia regionale differenziata (L. n. 86/2024) aggrava le disuguaglianze sociali, territoriali e di genere, oltre compromettere gravemente le istanze solidaristiche. Peggiorano le condizioni di lavoro e di vita del personale sanitario, così come lo stato dei servizi socio-sanitari e aumenta la frammentazione a scala regionale.

E, soprattutto, si allarga la presenza della sanità privata, nel solco di scelte che hanno condotto a ridimensionare il servizio pubblico, ad aumentare le risorse per le attività private, dirottando quelle pubbliche verso la sanità privata, estendendo le modalità operative del privato anche nelle strutture pubbliche, favorendo logiche di profitto, con l'espansione della finanza e delle assicurazioni, con l'accentuazione della selezione nell'accesso alle cure, con il consolidamento del paradigma aziendale guidato da approcci "prestazionali" e cittadini ridotti a meri consumatori di servizi.

In questo contesto, segnato dall'arretramento della politica e dall'affermazione del mercato, caratterizzato da crisi finanziarie e da crescenti vincoli europei alla spesa pubblica, le sfide sono moltissime.

Si pensi ad esempio all'importanza di politiche volte a potenziare (o ricostruire) una solida rete territoriale di cure primarie e di servizi integrati; e si pensi alla necessità di puntare alla prevenzione primaria, altro ambito penalizzato dalle politiche sanitarie italiane degli ultimi anni.

L'obiettivo di fondo resta quello di un rilancio e potenziamento del servizio sanitario pubblico, universale, egualitario, qualificato, appropriato, efficace, capace di soddisfare i bisogni di salute della popolazione, nel quadro di politiche di welfare socio-sanitario all'altezza delle antiche e nuove esigenze di giustizia sociale. Tema quest'ultimo a cui è dedicata la lettura di Maria Cecilia Guerra su *Welfare e fiscalità*.

Alla luce di questa cornice, gli assi specifici delle giornate di Fiesole 2024 sono:

1) *L'epidemia delle malattie croniche e la risposta della rete dei servizi sanitari e sociali. Il caso Toscana* (a cura di Paolo Francesconi, Gavino Maciocco, Luca Negrognolo, Lorenzo Roti, discussant Elisabetta Altì, Tiziano Carradori, Silvia Landra, Margherita Miotto). Le malattie croniche sono globalmente trascurate, nonostante la crescente consapevolezza del loro peso sulla salute. Le politiche nazionali e globali hanno in parte fallito nel contrastarle, benchè esistano soluzioni efficaci e a basso costo per la prevenzione e il loro controllo: l'incapacità di adottarle è oggi un problema politico, piuttosto che tecnico. In questo il caso della Toscana è emblematico. La politica sanitaria toscana ha avuto il merito di attivare interventi innovativi ed efficaci nel controllo delle malattie croniche e, successivamente, il demerito di averne provocato il fallimento. In questa cornice si discuterà delle Case della Comunità, della riforma delle cure primarie (DM 77/2022), della L. 33/2023, sull'assistenza alle persone anziane non autosufficienti.

2) *Il diritto alla salute a pezzi: autonomia differenziata e sanità* (a cura di Marina Davoli, Stefania Gabriele, Francesco Pallante, con il contributo di Antonio Addis e Carla Ancona, discussant Cesare Cislighi, Carlo Saitto), nel quale si indagheranno tanto le ragioni delle richieste di autonomia differenziata, ovvero l'acquisizione di maggiori poteri e l'allentamento dei vincoli di sistema legati alla presenza di un Servizio sanitario nazionale, quanto i rischi e le conseguenze legate alla Legge n. 86, anche in connessione con gli ambiti dell'istruzione e dell'ambiente rispetto al loro impatto sulla salute.

3) *Le risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale: nodi critici e prospettive future*, a cura di Marco Geddes da Filicaia, Stefano Neri, Elena Spina, Giovanna Vicarelli, discussant Silvia Briani, Paola di Giulio, Costantino Troise). In questo caso si analizzeranno più nodi critici che riguardano il personale della cura in Italia, prospettando anche proposte da discutere. I nodi critici riguardano la crescente insoddisfazione che sembra permeare i medici e le professioni sanitarie, sempre più caratterizzati da alti tassi di femminilizzazione, ma da un basso e difficile ricambio generazionale. Un'insoddisfazione su cui pesa il mancato riconoscimento economico e le sempre più difficili modalità di relazione con i pazienti e con le strutture politico-organizzative del SSN. Si tratta di problemi che richiedono un ripensamento complessivo delle condizioni di lavoro, un rinnovamento nelle modalità formative e di aggiornamento professionale; un incoraggiamento delle donne e dei giovani per innovare il lavoro professionale.

Per concludere, la tenuta, il potenziamento e la riqualificazione di un servizio sanitario pubblico – senza discriminazioni di accesso, finanziato attraverso la fiscalità generale progressiva, volto a intervenire sui fattori che incidono sulla salute individuale e collettiva – dipendono soprattutto dalle scelte politiche che a livello nazionale, europeo e internazionale si compiranno; dalla rimessa in campo del principio dell'integrazione socio-sanitaria, da una programmazione nazionale dei servizi e dalla loro capillarizzazione territoriale, dal rifinanziamento della spesa sanitaria e sociale, da una nuova spinta culturale e politica. Viceversa, la rinuncia all'uso di un servizio sanitario pubblico avrebbe conseguenze irreversibili sul piano dell'aggravamento delle odierne disuguaglianze. La posta in gioco è tanto il futuro del SSN, quanto, più in generale, quello del welfare. Un welfare universale e democratico, fondato sul benessere delle persone, la garanzia universale dei loro diritti, il soddisfacimento dei loro bisogni in termini di salute, previdenza, assistenza, istruzione, abitazione, tutela del reddito.

Si tratta, in coerenza con le finalità del Laboratorio, di coinvolgere più soggetti possibili accomunati da una visione sistemica del modello di cura e sanità pubblica, nel rilancio e riqualificazione di quello che è e dovrebbe rimanere uno dei maggiori capisaldi di universalismo e uguaglianza del paese: il servizio sanitario pubblico.

Come scriveva Lorenzo Tomatis nel 1992: «Uno si può chiedere se le risorse per la salute siano inevitabilmente e irrimediabilmente scarse oppure se tale scarsità è una scelta politica». Da qui occorre ripartire.

Position Paper

[L'epidemia delle malattie croniche e la risposta della rete dei servizi sanitari e sociali. Il caso Toscana.](#) [cronicità slide](#)

Paolo Francesconi, Agenzia regionale di sanità – ARS Toscana, Gavino Maciocco, Università di Firenze, Luca Negrogn, Istituzione Gian Franco Minguzzi, Bologna e Lorenzo Roti, ASL Toscana Centro.

Position Paper

[Il diritto alla salute a pezzi, autonomia differenziata e sanità](#) [Autonomia Slide](#)

Marina Davoli, epidemiologa, Stefania Gabriele, economista, e Francesco Pallante, Professore ordinario di Diritto costituzionale nell'Università di Torino. Hanno contribuito anche Antonio Addis e Carla Ancona.

Position Paper

[Le risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale, nodi critici e prospettive future](#) [Risorse umane Allegato statistico](#) [Risorse umane Slide](#)

Marco Geddes da Filicaia, medico epidemiologo, Stefano Neri, sociologo dell'economia, Università degli Studi di Milano, Elena Spina, sociologa dell'economia, Università Politecnica delle Marche, Giovanna Vicarelli, sociologa della salute e della medicina, Università Politecnica delle Marche

Round table

[The impact of neoliberal policies on European Beveridge-type health care](#)

Video registrazione

Introduction: **Guido Giarelli**, professor of Sociology, University 'Magna Græcia',

Participants: **David Hughes**, emeritus professor, Swansea University, Wales *The cases of Scotland and Wales*, **Jon Magnussen**, professor of Health Economics, Norwegian University of Science and Technology, Norway, *The case of Norway*, **Ana M. Guillen**, professor of Sociology, University of Oviedo, Spain, **Sigita Doblytė**, Assistant Professor, University of Oviedo, Spain, *The case of Spain*, **Vittorio Agnoletto**, physician, political activist, professor of Globalization and Health Policy at the University of Milan, *What lessons for the case of Italy?*

Conclusions: **Mike Saks**, emeritus professor, University of Suffolk, England

Discussant: **Nicoletta Dentico**, journalist, Director of the Global Health Programme

[L'ondata liberista sui sistemi Beveridge](#) (recensione del libro di **Guido Giarelli e Mike Saks "National Health Services of Western Europe"**)

Scenari del SSN



La responsabilità della cura

Guido Giustetto. *Presidente Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri di Torino*

Il nostro servizio sanitario nazionale (SSN) è sottoposto ad una erosione sempre più grave dei suoi principi ispiratori di universalità e di uguaglianza: le persone a basso reddito scontano attese di molti mesi per una visita specialistica, mentre chi può pagare si rivolge al sistema privato (aspetta o paga), poco meno della metà degli abitanti di Calabria e Campania quando necessitano di un ricovero devono emigrare in un'altra regione.

Questo è avvenuto e avviene a causa del sottofinanziamento del SSN: come sappiamo l'Italia ha una spesa pubblica per la sanità tra le più basse d'Europa – circa la metà di quella della Germania. Di qui la carenza di risorse su tutti i piani: ospedali vecchi e attrezzature obsolete, mancanza di almeno 20.000 medici e 65.000 infermieri; di qui i molti disservizi e la lesione al diritto alla salute delle persone, tra cui la questione delle liste d'attesa (il 50% delle visite specialistiche è ormai effettuato privatamente) è solo la più evidente. Per "sistemare" questa situazione c'è un progetto non del tutto dichiarato, ma evidente: interverrà (e lo sta già facendo) il settore privato, oggi in forte espansione, nelle sue varie articolazioni (dal privato convenzionato al privato puro, alle assicurazioni anche tramite i sistemi di welfare aziendale), offrendo quelle prestazioni che il SSN non può garantire o meglio che non si vuole che garantisca, negandogli il necessario finanziamento.

Il mercato della sanità è molto appetibile per l'investitore privato (si parla di finanziarizzazione della sanità [1]), ma per le persone pone diversi interrogativi. La salute (ed eventualmente un malato) è una merce? È facile arginare l'invadenza di un mercato tanto più se ingombrante, cioè distinguere l'intervento medico essenziale da quello superfluo?

Gli aspetti etici, tra cui l'equità dell'accesso per tutti ad una cura di qualità, non sono a rischio di essere distorti? Come rimediare al conflitto tra interesse del paziente per la sua salute e interesse, per esempio, dell'assicurazione per il suo guadagno? Nel suo libro "**La responsabilità della cura – oltre l'orizzonte delle prestazioni sanitarie**" Sandro Spinsanti non tratta direttamente di questi aspetti della deriva sanitaria in cui siamo coinvolti, non ne svolge un'analisi, ma ci dà le risorse per trovare le risposte e ci illustra quello che può essere un potente strumento di contestazione e di contrasto, nelle mani degli operatori della salute: la cura delle persone.

Dei tanti argomenti che espone quello più legato ai cambiamenti in atto è la differenza tra prendersi cura ed erogare prestazioni, due modi di operare che sempre più spesso vengono presentati sullo stesso piano, come possibili alternative asetticamente interscambiabili, cosa che, il libro ci spiega, non sono.

Fenomeni come medici a gettone, liste d'attesa, malati sulle barelle in Pronto Soccorso sono quotidianamente colti come aspetti e segnali di un sistema sanitario in grande difficoltà, fortemente definanziato. Secondo le stime [2] di aprile 2024 il finanziamento sanitario di quest'anno si attesta al 6,27% del Pil, livello più basso dal 2007 e sostanzialmente confermato fino al 2026.

Ma non deve sfuggire che nel loro insieme sono anche indicatori di una spinta a cambiare piano piano per passetti successivi apparentemente slegati tra loro, i nostri riferimenti culturali sulla salute e sulla sanità: i principi di universalità, uguaglianza, equità e solidarietà. Anche, e soprattutto, questo significa l'enfasi con la quale la parola e la pratica della "prestazione" sta sostituendo quella della "cura".

O meglio, i fenomeni accennati sopra rappresentano l'antiparadigma della cura, intesa come cura del corpo e dell'anima per permettere alla persona di esprimere il proprio poter essere. La cura della persona, e più ancora il prendersi cura, è un atto complesso fatto di biologia e di relazione, di ascolto e di proposta, di competenze tecniche e di etica. La prestazione è il tentativo della sua scomposizione in atti isolati, è il vedere la salute come la somma di risposte tecnico-amministrative, economicistiche o al massimo di riparazione di un pezzo del corpo un po' danneggiato. Ed è anche funzionale a trasformare la nostra salute, i nostri disturbi, in oggetto del mercato, nel più ampio ambito del consumismo sanitario.

In questo senso il modello della prestazione, influenzato dall'impronta del sistema assicurativo, bene si inserisce nell'aziendalismo (non è un caso che i nostri servizi sanitari siano in molte regioni definiti "Aziende"), nell'esternalizzazione, nel neoliberismo.

Immaginiamo i cosiddetti medici a gettone in pronto soccorso, luogo dove la persona, al di là dell'oggettiva gravità del suo problema, vive un momento di dubbio, di paura, di fragilità. Questi sono colleghi occasionali che si spostano, di turno in turno, da un ospedale all'altro dove c'è bisogno di tappare i buchi per la mancanza di personale dipendente; oggi ci sono e domani non più. Dove è il senso dell'équipe e la possibilità di essere un gruppo affiatato in grado di prendersi cura della persona? I medici a gettone non conoscono gli altri operatori con cui passeranno quella notte, l'ambiente anche sociale in cui devono lavorare, l'organizzazione della struttura, il software gestionale; come possono essere parte di un rapporto medico paziente, se pure allargato ?

Le liste d'attesa portano i sistemi di prenotazione ad offrire le visite specialistiche in luoghi anche molto lontani dall'abitazione degli assistiti e un recente monitoraggio di Agenas [3] riporta che il 51% dei pazienti non accetta la sede di prima disponibilità.

Il sistema infatti offre la struttura che di volta in volta presenta la prima data libera per quella visita, per cui per una patologia che richiede un monitoraggio specialistico frequente al paziente possono essere offerte sedi sempre differenti, con buona pace della conoscenza reciproca costruita nel tempo con lo specialista, dei dati anamnestici già raccolti e della continuità terapeutica. Ma si potrà dire che la prestazione è stata effettuata.

Le barelle che affollano i Pronto Soccorso (il cosiddetto boarding), sulle quali la gente sta anche per 4-5 giorni in attesa che si trovi un posto nel reparto adeguato, quale cura garantiscono ai pazienti ?

In molti casi la sofferenza non è solo dei pazienti, senza privacy, precari, confusi; anche il medico che non ha tutti gli strumenti e la possibilità per lavorare bene e si rende conto di non fare l'interesse del paziente tradendone in qualche modo la fiducia, ne soffre, avverte una ferita morale (moral injury), tende a lasciare quel lavoro. Una indagine della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri (FNOMCeO) evidenzia che il 40% dei medici dice che potrebbe essere interessato ad andare a lavorare all'estero o comunque a lasciare il Servizio sanitario nazionale, passando al settore privato.

Per il paziente la differenza tra cura e prestazioni corrisponde a quella tra essere considerato una persona o essere ridotto al proprio organo malato. Dal punto di vista del medico, il lavoro meccanicistico solo per prestazioni fa perdere il senso, anche etico, della professione. Questo libro ha l'obiettivo di spingerci a rimettere al centro la cura della persona e ci offre, dalle sue pagine, gli attrezzi etici per farlo con consapevolezza.

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/09/la-responsabilita-della-cura/>

Università: saranno 15.577 i posti disponibili per le specializzazioni in Medicina

Saranno 15.577 i posti disponibili per le Scuole di specializzazione in Medicina: 14.576 coperti con fondi statali, mentre la restante parte sarà garantita da fondi regionali e da altri enti finanziatori pubblici e privati. Lo prevede il decreto del Mur pubblicato oggi con la ripartizione dei posti tra le Scuole di specializzazione di area sanitaria ad accesso riservato ai medici attivate per l'anno accademico 2023-2024. I posti sono in calo rispetto ai 16.165 previsti lo scorso.

Nelle 51 Scuole di specializzazione di area sanitaria, il maggior numero di posti (1.577) è assegnato ad Anestesia e Rianimazione, seguito da Medicina d'emergenza-urgenza (999), pediatria (813) e medicina interna (808).

Il decreto precisa che "i posti aggiuntivi indicati nella tabella allegata come coperti con finanziamenti che prevedono, ai sensi del Ddg. Mur protocollo 1219/2024, il possesso di specifici requisiti richiesti dai rispettivi enti finanziatori, sono assegnati, in ordine di graduatoria, ai candidati del bando di concorso numero 678/2024 che risultano in possesso dei requisiti secondo quanto da essi stessi attestato tramite la apposita piattaforma informatica attivata, dal 28 agosto all'11 settembre 2024, nelle rispettive aree personali sul sito university".

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-09-20/universita-saranno-15577-posti-disponibili-le-specializzazioni-medicina-183234.php?uuid=AFuUFV2D&cmpid=nlqf>

Tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali: Regioni ben lontane dalla trasparenza. Solo 6 al top e al Sud si distingue la Puglia. Servono dati più chiari per migliorare il rapporto tra cittadini e Ssn

Fondazione Gimbe

Sono notevoli le differenze tra le Regioni nella rendicontazione dei tempi di attesa sulle prestazioni ambulatoriali del Servizio sanitario nazionale (Ssn).

Soltanto 6 Regioni sveltano per la trasparenza e completezza delle informazioni sui tempi di attesa per le prestazioni sanitarie e il Sud si rivela in difficoltà: la Puglia è l'unica "promossa" nel Mezzogiorno.

È il risultato di un'analisi della Fondazione Gimbe, presentata a Bari in occasione del Forum Mediterraneo Sanità, su completezza e trasparenza delle informazioni presenti nei siti web di Regioni e Province autonome e sulla semplicità e accessibilità delle modalità di prenotazioni nei siti Cup regionali.

«I tempi di attesa – dichiara Nino Cartabellotta, Presidente della Fondazione Gimbe – sono oggi il sintomo più grave ed evidente della crisi organizzativa e professionale del Ssn. Questo crea pesanti disagi per i pazienti, peggiora gli esiti di salute e fa lievitare la spesa privata, che impoverisce le famiglie e può portare anche a rinunciare alle cure. Ma, paradossalmente, a fronte della rilevanza del problema, non esiste una rendicontazione pubblica completa e trasparente sui tempi di attesa».

Il recente Dl Liste di attesa ha previsto l'istituzione, presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), della Piattaforma nazionale per le Liste d'Attesa per monitorare in modo rigoroso, analitico e uniforme i tempi per le prestazioni sanitarie in tutte le Regioni italiane. «La piattaforma – spiega Cartabellotta

– rappresenta l'unica vera novità del decreto, ma la sua realizzazione dipende strettamente dall'eterogeneità e dalla trasparenza delle piattaforme regionali sulle liste di attesa e, ancor prima, dalla pubblicazione di linee guida nazionali che devono ancora essere definite da un decreto attuativo».

Il Piano nazionale di gestione delle liste di attesa (Pngla) 2019-2021 aveva già previsto che i siti web regionali e aziendali pubblicassero informazioni sui tempi di attesa.

Tuttavia, solo il 25 gennaio 2024 è stato siglato l'accordo Stato-Regioni sulle linee di indirizzo "Requisiti e monitoraggio delle sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa sui siti web di Regioni, Province Autonome e Aziende Sanitarie" che stabilisce le modalità per rendere queste informazioni accessibili ai cittadini.

«In attesa del monitoraggio ufficiale del ministero della Salute – continua il Presidente – la Fondazione Gimbe ha scattato una prima istantanea sulla completezza e trasparenza dei dati pubblicati da Regioni e Province autonome relativi al monitoraggio ex ante dei tempi di attesa, che rileva in un determinato periodo la differenza in giorni tra data di prenotazione e data assegnata per l'erogazione della prestazione.

L'obiettivo dell'analisi non è quello di creare una "classifica" tra le Regioni, bensì di identificare le aree di miglioramento dei loro portali web con l'obiettivo di renderli davvero trasparenti e fruibili per i cittadini».

È stata inoltre effettuata una mappatura dei portali regionali di prenotazione delle prestazioni, confrontando le opzioni di accesso fornite ai cittadini.

Metodi.

A partire dai requisiti elaborati dal ministero della Salute sul monitoraggio ex ante delle prestazioni, è stato definito un set standardizzato di indicatori e ne è stata verificata la disponibilità sui siti web di Regioni e Province autonome.

I portali regionali unici sui tempi di attesa sono stati individuati navigando i siti delle Regioni e Province autonome e, in caso di mancato reperimento, è stata effettuata una verifica tramite motori di ricerca online. I portali Cup di prenotazione delle Regioni e Province autonome sono stati individuati tramite i motori di ricerca online e sono state analizzate le modalità di accesso per i cittadini riportando quelle che richiedono il minor numero di passaggi o autenticazioni.

Tutte le valutazioni sono state effettuate da due osservatori indipendenti, risolvendo eventuali discordanze tramite consenso.

Risultati.

Monitoraggio ex-ante

«La disponibilità di informazioni aggiornate e dettagliate sul monitoraggio ex-ante in un portale regionale unico – spiega Cartabellotta – è un elemento essenziale di trasparenza per cittadini e ricercatori». Diverse sono le dimensioni analizzate: modalità di visualizzazione dei dati (aggregati a livello regionale e/o per singola Azienda sanitaria), numero di prestazioni monitorate, tempo di attesa medio, percentuale di rispetto dei tempi previsti per ciascuna classe di priorità (Breve, Differibile, Programmata), possibilità di confrontare le performance tra aziende sanitarie.

«La nostra analisi – continua il Presidente – restituisce un quadro molto eterogeneo dei dati pubblicati online. In particolare, solo 6 Regioni rispettano tutte le dimensioni oggetto di valutazione: Provincia autonoma di Bolzano, Puglia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta e Veneto». In dettaglio, sono state escluse dall'analisi 7 Regioni:

- Basilicata, Campania e Lombardia perché non dispongono di un portale unico con i dati del monitoraggio ex-ante, ma rimandano ai siti delle singole aziende sanitarie;
- Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, Provincia autonoma di Trento e Sicilia in quanto, pur avendo un portale regionale unico, per il monitoraggio ex-ante riportano solo il dato storico (antecedente al 31 dicembre 2023). Per le 13 Regioni e la Provincia Autonoma di Bolzano che dispongono del portale unico è stata verificata la disponibilità dei seguenti indicatori (tabella 1):
- Visualizzazione dati (totale regionale e/o per singole Aziende sanitarie):
 - o Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Puglia, Umbria e Veneto riportano sia i dati aggregati a livello regionale che i valori per le singole aziende sanitarie;
 - o Calabria, Piemonte e Toscana riportano i dati solo per le singole aziende sanitarie senza i valori aggregati regionali;

o Marche e Sardegna riportano i dati solo come aggregati regionali senza riportare quelli delle singole aziende sanitarie;

o Provincia Autonoma di Bolzano, Molise e Valle d'Aosta: non è applicabile il criterio di valutazione in quanto è presente una sola azienda sanitaria.

La presenza della visualizzazione dati per singola azienda sanitaria (con presenza o meno anche del dato aggregato a livello regionale) è stata valutata positivamente, mentre la disponibilità del solo dato aggregato regionale è stata giudicata insufficiente perché non consente di conoscere i tempi di attesa per le singole aziende sanitarie.

- Numero di prestazioni monitorate: tutte le Regioni, eccetto Calabria e Molise, riportano il numero di prestazioni monitorate sulle quali è stato calcolato il tempo di attesa (Tda) medio o mediano e/o la percentuale di rispetto del Tda.

- Tda medio (rapporto tra la somma dei singoli tempi di attesa e il n° di prestazioni monitorate) o mediano e percentuale di rispetto del Tda (n° di prestazioni che rispettano il TDA sul totale delle prestazioni monitorate): o Molise, Provincia autonoma di Bolzano, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta e Veneto riportano entrambi i dati;

o Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Marche e Piemonte riportano solo la percentuale di rispetto del TDA, ma non il Tda medio;

o la Calabria riporta solo il Tda medio e non la percentuale di rispetto del Tda.

- Classe di priorità: Solo Calabria, Emilia-Romagna e Molise non riportano il dato suddiviso per classe di priorità (Breve, Differibile, Programmata).

- Confronto tra le aziende sanitarie: Calabria, Lazio e Marche non offrono la possibilità di confrontare le performance tra le aziende sanitarie; per la Provincia autonoma di Bolzano, il Molise e la Valle d'Aosta non è applicabile il criterio di valutazione in quanto è presente una sola azienda sanitaria.

Risultati.

Modalità di accesso alla prenotazione.

Per accedere ai portali di prenotazione le Regioni utilizzano diversi sistemi di autenticazione, come Spid, carta d'identità elettronica o tessera sanitaria e codice fiscale.

Tuttavia, alcune Regioni, come il Friuli Venezia Giulia e la Basilicata, permettono di consultare i tempi di attesa senza necessità di autenticazione, semplificando ulteriormente l'accesso a questa informazione per i cittadini. La Regione Molise è l'unica a non disporre di un portale web regionale per la prenotazione, ma rende disponibile ai cittadini solo una app per smartphone.

Complessivamente il quadro risulta molto variegato con opzioni differenti di accesso per cittadini e pazienti (tabella 2).

«La valutazione dei siti web delle Regioni sul monitoraggio ex ante dei tempi di attesa – conclude Cartabellotta – evidenzia una situazione molto variegata con rilevanti margini di miglioramento. Su questo fronte, in attesa della Piattaforma nazionale, per numerose Regioni la trasparenza è ancora un lontano miraggio: solo 6 su 21 offrono infatti tutte le informazioni oggetto di valutazione. Eppure la trasparenza è fondamentale per permettere ai cittadini di comprendere appieno la gestione della sanità nella propria Regione: dati chiari sui tempi di attesa, classi di priorità e confronti tra aziende sanitarie sono elementi essenziali per facilitare scelte consapevoli e rafforzare la fiducia nei servizi offerti. I cittadini hanno il diritto di conoscere le prestazioni monitorate, i tempi medi di attesa e se la propria Regione rispetta gli standard stabiliti. Inoltre è fondamentale che le modalità di prenotazione siano semplici e accessibili. Solo con una totale trasparenza e una maggiore accessibilità si può migliorare il rapporto tra cittadini e servizio sanitario, garantendo un accesso rapido e informato alle cure».

Tabella 1. Monitoraggio ex-ante dei tempi di attesa nei siti web di Regioni e Province autonome

Regione	Ultimo aggiorn. (mm/aa)	Visualizzazione dati	N° di prestazioni monitorate	TDA medio o mediano	% rispetto TDA	Classe priorità (B, D, P)	Confronto tra le Aziende
Abruzzo	04/23	-	-	-	-	-	-
Basilicata	-	-	-	-	-	-	-
Calabria	09/24	Per Azienda	No	Si	No	No	No
Campania	-	-	-	-	-	-	-
Emilia-Romagna	09/24	Regionale e per Azienda	Si	No	Si	No	Si
Friuli Venezia Giulia	12/23	-	-	-	-	-	-
Lazio	09/24	Regionale e per Azienda	Si	No	Si	Si	No
Liguria	07/24	Regionale e per Azienda	Si	No	Si	Si	Si
Lombardia	-	-	-	-	-	-	-
Marche	07/24	Regionale	Si	No	Si	Si	No
Molise	06/24	NA ^a	No	Si	Si	No	NA ^a
PA di Bolzano	08/24	NA ^a	Si	Si	Si	Si	NA ^a
PA di Trento	12/23	-	-	-	-	-	-
Piemonte	06/24	Per azienda	Si	No	Si	Si	Si
Puglia	05/24	Regionale e per Azienda	Si	Si	Si	Si	Si
Sardegna	07/24	Regionale	Si	Si	Si	Si	Si
Sicilia	01/22	-	-	-	-	-	-
Toscana	07/24	Per azienda	Si	Si	Si	Si	Si
Umbria	09/24	Regionale e per Azienda	Si	Si	Si	Si	Si
Valle d'Aosta	05/24	NA ^a	Si	Si	Si	Si	NA ^a
Veneto	08/24	Regionale e per Azienda	Si	Si	Si	Si	Si

^aIndicatore non applicabile in quanto è presente una sola Azienda sanitaria.

Abruzzo, Basilicata, Campania, Friuli Venezia Giulia, Lombardia e Sicilia non dispongono di un portale web regionale unico contenente i dati del monitoraggio ex-ante, ma rimandano ai siti delle singole Aziende sanitarie.

Tabella 2. Portali CUP di Regioni e Province autonome: link e modalità di accesso

Regione	Modalità di accesso	Link
Abruzzo	CF e password, CIE, SPID	https://sanitaonline.regione.abruzzo.it/portaleservizi/#/pages/login
Basilicata ^a	Libero	https://prenota.sanita.basilicata.it/main/booking/patient
Calabria	CF e NR, CIE, SPID	https://prenota.regione.calabria.it/
Campania	SPID, CIE, CNS	https://sinfonia.regione.campania.it/preview/cup
Emilia-Romagna	SPID, CIE, CNS	https://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-primarie/visite-ed-esami/per-prenotare
Friuli Venezia Giulia ^a	Libero	https://servizionline.sanita.fvg.it/prenotazioni/#/index_rossa
Lazio	CF e TS	https://prenotasmart.regione.lazio.it/main/home
Liguria	CF e TS e NR	https://prenotosaluteweb.regione.liguria.it/prenotosalute/
Lombardia	SPID, CIE, CNS e PIN, TS	https://prenotasalute.regione.lombardia.it/sito/
Marche	CF e NR	https://mycupmarche.it/prenotazionecittadino/
Molise	-	Solo tramite app dedicata
Piemonte	SPID	https://servizi.regione.piemonte.it/catalogo/prenotazione-visite-esami
Prov. Aut. di Bolzano	CF e NR	https://appcupmobile.civis.bz.it/main/home#!/main/home
Prov. Aut. di Trento ^a	CF e TS	https://cup.apss.tn.it/
Puglia	SPID, CIE, CNS, TS	https://www.sanita.puglia.it/web/pugliasalute/attiva-spid-e-cie
Sardegna	SPID, CIE, CNS e TS, CF e NR	https://cupweb.sardegna salute.it/prenota
Sicilia	SPID, CIE	https://sovracup.regione.sicilia.it/home
Toscana	CF e TS e NR	https://prenota.sanita.toscana.it/#/prenotazione
Umbria	SPID, CIE, CNS	https://cup.regione.umbria.it/cup/
Valle D'Aosta	SPID, CIE, CNS	https://www.fse.vda.it/fse-home/home.html
Veneto	SPID, CIE	https://sanitakmzerofascicolo.it/
^a Basilicata, Friuli Venezia Giulia e Provincia Autonoma di Trento rendono disponibile anche il tempo di attesa senza necessità di autenticazione SPID: Sistema Pubblico di identità Digitale; CIE: Carta di Identità Elettronica; CNS: Carta Nazionale dei servizi; CF: Codice Fiscale NR: Numero Ricetta, TS: Tessera Sanitaria		

Tagliare le spese fiscali. Ecco perché il governo dovrebbe toccare la sanità. Ma non può farlo

a cura di Osservatorio Conti Pubblici Italiani

Il taglio alle "spese fiscali" torna nell'agenda del governo. Ma tra il 2018 e il 2024 la perdita di gettito statale è raddoppiata da 54 a 105 miliardi di euro. Solo sull'Irpef ci sono 200 voci di riduzione, di cui le detrazioni sanitarie rappresentano circa i due terzi (3,8 miliardi di euro). Ma solo la metà della spesa privata in visite ed esami viene effettivamente recuperata

Gli autori della nota sono Francesco Scinetti e Gilberto Turati

Negli ultimi decenni, tutti i governi hanno dichiarato a più riprese di voler rivedere in modo restrittivo le "spese fiscali" (cd. tax expenditures), cioè quell'insieme di deduzioni, detrazioni, esenzioni e regimi speciali di tassazione rispetto al regime "normale" che rendono il sistema fiscale meno equo, meno trasparente e più distortivo, risultando anche in una significativa riduzione delle entrate statali.

Secondo le ipotesi che circolano sulla stampa riguardanti la manovra economica per il 2025, anche il governo attuale sembra intenzionato a seguire questa linea per recuperare risorse.

Nonostante le buone intenzioni, tuttavia, in base al censimento che ne fa il Rapporto annuale sulle spese fiscali (disponibile a partire dal 2016), negli ultimi anni il ricorso alle agevolazioni fiscali è aumentato anziché diminuire.

Tra il 2018 e il 2024, il numero delle agevolazioni è cresciuto addirittura di un terzo, passando da 466 a 625, mentre la perdita complessiva di gettito è raddoppiata, passando da 54 a 105 miliardi di euro.

In particolare, si è registrato un incremento significativo nei regimi speciali, nelle esenzioni e nei crediti d'imposta, soprattutto quelli legati ai lavori edilizi. Inoltre, è cresciuto l'uso di esenzioni specifiche come il welfare aziendale.

L'Irpef è rimasta l'imposta con il maggior numero di agevolazioni: per il 2024 conta 200 voci, pari al 32% del totale, a cui si aggiungono altre 59 voci con effetti su altre imposte.

Nell'ambito dell'Irpef, particolare rilievo assumono le deduzioni e le detrazioni per particolari categorie di spesa.

Secondo l'Ufficio parlamentare di bilancio, nel 2021 (ultimi dati disponibili), oltre la metà dei contribuenti (il 54%, pari a 22,6 milioni di persone) ha beneficiato di circa 6,3 miliardi di euro in detrazioni.

Tuttavia, non sempre queste detrazioni producono un beneficio effettivo, perché in alcuni casi, come quello dei contribuenti incapienti, superano l'imposta lorda dovuta.

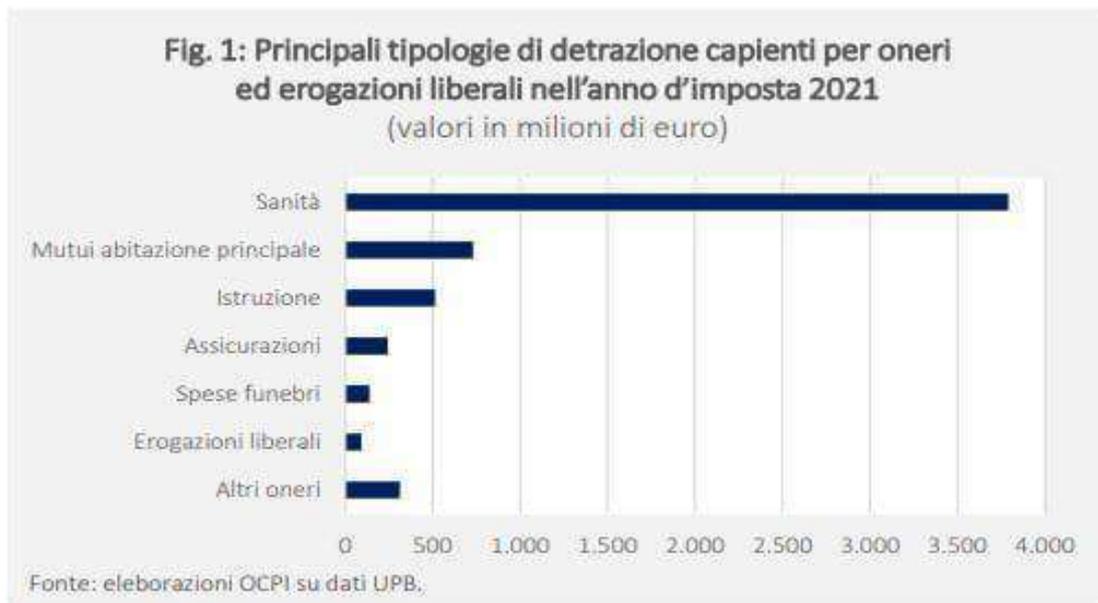
L'importo detratto effettivamente fruito è stato infatti di 5,8 miliardi di euro, comunque pari al 92% del totale delle detrazioni teoriche (Fig. 1).

Di queste, oltre il 98% riguarda detrazioni per oneri, con le spese sanitarie che costituiscono circa due terzi del totale (3,8 miliardi) e sono utilizzate da 18,7 milioni di contribuenti.

Seguono le detrazioni per interessi sui mutui per l'acquisto della prima casa (730 milioni), per spese di istruzione (513 milioni), per assicurazioni (243 milioni) e per spese funebri (137 milioni).

Circa 312 milioni sono ripartiti tra un ampio ventaglio di circa 25 agevolazioni minori.

Considerando questi numeri, è chiaro che, per recuperare risorse nella prossima manovra, il governo dovrà necessariamente valutare le detrazioni più significative, come appunto quelle per le spese sanitarie, nonostante la loro salienza politica, soprattutto in un momento storico come questo di difficoltà a finanziare il Servizio Sanitario Nazionale.



Quali spese sanitarie si possono detrarre

Nell'ottica di una revisione della normativa in senso restrittivo, l'importanza delle detrazioni relative alla sanità richiede quindi di entrare nel dettaglio delle categorie di spese per le quali, secondo l'Agenzia delle Entrate, si ha diritto alla detrazione Irpef pari al 19%.

Queste sono:

- Le prestazioni rese da un medico generico (incluse quelle per visite e cure di medicina omeopatica);
- L'acquisto di medicinali (anche omeopatici) da banco e con ricetta medica (incluso il ticket);
- Le prestazioni mediche specialistiche effettuate da medici o da personale abilitato dalle autorità competenti in materia sanitaria;
- Le analisi, le indagini radioscopiche, le ricerche e le applicazioni, le terapie (per esempio elettrocardiogrammi, ecografie, dialisi, cobaltoterapia, iodioterapia, inseminazione artificiale, ecc.);
- Le prestazioni chirurgiche (non con finalità estetiche);
- I ricoveri per degenze o collegati a interventi chirurgici;
- Il trapianto di organi;
- Le cure termali (escluse le spese di viaggio e soggiorno e solo se prescritte dal medico curante);
- L'acquisto o l'affitto di dispositivi medici e attrezzature sanitarie (comprese le protesi sanitarie e gli occhiali da vista).

Inoltre, sono detraibili, nella stessa misura del 19%, le seguenti spese di assistenza specifica:

- Assistenza infermieristica e riabilitativa (per esempio fisioterapia, kinesiterapia, laserterapia, ecc.);
- Prestazioni rese da personale in possesso della qualifica professionale di addetto all'assistenza di base o di operatore tecnico assistenziale esclusivamente dedicato all'assistenza diretta della persona;
- Prestazioni rese da personale di coordinamento delle attività assistenziali di nucleo;
- Prestazioni rese da personale con la qualifica di educatore professionale;
- Prestazioni rese da personale qualificato addetto ad attività di animazione e di terapia occupazionale.

L'elenco mette in luce un ampio spettro di prestazioni e servizi offerti da professionisti sanitari, ma anche spese per l'acquisto di medicinali, dispositivi medici e attrezzature sanitarie effettuate dai contribuenti, in alcuni casi anche senza alcuna prescrizione medica (si pensi, per esempio, agli integratori disponibili in farmacia).

Sfortunatamente, a dispetto di questo lungo elenco, non si hanno informazioni in merito alle detrazioni connesse con le diverse categorie di spesa, ma qualche informazione si può indirettamente avere guardando alla composizione della spesa sanitaria privata.

Quanta spesa sanitaria privata viene portata in detrazione e chi ne beneficia?

Per ottenere indicazioni sulle potenziali detrazioni per spese sanitarie, è utile esaminare la spesa sanitaria privata. Dal 2012, questa ha registrato un incremento costante dell'1,4% annuo, segnalando un crescente ricorso da parte dei cittadini a farmaci, dispositivi medici e servizi sanitari a pagamento.

Nel 2023, secondo Istat, la spesa sanitaria privata ha raggiunto il valore di circa 41 miliardi di euro.

Di questi, il 44,6% (18 miliardi di euro) è destinato all'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione.

Tuttavia, di questi 18 miliardi di euro solamente 2 miliardi sono destinati all'assistenza ospedaliera, mentre i rimanenti 16 miliardi vengono spesi per l'assistenza specialistica e ambulatoriale.

La seconda voce di spesa per importanza riguarda i prodotti farmaceutici e gli apparecchi terapeutici (per un totale di 15 miliardi di euro).

Infine, i rimanenti 7,5 miliardi di euro vengono suddivisi tra servizi di Long Term Care (4,4 miliardi di euro), servizi ausiliari (3,1 miliardi di euro) e servizi per la prevenzione delle malattie (67 milioni di euro).

Del totale della spesa sanitaria sostenuta dalle famiglie, solo 21,7 miliardi di euro (pari al 52,3% della spesa totale privata) sono stati effettivamente portati in detrazione dai contribuenti.

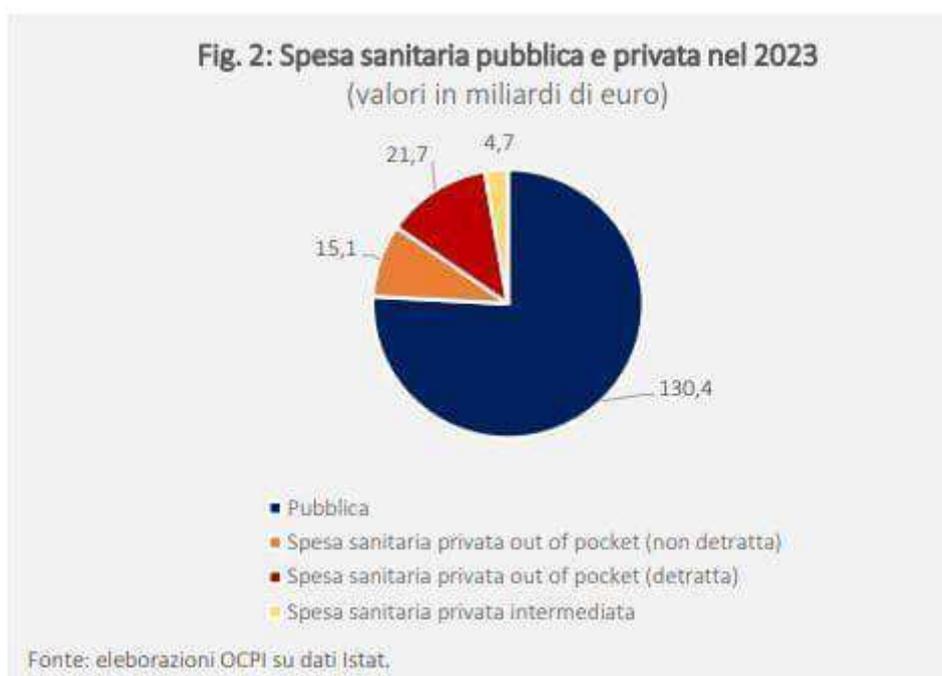
Questo indica che una parte significativa delle spese sanitarie non viene recuperata tramite le agevolazioni fiscali. Diversi fattori potrebbero contribuire a spiegare questa iscrepanza.

Innanzitutto, la complessità delle norme fiscali e la difficoltà nel comprendere correttamente le regole rappresentano un ostacolo per molti.

A ciò si aggiunge una scarsa informazione su quali spese siano effettivamente detraibili, insieme a errori o dimenticanze nella compilazione dei modelli fiscali (come il modello 730 o il modello Unico).

Anche il fenomeno dell'incapienza, come abbiamo mostrato già in precedenza, potrebbe impattare significativamente.

Infine, un'ulteriore spiegazione è legata all'esistenza di una franchigia (pari a 129,11 euro), che potrebbe limitare il numero di contribuenti con piccole spese annuali.



Esaminando più nel dettaglio le categorie di reddito imponibile dei contribuenti, emergono alcuni aspetti significativi.

Innanzitutto, il 47% delle detrazioni è utilizzato da contribuenti con reddito imponibile compreso tra 15.000 e 30.000 euro, che rappresentano il 37% del totale dei contribuenti.

Al contrario, il 44% dei contribuenti con redditi imponibili inferiori a 15.000 euro beneficia solo dell'11% delle detrazioni, principalmente a causa del problema dell'incapienza (Tav. 1).

Inoltre, i contribuenti con reddito più basso ottengono detrazioni medie significativamente inferiori (174 euro rispetto ai 638 euro per i contribuenti con reddito più elevato) e solo il 20% di loro ne usufruisce, rispetto all'85% dei contribuenti con reddito più alto.

Dall'ultima colonna della Tav. 1 si nota infine come la percentuale di detrazioni sanitarie sul totale delle detrazioni è più elevata per i contribuenti con reddito più basso (69% per la prima classe, rispetto al 58% per l'ultima classe), sottolineando l'importanza di queste spese per i contribuenti relativamente più poveri.

Tav. 1: Distribuzione delle detrazioni per classi di reddito imponibile nel 2021

Classi di reddito (euro)	Contribuenti (%)	Ripartizione delle detrazioni (%)	Quota beneficiari (%)	Detrazione media (euro)	Quota detrazioni destinate alla sanità (%)
Fino a 15.000	44	11	20	174	69
Da 15.000 a 30.000	37	47	69	262	66
Da 30.000 a 50.000	13	26	82	338	63
Da 50.000 a 80.000	3	9	86	432	62
Da 80.000 a 120.000	1	4	86	499	56
Oltre 120.000	1	3	85	638	58

Fonte: elaborazioni OCPI su dati Ufficio Parlamentare di Bilancio.

In conclusione, l'ennesimo progetto di revisione delle spese fiscali nell'ambito dell'Irpef al fine di recuperare gettito si scontra con la salienza politica delle detrazioni più importanti.

Fra queste, la voce principale è quella delle spese sanitarie, nonostante la spesa portata in detrazione rappresenti solo una parte dell'intera spesa privata.

Le informazioni disponibili suggeriscono da un lato un chiaro gradiente rispetto al reddito dell'importanza delle detrazioni per spese sanitarie, con i contribuenti con redditi più alti che si avvantaggiano maggiormente della spesa fiscale, e dall'altro che le due grandi componenti della spesa privata, che dovrebbero costituire la parte rilevante delle spese portate in detrazione, sono rappresentate dalle spese per la specialistica ambulatoriale (che includono anche le spese per le cure dentali) e per l'acquisto di farmaci e altri dispositivi medici.

La prima categoria è guidata dall'esistenza di limiti all'offerta pubblica, caratterizzata da lunghe liste d'attesa. Tagliare queste detrazioni in questo momento sembra difficile.

La seconda categoria è invece legata, almeno in parte, ai ticket. Anche qui, gli spazi per eventuali revisioni sembrano piuttosto stretti.

https://www.repubblica.it/economia/2024/09/22/news/tagliare_le_spese_fiscali_ecco_perche_il_governo_dovrebbe_toccare_la_sanita_ma_non_puo_farlo-423513456/?ref=drirt-2

la Repubblica

Pazienti in fuga dal Sud, l'esodo che fa più ricchi gli ospedali del Nord

Michele Bocci

Il dato record della Lombardia che incassa un miliardo di euro. Fanno ancora peggio le Regioni che hanno i bilanci in rosso

Si spacca sempre di più la Sanità italiana. Con la distanza tra la qualità dell'assistenza nelle Regioni che aumenta. A rivelarlo è un indicatore fondamentale: l'esodo dei pazienti. L'anno scorso, raccontano i dati delle stesse amministrazioni locali, i viaggi per fare interventi chirurgici, terapie ed esami diagnostici sono

aumentati ancora, superando i livelli raggiunti prima del Covid. Sono ormai oltre mezzo milione le persone che si spostano.

I rischi dell'autonomia differenziata

La riforma dell'[autonomia](#) differenziata non è ancora realtà, ma il sistema di cura degli italiani è già spezzettato. La cosa rende assai fosche le previsioni su un futuro nel quale chi le Regioni ricche lo diventeranno ancora di più e attrarranno nuovi pazienti e professionisti, questi ultimi allettati con stipendi più altiche. Le Regioni povere, che vedranno ridursi le risorse perché i finanziamenti arriveranno dalle tasse incassate nelle realtà locali, staranno ancora peggio.

La vicenda del [farmaco](#) per il virus respiratorio sinciziale è una spia dei rischi legati alla regionalizzazione spinta, soprattutto perché ha dimostrato che se le trattative per i prezzi avvengono in ogni Regione, e non a livello centrale, possono esserci problemi, che in questo caso si sono ripercossi sulle realtà in piano di rientro, perché hanno i bilanci in rosso.

I 230 mila pazienti che si spostano

Ma se si osservano i numeri dei cosiddetti viaggi della speranza, le difficoltà sono ancora più evidenti. In un anno, secondo i dati raccolti dall'agenzia sanitaria delle Regioni, l'Agenas, sono stati circa 230 mila i cittadini delle realtà in piano di rientro (Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Puglia e Sicilia). Il dato è del 2022.

Nel 2023 le cose peggiorate.

Ogni prestazione sanitaria ha un costo e annualmente le Regioni calcolano quelle offerte ai pazienti arrivati dalle altre città. Serve a suddividersi il Fondo sanitario nazionale, perché chi ha elargito più prestazioni a chi è arrivato da fuori deve essere compensato. Il calcolo di quanto spetta a ciascuna Regione si realizza facendo la differenza tra le spese per i propri pazienti andati altrove e gli incassi per i malati arrivati. Esistono spostamenti fisiologici, perché magari riguardano chi vive al confine tra due regioni oppure chi ha un'urgenza quando si trova lontano da casa. Poi ci sono le scelte di chi cerca altrove l'assistenza.

I viaggi costano 4,6 miliardi

Da pochi giorni la Conferenza delle Regioni ha calcolato il valore della mobilità sanitaria nel 2023. Ebbene, il dato totale è di 4,6 miliardi di euro, contro i 4,3 del 2022. Negli anni del Covid, 2020 e 2021, i numeri erano scesi perché le persone si sono spostate meno. Ma nel 2019 si era arrivati a 4,5 miliardi, quindi la corsa è ripresa.

I dati delle Regioni

Analizzando i risultati delle singole Regioni, si osserva come chi era già attrattivo, lo è diventato ancora di più. È il caso principalmente di tre realtà. La prima, come da tradizione, è la Lombardia. Ha incassato un miliardo di euro (dato record) e ha speso 421 milioni per i suoi abitanti che si sono curati fuori. Il saldo è quindi positivo per ben 579 milioni. Come detto c'è stata una crescita, visto che nel 2022 era a 550 milioni.

La seconda realtà più attrattiva è l'Emilia-Romagna, che ha registrato una crescita ancora più importante. Il saldo tra denaro entrato per curare cittadini di altre Regioni (723 milioni) e di quello uscito è di 465 milioni, contro i 407 dell'anno precedente (+14%). Poi c'è il Veneto, con il saldo che passa da 176 a 189 milioni.

La quarta Regione è la Toscana, che però è l'unica a scendere (da 63 a 58 milioni). Sono queste le realtà sanitarie più forti del Paese, le altre vanno tutte in negativo, a parte Trentino, Alto Adige e Molise (+22 milioni) che è in piano di rientro.

E tra chi finisce in rosso chi va peggio? Manco a dirlo, le altre Regioni in piano di rientro. Tra l'altro, quasi tutte peggiorano. Il saldo più pesante lo ha la Calabria (—295 milioni), che tra il 2022 e il 2023 ha superato la Campania (che è a —285) in fatto di passivo più alto.

La Sicilia è a —221, la Puglia a —198, il Lazio a — 71 e l'Abruzzo a —90 (dato però migliore dell'anno precedente). La Liguria, che non ha mai sfondato il bilancio, non sta comunque bene: è a —99 milioni.

https://www.repubblica.it/italia/2024/09/23/news/mobilita_sanitaria_dati-423515429/?ref=RHLF-BG-P7-S1-T1

Liste d'attesa. Dal monitoraggio dei tempi alla disponibilità delle agende. Ecco le linee guida per la realizzazione della Piattaforma nazionale

Luciano Fassari

Ecco la bozza del decreto attuativo del Dl Liste d'attesa in cui vengono fissati i criteri per la costruzione della Piattaforma unica che servirà a monitorare il rispetto dei tempi di attesa per ottenere una prestazione sanitaria. I cittadini potranno accedere in maniera trasparente a dati in tempo reale sul monitoraggio e verificare gli indicatori predisposti per i tempi di attesa. [IL TESTO](#)

18 SET -

Misurazione delle prestazioni in lista di attesa su tutto il territorio nazionale, disponibilità di agende sia in regime SSN che ALPI, tempi di attesa in relazioni alle classi di priorità e verifica dei percorsi di tutela previsti dal Piano Nazionale Governo Liste di Attesa.

Sono alcuni degli obiettivi della nuova Piattaforma Nazionale Liste di Attesa delle prestazioni sanitarie introdotta dal Decreto Liste d'attesa e di cui Qs è in grado di anticipare il decreto attuativo con le linee guida per la sua costruzione.

Ricordiamo che la Piattaforma Nazionale Liste di Attesa (PNLA) è istituita presso l'Agenas ed è finalizzata a realizzare l'interoperabilità con i Centri Unici di Prenotazione (CUP) relativi a ciascuna Regione e Provincia Autonoma.

Secondo quanto riportato nel testo, la Piattaforma si propone di garantire, a livello nazionale, il monitoraggio relativo alla:

- misurazione delle prestazioni in lista di attesa su tutto il territorio nazionale;
- disponibilità di agende sia in regime SSN che ALPI;
- tempi di attesa in relazioni alle classi di priorità;
- verifica dei percorsi di tutela previsti dal Piano Nazionale Governo Liste di Attesa;
- attuazione del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77;
- appropriatezza e rispetto dei criteri RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei).

In tale contesto, emergono due macro-gruppi di utenze che possono fruire dei servizi erogati dalla PNLA:

- Cittadini e associazioni: potranno accedere in maniera trasparente a dati in tempo reale sul monitoraggio e verificare gli indicatori predisposti per i tempi di attesa.
- Personale coinvolto nella gestione delle liste di attesa: rientrano in questa categoria gli addetti ai lavori delle Direzioni Sanitarie, delle Amministrazioni Regionali e Centrali impegnate nel governo e monitoraggio delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie.

“Attraverso lo sviluppo e l'implementazione della PNLA – si legge nel documento –, è possibile conseguire e concretizzare i seguenti benefici derivanti da un monitoraggio centralizzato e in tempo reale: Identificazione di aree di miglioramento al fine di garantire le cure necessarie in tempi adeguati ai pazienti. Miglioramento dell'allocazione delle risorse e dell'efficienza operativa, riducendo i tempi di inattività. Condivisione di informazioni chiare e aggiornate sui tempi di attesa, favorendo la trasparenza e la fiducia dei pazienti nei confronti del sistema sanitario. Incremento delle performance del servizio sanitario pubblico e maggiore copertura nell'ambito territoriale. Governare la modulazione dei tempi di attesa in relazione alle classi di priorità. Appropriately nell'accesso alle prestazioni, in coerenza con i criteri dei Raggruppamenti di attesa omogenea (RAO)”.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=124392

"Adozione delle linee guida per la definizione dei criteri di realizzazione e di funzionamento della Piattaforma nazionale delle liste di attesa, di cui all'articolo 1, comma 1, decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2024, n. 107, e dei criteri di interoperabilità tra la medesima Piattaforma e le piattaforme regionali"



Il Ministro della Salute

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1726581117.pdf>

quotidianosanità.it

Liste d'attesa. Premialità per Regioni e indennità di risultato per direttori generali che riusciranno a ridurle. E più risorse al privato. Il testo del ddl pronto per l'esame del Senato di G.R.

Forme premiali per quelle Regioni che garantiscano il rispetto dei tempi massimi di attesa per i Lea. Indennità di risultato per direttori regionali della sanità nonché direttori generali degli enti del Ssn in caso di riduzione delle liste di attesa. Possibilità di avvalersi degli specialisti ambulatoriali interni, già in servizio a tempo indeterminato, su richiesta degli stessi. Si potrà reclutare il personale del comparto e della dirigenza medica e sanitaria attraverso contratti di collaborazione coordinata e continuativa. Potenziamento dei Dipartimenti di salute mentale.

01 OTT -

Il disegno di legge per il contrasto al fenomeno delle liste d'attesa, varato lo scorso giugno da Palazzo Chigi insieme ad un decreto sullo stesso tema, è pronto per l'esame da parte del Parlamento. Il suo iter prenderà ufficialmente il via nei prossimi giorni a cominciare da Palazzo Madama.

Il testo, composto da 13 articoli, prevede classi di priorità per gli esami diagnostici cui dovranno corrispondere diverse tempistiche di erogazione della prestazione. Vengono previste forme premiali per quelle Regioni che garantiscano il rispetto dei tempi massimi di attesa per l'erogazione ai cittadini delle prestazioni sanitarie rientranti nei livelli essenziali di assistenza. Inoltre, ai fini della valutazione e della verifica dell'attività dei direttori regionali della sanità nonché dei direttori generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale, le Regioni assegneranno nell'ambito dei sistemi di valutazione previsti dai rispettivi ordinamenti specifici obiettivi annuali relativi alla riduzione delle liste di attesa, integrando i relativi contratti individuali, ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato.

Per garantire la completa attuazione dei Piani operativi per il recupero delle liste d'attesa, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale potranno avvalersi degli specialisti ambulatoriali interni, già in servizio a tempo indeterminato, su richiesta degli stessi. Si potrà inoltre reclutare il personale del comparto e della dirigenza medica e sanitaria nonché delle professioni sanitarie attraverso contratti di collaborazione coordinata e continuativa.

Presso il Ministero della salute verrà istituito il “Sistema Nazionale di Governo delle Liste di Attesa” e il registro delle segnalazioni a cui accedono i cittadini, tramite il sito istituzionale del medesimo Ministero, per segnalare problematiche e disservizi in materia di erogazione di prestazioni sanitarie. Vengono incrementati i limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati. Potenziamento dei Dipartimenti di salute mentale.

Ecco tutte le misure previste, articolo per articolo.

Articolo 1 (Disposizioni in materia di prescrizione ed erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale)

Il medico ha l'obbligo di attribuire, nel caso di prima visita o esame diagnostico, l'appropriata classe di priorità e di indicare il sospetto diagnostico sia nel caso di primo accesso che di accessi successivi. La prescrizione delle prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale avviene mediante le procedure della ricetta dematerializzata del Sistema Tessera Sanitaria, al fine di implementare il livello di monitorabilità del sistema di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'offerta istituzionale.

Le Regioni dovranno promuovere “misure organizzative utili a consentire che il medico specialista, che ritenga necessari ulteriori accertamenti al fine di completare il sospetto diagnostico, prenda in carico l'assistito, direttamente o attraverso la struttura sanitaria nella quale opera, fino alla completa conclusione del percorso diagnostico”. Si attribuiscono **classi di priorità agli esami** alle quali corrisponderanno diverse tempistiche di erogazione della prestazione.

Queste le classi previste:

- a) classe U (URGENTE):** entro settantadue ore dalla richiesta di prestazione;
- b) classe B (BREVE ATTESA):** entro dieci giorni dalla prenotazione;
- c) classe D (DIFFERITA):** entro trenta giorni per le visite ovvero sessanta giorni per gli accertamenti diagnostici dalla prenotazione;
- d) classe P (PROGRAMMABILE):** entro centoventi giorni dalla prenotazione secondo indicazione del medico prescrittore.

Le Regioni dovranno attuare “ogni utile iniziativa per assicurare ai propri assistiti l'effettiva erogazione delle prestazioni sanitarie nell'ambito delle strutture pubbliche e private accreditate, per garantire il rispetto dei tempi di attesa, per monitorare e vigilare sui risultati raggiunti, prevedendo, in caso contrario, idonee misure da adottare nei confronti dei direttori generali delle aziende sanitarie anche in relazione ai compiti agli stessi assegnati”.

Le ASL provvederanno ad erogare le prestazioni di specialistica ambulatoriale nei confronti dei propri assistiti “anche tramite l'offerta delle aziende ospedaliere, l'attivazione della diagnostica di primo livello negli studi della medicina generale nonché l'offerta degli erogatori privati accreditati, previa stipula degli accordi contrattuali”.

I direttori regionali della sanità dovranno elaborare “le direttive per la predisposizione, a livello aziendale, di piani strategici annuali che contengono l'analisi e la previsione relative alla domanda di prestazioni ambulatoriali proveniente dai propri assistiti e alla corrispondente offerta aziendale, comprensiva anche di quella delle aziende ospedaliere nonché degli erogatori privati accreditati”. I direttori generali delle ASL e Ao “elaborano i piani strategici annuali e, ai fini della validazione, ne curano la trasmissione ai direttori regionali, cui compete la vigilanza sulla relativa esecuzione”.

L'attuazione dei piani strategici annuali elaborati e validati “rileva ai fini della valutazione dell'attività dei direttori regionali della sanità e dei direttori generali”.

Le aziende sanitarie locali e ospedaliere nonché gli erogatori privati accreditati dovranno inoltre garantire “l'utilizzo degli strumenti di telemedicina secondo i vigenti indirizzi e linee guida, tra cui il teleconsulto, anche ai fini dell'appropriatezza prescrittiva, quali strumenti di integrazione tra i medici ospedalieri e i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta di afferenza territoriale”.

Articolo 2 (Istituzione e funzionamento del Sistema nazionale di Governo delle liste di attesa)

Per garantire il coordinamento a livello nazionale delle azioni volte ad assicurare il rispetto dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie rientranti nei livelli essenziali di assistenza e a ridurre le liste di attesa, presso il Ministero della salute è istituito il **"Sistema Nazionale di Governo delle Liste di Attesa"** (SINGLA).

Questo sarà governato da una cabina di regia presieduta dal Ministro della salute e alla quale partecipano il capo di gabinetto del Ministero della salute, due rappresentanti delle regioni designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, il capo del dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale, il capo del dipartimento della prevenzione, della ricerca e delle emergenze sanitarie, il direttore generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria, il direttore generale delle professioni sanitarie e delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale, il direttore responsabile dei sistemi informativi del Ministero della salute, il presidente dell'Istituto Superiore di Sanità (Iss) e il direttore dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas).

Articolo 3 (Istituzione del registro delle segnalazioni e funzionalità dell'Osservatorio nazionale delle liste di attesa)

Presso il Ministero della salute verrà istituito il **registro delle segnalazioni** a cui accedono i cittadini, tramite il sito istituzionale del medesimo Ministero, per segnalare problematiche e disservizi in materia di erogazione di prestazioni sanitarie.

Con decreto del Ministro della salute, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, verranno disciplinati i compiti, le modalità di funzionamento e la composizione dell'**Osservatorio nazionale delle liste di attesa**, cui partecipano i rappresentanti del Ministero della salute, i rappresentanti regionali designati dalla Conferenza Stato Regioni e i rappresentanti delle organizzazioni civiche di tutela della salute, e sono definite le modalità di raccolta e analisi delle segnalazioni pervenute e delle problematiche più rilevanti analizzate. Per la partecipazione alle attività dell'Osservatorio non sono previsti compensi, gettoni di presenza, rimborsi di spesa o altri emolumenti comunque denominati.

Articolo 4 (Disposizioni relative agli specialisti ambulatoriali interni)

Per garantire la completa attuazione dei Piani operativi per il recupero delle liste d'attesa, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale potranno avvalersi degli specialisti ambulatoriali interni, già in servizio a tempo indeterminato, su richiesta degli stessi.

Per queste prestazioni la tariffa potrà essere incrementata "fino a 100 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione, laddove inferiore. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive, con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili nonché all'orario massimo di lavoro e ai prescritti riposi".

Per queste finalità si dovrà provvedere nel limite di 100 milioni di euro per ciascuno degli anni 2025 e 2026, a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato.

Articolo 5 (Disposizioni relative al conferimento di incarichi libero-professionali ai medici in formazione specialistica)

Per il conferimento di incarichi libero professionali a medici in formazione specialistica, ora si potrà arrivare fino ad un **massimo di 10 ore settimanali** e si elimina il termine fissato precedentemente al 31 dicembre 2025.

Articolo 6 (Disposizioni relative al reclutamento del personale sanitario)

Al fine di ridurre le liste di attesa, di contrastare il fenomeno dei cosiddetti gettonisti e di reinternalizzare i servizi sanitari appaltati ad operatori economici privati, le Regioni e gli enti del Servizio sanitario nazionale potranno **reclutare il personale del comparto e della dirigenza medica e sanitaria nonché delle professioni sanitarie attraverso contratti di collaborazione coordinata e continuativa**, "in deroga all'articolo 7, comma 5-bis, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, nel rispetto dei limiti previsti dall'articolo 9, comma 28, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122".

I direttori generali delle aziende e degli enti del Ssn dovranno redigere, entro il 30 novembre di ogni anno, una dichiarazione nella quale certificano i reclutamenti di personale effettuati.

Articolo 7 (Disposizioni sui limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati)

Il limite di spesa **acquisto prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati** viene aumentato di 0,5 punti percentuali per il 2025 e di 1 punto percentuale a decorrere dal 2026.

Le risorse relative a questo incremento dovranno essere prioritariamente destinate alle “prestazioni di ricovero e ambulatoriali, erogate dalle strutture sanitarie private accreditate dotate di pronto soccorso ed inserite nella rete dell'emergenza, conseguenti all'accesso in pronto soccorso, con codice di priorità rosso o arancio”.

Al fine di adeguare la rete assistenziale alle esigenze derivanti dal **Giubileo 2025** e di facilitare la dimissione dei pazienti dai reparti per acuti presso le strutture di riabilitazione post-acuzie ottimizzando la produttività dei posti letto nell'ambito degli ospedali per acuti, “le strutture eroganti attività di ricovero ospedaliero di riabilitazione post-acuzie nell'ambito della Regione Lazio e coinvolte nell'attuazione di quanto previsto dall'articolo 9-*quater*, comma 8 del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2015, n. 125 e aventi un accordo contrattuale regolarmente sottoscritto con la regione, possono partecipare a una sperimentazione di durata annuale finalizzata all'aggiornamento delle tariffe, definite in applicazione dell'articolo 15, commi 15, 16, 17 e 18 del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, associate alle prestazioni di ricovero relativamente alle prestazioni di riabilitazione per i codici 75, 56 (a, b, c) e 28”.

Articolo 8 (Monitoraggio dei servizi erogati in farmacia)

Ai fini del monitoraggio, il sistema di ricezione dei dati individuali in forma anonimizzata viene esteso non solo ai consumi farmaceutici ma anche agli **altri servizi offerti dalle farmacie**. Prevista l'acquisizione dei dati individuali in forma anonimizzata anche per l'erogazione di parafarmaci registrati come dispositivi medici e per l'erogazione degli **integratori alimentari**.

Articolo 9 (Riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio sanitario nazionale)

Al fine di favorire la riduzione delle liste di attesa anche attraverso il processo di riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio sanitario nazionale, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato Regioni, dovranno essere individuati **criteri condivisi a livello nazionale per il raggiungimento in forma singola o associata**, a pena di decadenza dall'accreditamento con il Servizio sanitario nazionale, **dei valori soglia di prestazioni**, ai fini dell'adeguamento della rete delle strutture, favorendo il ricorso a **modelli di aggregazione** anche contrattuali, quali in particolare i contratti di rete, che tengano conto anche delle effettive caratteristiche orografiche e demografiche di riferimento, in coerenza con l'assetto dell'assistenza territoriale.

Inoltre, presso gli erogatori di prestazioni laboratoristiche è consentito, con oneri a carico degli utenti, lo svolgimento in telemedicina delle prestazioni per le quali sia stato rilasciato idonea autorizzazione all'esercizio in corso di validità.

Articolo 10 (Misure premiali e valutazione degli obiettivi per la riduzione delle liste di attesa)

Si prevedono forme premiali per quelle Regioni che garantiscano il rispetto dei tempi massimi di attesa per l'erogazione ai cittadini delle prestazioni sanitarie rientranti nei livelli essenziali di assistenza.

Ai fini della valutazione e della verifica dell'attività dei **direttori regionali della sanità nonché dei direttori generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale**, le Regioni assegnano nell'ambito dei sistemi di valutazione previsti dai rispettivi ordinamenti specifici **obiettivi annuali relativi alla riduzione delle liste di attesa**, integrando i relativi contratti individuali, ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato. Ai medesimi fini i direttori generali assegnano gli obiettivi di cui al primo periodo ai direttori amministrativi, ai direttori sanitari e ai direttori di struttura complessa,

integrando i relativi contratti individuali. La quota dell'indennità di risultato condizionata al raggiungimento del predetto obiettivo non può essere inferiore al trenta per cento.

Si specifica poi che l'**inconferibilità di incarichi di direzione** nelle Aziende sanitarie locali a soggetti provenienti da enti di diritto privato regolati o finanziati **non si applica agli Irccs**.

Articolo 11 (Disposizioni per il potenziamento dei Dipartimenti di salute mentale)

Al fine di potenziare l'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari da parte dei Dipartimenti di salute mentale, unitamente a quanto previsto in sede di attuazione del Programma nazionale equità nella salute 2021-2027, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, previa valutazione e autorizzazione rilasciata dalla competente direzione regionale della sanità, sono autorizzati ad assumere a tempo indeterminato complessivamente:

a) nell'anno 2025, n. 44 unità di medici psichiatri, n. 36 unità di neuropsichiatri infantili, n. 34 unità di psicologi, n. 100 unità scelte tra educatori professionali, terapisti della riabilitazione psichiatrica, terapisti occupazionali e assistenti sociali;

b) nell'anno 2026 n. 7 unità di medici psichiatri, n. 6 unità di neuropsichiatri infantili, n. 6 unità di psicologi, n. 14 unità scelte tra educatori professionali, terapisti della riabilitazione psichiatrica, terapisti occupazionali e assistenti sociali.

Articolo 12 (Istituzione della Scuola nazionale dell'alta amministrazione sanitaria)

Al fine di implementare la formazione e lo sviluppo professionale del management nel Servizio sanitario nazionale e di fornire ai dirigenti e ai direttori sanitari le tecniche e gli strumenti per garantire la qualità dei servizi sanitari e per assicurare l'efficienza organizzativa ed economica delle aziende sanitarie, è istituita, a decorrere dall'anno 2025, presso il Ministero della salute, la Scuola nazionale dell'alta amministrazione sanitaria (SNAAS).

Articolo 13 (Misure in materia di approvazione dei bilanci degli ordini professionali)

Prevede che l'approvazione dei bilanci degli ordini professionali venga semplificata.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=124653

"Improving diagnosis for patient safety"
Migliorare i processi diagnostici per la sicurezza dei pazienti:
alcune esperienze nell'A.O. San Giovanni Addolorata
Seminario accreditato ECM

16 SETTEMBRE 2024
Ore 8.30 - 14.00
Sala Folchi. P.zza San Giovanni in Laterano 76

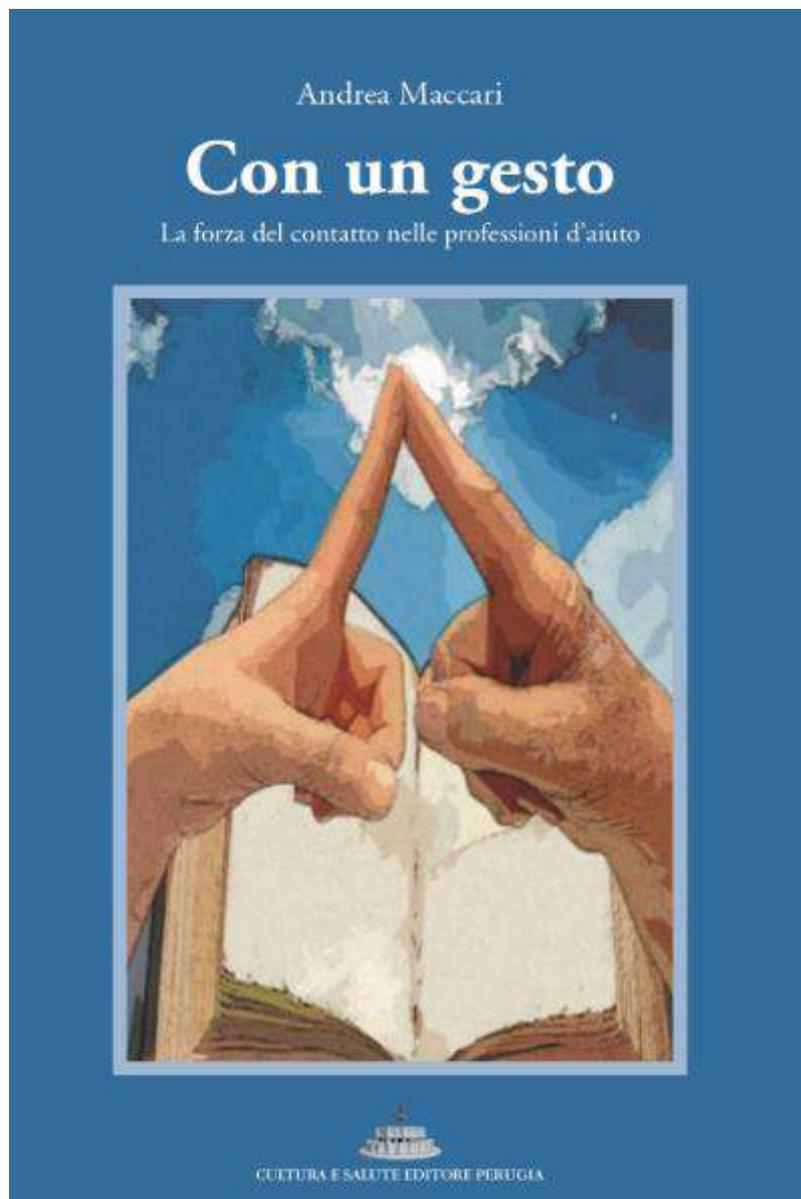
PROGRAMMA

- 8.30** Registrazione dei partecipanti
- 9.00** **Saluti Istituzionali**
Direzione Aziendale
- 9.20** **L'errore diagnostico: aspetti di rischio clinico e medico legali**
Giovanna Sgarzini
- 9.40** **L'errore umano: bias cognitivi e intelligenza artificiale**
Piero Gaspa
- 10.00** **Il Team multiprofessionale: la forza dell'unione**
Rita Patrizia Tomasin
- 10.20** **La diagnosi radiologica e l'analisi dell'errore**
Pasquale Ialongo
- 11.40** **Ruolo della patologia clinica nella diagnostica personalizzata e nell'emergenza**
Ettore Capoluongo
- 11.00** **Emergenza: formazione, competenze e team**
Maria Pia Ruggieri
- 11.20** **Emergenze intraospedaliere formazione e multidisciplinarietà**
Mario D'Ambrosio
- 11.40** **Miglioramento del percorso diagnostico nelle ICA: importanza della sorveglianza e della qualità assistenziale**
Paolo Carfagna
- 12.00** **Gestione dei pazienti da ricoverare in aree a rischio senza storia conosciuta di precedenti colonizzazioni/infezioni da CRE: proposta di una procedura rapida per i nuovi ingressi in area critica.**
Buona Pratica AGENAS
Milva Ballardini
- 12.20** **La diagnosi cardiologica - dispositivi impiantabili, monitoraggio remoto - empowerment del paziente e del care giver**
Marco De Giusti, Filippo Brandimarte
- 12.40** **Gestione dei pazienti con Stroke: inquadramento diagnostico tempestivo ed efficace per la scelta della opzione terapeutica**
Alessandra Davoli
- 13.00** **Il PDTA strumento di ottimizzazione del percorso diagnostico: la realtà dell'AO San Giovanni Addolorata. Progetto di validazione dell'ISS**
Paola Santalucia, Giovanni Di Giovanni
- 13.30** **Test/Verifica finale**

All'evento sono attribuiti 4.3 crediti ECM per medici e professioni sanitarie



Cultura e Salute
Editore Perugia



Questo testo vuole essere luogo d'incontro tra discipline per stimolare riflessioni, partendo da due esperienze sulla relazione d'aiuto: una ricerca in ospedale e un confronto in carcere. Non è solo un saggio per addetti ai lavori perché permette a chiunque di addentrarsi negli argomenti scientifici trattati, con un'architettura del testo che spazia dalle basi della relazione umana all'arte, dalle fondamenta del counseling alla ricerca, anche con l'utilizzo di supporti audiovisivi. Il libro può diventare strumento di crescita per gli studenti che hanno scelto un percorso formativo che abbraccia le scienze umane e può essere un compendio prezioso per coloro che già esercitano una professione d'aiuto.

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



Come un solido braccio di pratica clinica della comunità può supportare la missione tripartita di un sistema sanitario accademico

[Lynne Fiscus](#), [Sachin Gupta](#), [Bo Jiang](#), [John Min](#) e [Mark Gwynne](#)

Pubblicato il 21 agosto 2024

NEJM Catal Innov Care Deliv 2024 ; 5 (9)

DOI: 10.1056/CAT.24.0064

Astratto

Esiste una tensione naturale tra il braccio della pratica clinica della comunità e il braccio della pratica clinica accademica all'interno di un grande sistema sanitario accademico (AHS).

Strutture salariali disparate, geografia sovrapposta, competizione per i pazienti e applicazione iniqua di standard e risorse possono portare a prestazioni di sistema non ottimali, poiché ogni pratica clinica lavora per massimizzare i risultati individuali.

Queste tensioni possono portare a una duplicazione non necessaria di risorse e a sprechi di tempo ed energia concentrandosi sulla politica interna e sulla competizione piuttosto che sull'affrontare minacce competitive esterne, come l'influenza del capitale di rischio, dei servizi virtuali e dei nuovi entranti al dettaglio nello spazio clinico.

Allo stesso tempo, il panorama dell'assistenza sanitaria continua a cambiare, poiché la proprietà degli studi da parte dei medici è scesa al di sotto del 50%, creando sia sfide che opportunità per i sistemi sanitari.

Questo articolo descrive come, negli ultimi 15 anni, UNC Health ha costruito un solido braccio della pratica comunitaria chiamato UNC Physicians Network (UNCPN) insieme alla struttura del dipartimento accademico che supporta pienamente la missione tripartita di UNC Health.

Gli autori descrivono come un ramo comunitario all'interno di un AHS può espandere la sua impronta clinica e armonizzare gli sforzi di ricerca e insegnamento per supportare la missione AHS in un contesto comunitario. Per realizzare questa armonizzazione, UNCPN ha identificato tre aree di attenzione ad alta priorità per investimenti intenzionali nella collaborazione tra i rami comunitari e accademici:

1. Partnership per aumentare la ricerca basata sulla comunità;
2. Crescita della capacità interna per gli studenti;
3. Ampliamento della qualità dell'erogazione dell'assistenza e delle iniziative sulla salute della popolazione in un'ampia area geografica.

Questi sforzi intenzionali hanno consentito a UNC Health di migliorare le prestazioni di tutte le missioni AHS: ricerca, istruzione e assistenza clinica basata sulla popolazione.

In particolare, il numero di cliniche comunitarie che partecipavano attivamente alla ricerca è più che raddoppiato, passando da 23 studi nel 2019 a 49 nel 2023.

In collaborazione con le scuole di medicina e infermieristica UNC, negli ultimi anni circa 65-70 precettori hanno dedicato fino a 23.000 ore di insegnamento a circa 95 studenti ogni anno accademico.

Inoltre, nello stesso periodo, la percentuale di studenti della Facoltà di Medicina precettati è quasi raddoppiata nelle cliniche per adulti UNCPN (Medicina di famiglia e Medicina interna) ed è aumentata del 50% nelle cliniche pediatriche UNCPN.

Poiché il numero di clinici UNCPN è aumentato da 44 nel 2010 a 697 nel 2024, il numero di pazienti in carico alle cure primarie è cresciuto da 200.000 nel 2019 a oltre 350.000 nel 2024, con attualmente oltre 540.000

pazienti in totale, comprese le cure primarie e specialistiche, il che ha consentito l'ampliamento delle cure di alta qualità, portando a prestazioni di alto livello nei contratti basati sul valore.

https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.24.0064?query=CON&ssotoken=U2FsdGVkX19nB%2BEUzKHqfwO7s6Niu81aREjDeYnnW0d%2Fk2BbC55e0OaJrUPP19WmjRWJxQqcEYdgiDJXENwSeSdNHCFOMlxx8k9AZt4nE0uuiWH7kAHQNwDzM5DOPasbGMQcW3DZN%2B2hi5Z8Po0pSvuZkaK3u55qNXPFIHFrWYYFex8aSfSI6zPvL0%2BhvQCEpJ90JOoo3z%2FXSCf5Lcy6A%3D%3D&cid=DM2358711_Catalyst_Non_Subscriber&bid=-1781566630



Inflazione e salute

Mario Bruschi, Erika Del Prete e Letizia Fattorini, *Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Università di Firenze.*

Definita come il “tasso di aumento dei prezzi di beni e servizi tale da erodere il potere d’acquisto”, l’inflazione può avere effetti profondi sulla società – e sulla salute – attraverso diverse vie.

L’attuale ondata inflazionistica nell’Eurozona, iniziata nel 2021, è stata innescata dalla ripresa economica post-pandemia. La crescente domanda di beni e servizi ha messo sotto pressione le catene di approvvigionamento globali, incapaci di tenere il passo.

Diversi fattori hanno amplificato questa situazione: conflitti internazionali, l’aumento dei prezzi dell’energia e le interruzioni legate alla pandemia hanno esercitato una forte pressione sui prezzi, portando a un significativo aumento dell’inflazione (**Figura 1**).

Secondo Eurostat, a maggio 2024 l’inflazione (calcolata con l’indice armonizzato dei prezzi al consumo, CIPH) nell’Eurozona è di nuovo in aumento dopo un periodo di stabilità, attestandosi al 2,6%; in Italia, terzo Paese per inflazione più bassa tra i venti dell’Eurozona, i valori sono in leggera diminuzione, con percentuali intorno allo 0,8% (1, 2).

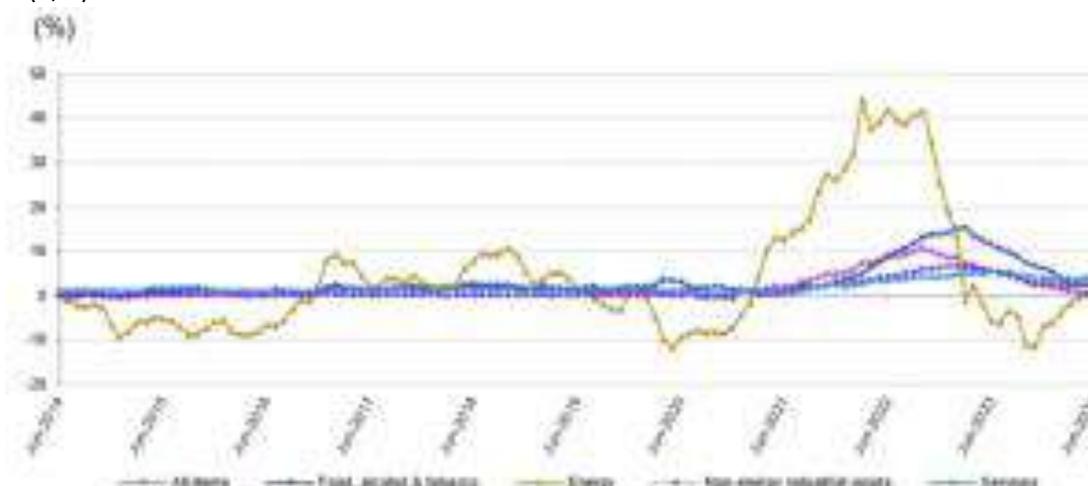


Figura 1: Inflazione annuale dell’Eurozona e sue principali componenti, giugno 2014 - giugno 2024 (stima) (Eurostat, 2024)

Ma qual è il rapporto tra inflazione e salute?

Non è un segreto che le condizioni economiche e la salute siano in stretta relazione. È innegabile che le condizioni socio-economiche di un individuo o di un gruppo ristretto di individui (microeconomia) influenzano direttamente lo stato di salute.

Meno evidente, ma altrettanto importante, è però il ruolo della macroeconomia, ovvero la condizione e la performance economica di interi Stati o di entità sovranazionali. È in questo contesto che l'inflazione gioca appunto un ruolo chiave.

L'Inflazione e i suoi effetti

L'inflazione non è un problema di per sé, ma lo diventa se non controllata. Essa può infatti erodere il potere d'acquisto delle persone, influenzando negativamente vari aspetti della vita quotidiana e, di conseguenza, la salute. Una revisione sistematica, recentemente pubblicata su *The Lancet* (3), ha mappato le evidenze scientifiche presenti in letteratura focalizzandosi sulle dinamiche in gioco tra salute e inflazione, in particolare gli effetti di quest'ultima sugli esiti sanitari e sui fattori di rischio associati. Gli autori hanno sviluppato un modello logico illustrando i possibili percorsi attraverso i determinanti a monte (condizioni socio-economiche, culturali e ambientali più ampie che influenzano indirettamente la salute, come ad esempio l'occupazione e il reddito familiare) e a valle (fattori che hanno un impatto diretto e più immediato sulla salute, ad esempio i fattori di rischio e i servizi sanitari) in cui l'inflazione potrebbe andare ad agire (**Figura 2**)

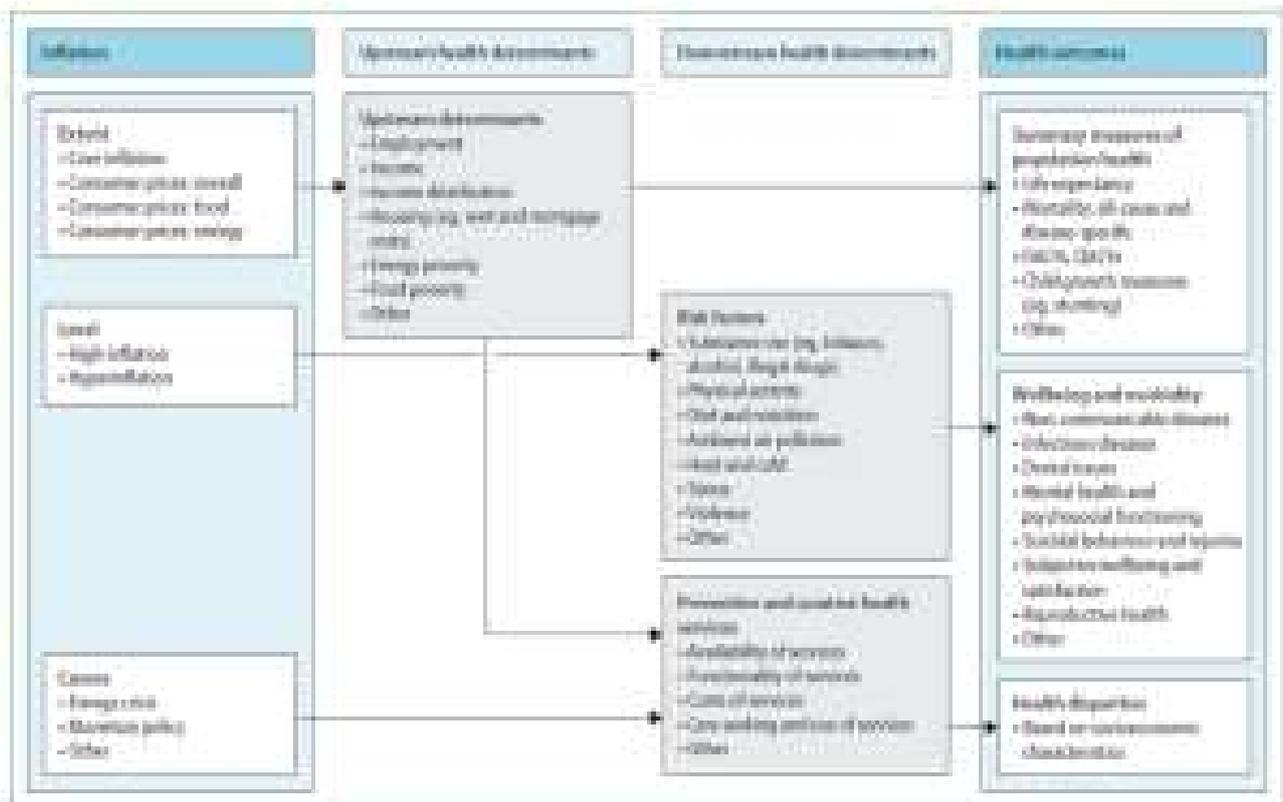


Figura 2: Modello logico preliminare che illustra i possibili percorsi degli effetti dell'inflazione sulla salute (*Lancet*, 2024)

DALYs = Disability-Adjusted Life Years; QALYs = Quality-Adjusted Life Years

Dalla mappatura della letteratura che si concentra sull'interazione tra inflazione e salute è stato quindi possibile estrapolare i principali fattori di rischio e outcome sanitari su cui può avere effetto l'inflazione.

L'inflazione e la dieta

Tra gli effetti dell'inflazione sui fattori di rischio legati alla salute, emerge un importante collegamento con l'acquisto e il consumo di alimenti: l'aumento dei prezzi si associa ad un calo della spesa alimentare in termini di quantità (4, 5) e qualità, con variazioni nella preparazione dei cibi e nella loro consumazione (5-8). Tali cambiamenti – che colpiscono soprattutto le famiglie economicamente più svantaggiate – includono una riduzione della quantità di grassi e verdure, la frequente mancanza di dessert (fino all'omissione dell'intero pasto) e la riduzione della tendenza a mangiare fuori casa.

Uno studio sulle famiglie indiane di città (8) che hanno affrontato l'aumento dei prezzi tra il 1995-96 e il 1999-2000 mette in evidenza i diversi impatti nei panieri di consumo e modelli di spesa dei vari gruppi di reddito: una strategia di coping – adottata prevalentemente dalle famiglie a reddito basso e medio-basso (88% e 71%, rispettivamente) – è stata quella di ridurre il consumo di alcuni prodotti specifici come l'olio e il ghee (burro chiarificato, tipicamente usato nella cucina indiana).

Studi condotti nell'Africa Subsahariana (9, 10) e in Libano (11) hanno messo in rilievo il rischio di malnutrizione e di problemi di crescita nei bambini causati dall'inflazione.

La riduzione della spesa alimentare a causa del caro prezzi rappresenta un problema attuale e in aumento, anche in Italia.

La Coldiretti (Confederazione Nazionale Coltivatori Diretti), maggiore associazione di rappresentanza e assistenza dell'agricoltura italiana, sulla base dei dati Istat sull'inflazione ha stimato (12) che nel 2023 gli italiani hanno speso circa 9 miliardi in più per poter acquistare meno cibo rispetto all'anno precedente.

Infatti, nel corso dell'anno passato i prezzi dei beni alimentari sono aumentati in media del 5,8% a confronto con il 2022, con un picco superiore al 13% per frutta e vegetali: alimenti alla base della piramide alimentare (13) e, quindi, essenziali per un'alimentazione completa ed equilibrata.

Da una ricerca di mercato (14) emerge che in Italia l'inflazione ha portato ad un aumento delle famiglie in difficoltà, e il perdurare dell'incremento dei prezzi sta producendo dei cambiamenti nel comportamento dei consumatori, che cercano di risparmiare (focalizzandosi sullo stretto necessario, oppure cercando promozioni o sconti) e di darsi delle priorità. Il privarsi di alcuni cibi può comportare un ridotto apporto di nutrienti essenziali per il metabolismo umano, con conseguente possibile compromissione della salute.

L'inflazione e la salute mentale

Riguardo gli esiti di salute elencati nella review, la relazione tra inflazione e salute mentale offre molti spunti di riflessione.

I due studi riportati suggeriscono un effetto negativo dell'inflazione su questo outcome. Il primo studio, condotto a Taiwan su scala nazionale dal 2000 al 2013 per esaminare le conseguenze della crisi economica globale del 2008, suggerisce che l'inflazione può aumentare il rischio di depressione post partum (15). Il secondo studio ha analizzato il benessere degli immigrati australiani nel periodo 2001-2014, rilevando che l'inflazione nei Paesi di origine può influire negativamente sulla loro salute mentale; tuttavia, questo effetto tende a diminuire con l'aumentare del tempo trascorso dall'emigrazione (16).

Un recente studio inglese esamina l'associazione tra inflazione e salute mentale nella popolazione generale in Inghilterra nel periodo post-COVID-19, a partire da aprile 2022 (17).

Utilizzando dati dell'*Office for National Statistics* (ONS) e del *National Health Service* (NHS), è stata esaminata l'associazione tra l'inflazione dei prezzi, misurata tramite l'indice CIPH, e il numero di persone in contatto con i servizi di salute mentale in diverse fasce d'età.

I risultati mostrano che l'inflazione correla in modo significativo con l'aumento delle persone in contatto con i servizi di salute mentale, soprattutto tra gli adulti dai 19 ai 64 anni e gli anziani con età superiore ai 65 anni. L'inflazione, dal 1,5% al 6,2% tra marzo 2020 e marzo 2022, ha raggiunto l'8,9% a marzo 2023.

Le persone in contatto con i servizi di salute mentale sono aumentate significativamente nel periodo post-COVID-19, con specifiche voci di costo che mostrano una forte correlazione (cibo e bevande analcoliche, alloggio, acqua e carburanti, beni e servizi vari).

Questo studio sottolinea la rilevanza di politiche mirate per affrontare le cause potenziali dei problemi di salute mentale legati all'aumento del costo della vita, come sussidi finanziari per alimenti e la necessità di potenziare i servizi di salute mentale.

Per l'Italia non è ancora noto uno studio analogo, ma sarebbe importante raccogliere evidenze su questo fronte, considerando l'impatto dell'inatteso aumento dell'inflazione dal secondo semestre del 2021 sul potere d'acquisto delle famiglie italiane, anche se in parte mitigato dalle misure governative a sostegno dei redditi familiari e di contenimento dei prezzi energetici (18).

Un altro tema strettamente collegato alla salute mentale è la relazione tra inflazione e suicidio, evidenziata nella review con uno studio italiano del 2012 che riporta un'associazione positiva tra inflazione e tentativi di suicidio, in particolare tra gli individui disoccupati che erano stati occupati in precedenza (tale associazione non è stata tuttavia osservata per coloro che erano morti per suicidio) (19).

L'effetto dell'inflazione sul comportamento suicida è più pronunciato in alcuni gruppi socio-demografici: uomini, disoccupati, persone di età superiore ai 40 anni.

Conclusioni

La maggior parte degli studi citati nella review suggerisce che l'inflazione abbia un effetto prevalentemente negativo sui vari fattori di rischio e outcome di salute.

Sebbene questi effetti interessino tutta la popolazione, particolari gruppi socio-economici risultano maggiormente suscettibili, accentuando così alcune disuguaglianze.

Ad esempio, gli uomini sembrano essere più suscettibili agli effetti dell'inflazione riguardo ai comportamenti suicidari.

Questo risultato è in linea con la letteratura, che indica che gli individui di sesso maschile sono generalmente più sensibili ai disordini economici e politici.

Allo stesso modo, i gruppi economicamente svantaggiati e le famiglie a basso reddito sembrano subire maggiormente gli effetti negativi dell'inflazione, data la loro limitata capacità di affrontare le sfide economiche che ne conseguono.

Lo studio, pubblicato da *The Lancet* all'inizio dell'estate di quest'anno, ha, per la prima volta, indagato in modo sistematico la relazione tra inflazione e salute umana, riconoscendo le diverse lacune presenti in letteratura ed evidenziando la necessità di indagini più approfondite e mirate.

Occorre prestare maggiore attenzione agli effetti della pressione inflazionistica sulla popolazione ed il rischio concreto di sviluppare nuove disparità o acuire quelle già presenti, considerando l'attuale periodo storico caratterizzato da emergenze mondiali come guerre ed effetti legati al cambiamento climatico.

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/09/inflazione-e-salute/>

Spesa sanitaria pubblica: in Italia nel 2023 è al 6,2% del pil, sotto la media Ocse e fanalino di coda del G7.

L'appello Gimbe: "Con manovra serve una rapida inversione di rotta"

Cartabellotta: "La politica deve avere ben chiaro che la perdita di un SSN pubblico, finanziato dalla fiscalità generale e fondato su principi di universalità, eguaglianza ed equità, determinerebbe un disastro sanitario, economico e sociale senza precedenti. E senza una rapida inversione di rotta, da tracciare già nella NaDEF 2024 e, soprattutto, nella Legge di Bilancio 2025, siamo destinati a rinunciare silenziosamente al diritto alla tutela della salute".

03 SET -

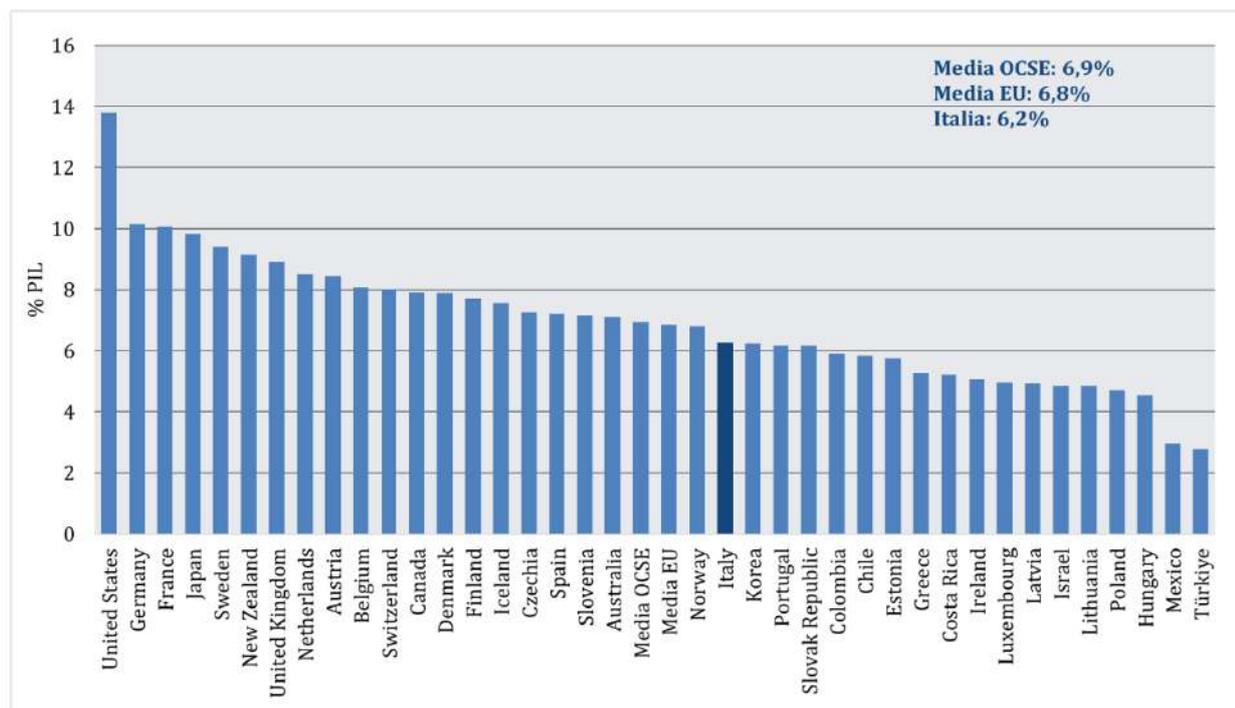
Nel 2023 l'Italia per spesa sanitaria pubblica pro-capite si colloca solo al 16° posto tra i 27 Paesi europei dell'area OCSE e in ultima posizione tra quelli del G7.

La spesa sanitaria pubblica si attesta al 6,2% del PIL, percentuale inferiore sia rispetto alla media OCSE del 6,9%, sia rispetto alla media europea del 6,8%.

"Il tema del finanziamento pubblico per la sanità – dichiara **Nino Cartabellotta**, Presidente della Fondazione GIMBE – infiamma il dibattito politico da oltre un anno, coinvolgendo aule parlamentari e consigli regionali, vista l'enorme difficoltà di tutte le Regioni a garantire i livelli essenziali di assistenza e un'offerta adeguata di servizi e prestazioni sanitarie.

E, secondo indagini e sondaggi condotti sulla popolazione, la sanità è diventata per tutti una priorità assoluta perché la vita quotidiana delle persone è sempre più gravata da vari problemi: interminabili tempi di attesa per visite ed esami, affollamento dei pronto soccorso, impossibilità di trovare un medico o un pediatra di famiglia vicino casa, inaccettabili diseguaglianze regionali e locali, migrazione sanitaria, aumento della spesa privata sino all'impoverimento delle famiglie e alla rinuncia alle cure".

Figura 1. Spesa sanitaria pubblica nei paesi OCSE in % del PIL (anno 2023 o più recente disponibile)



A fronte di un Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sempre più in affanno nel garantire il diritto alla tutela della salute si sono moltiplicati i segnali istituzionali: la Corte dei Conti, la Corte Costituzionale e l'Ufficio Parlamentare di Bilancio rilevano continuamente il sottofinanziamento del SSN e ben 5 Regioni e

successivamente anche le opposizioni hanno presentato disegni di legge per aumentare il finanziamento pubblico almeno al 7% del PIL. Anche lo stesso Ministro Schillaci ha recentemente dichiarato che il 7% del PIL è il livello minimo sul quale attestarsi per il finanziamento della sanità pubblica.

Con l'imminente Nota di Aggiornamento del Documento di Economia e Finanza (NaDEF) e, soprattutto, in vista della discussione sulla Legge di Bilancio 2025, la Fondazione GIMBE ha analizzato la spesa sanitaria pubblica 2023 nei paesi dell'OCSE al fine di fornire dati oggettivi per il confronto politico e il dibattito pubblico e prevenire ogni forma strumentalizzazione.

La fonte utilizzata è il dataset [OECD Health Statistics](#), aggiornato al 23 luglio 2024, che riporta i dati 2023 per poco meno della metà dei paesi dell'area OCSE e quelli 2022 per i restanti paesi. Sono stati analizzati i dati relativi alla spesa sanitaria pubblica, sia in percentuale del PIL, che in \$ pro-capite a prezzi correnti e parità di potere d'acquisto. Utile ricordare che la spesa sanitaria pubblica per ciascun paese include vari schemi di finanziamento, di cui uno di solito prevalente: fiscalità generale (es. Italia, Regno Unito), assicurazione sociale obbligatoria (es. Germania, Francia), assicurazione privata obbligatoria (es. USA, Svizzera).

Spesa sanitaria pubblica in percentuale del PIL.

Nel 2023 in Italia la spesa sanitaria pubblica si attesta al 6,2% del PIL, un valore ben al di sotto sia della media OCSE del 6,9% che della media europea del 6,8%. Sono 15 i paesi europei dell'area OCSE che investono una percentuale del PIL maggiore dell'Italia, con un gap che va dai +3,9 punti percentuali della Germania (10,1% del PIL) ai +0,6 della Norvegia (6,8% del PIL).

Spesa sanitaria pubblica pro-capite.

In Italia nel 2023 la spesa sanitaria pubblica pro-capite è pari a \$ 3.574, ben al di sotto sia della media OCSE (\$ 4.174) con una differenza di \$ 600, sia soprattutto della media dei paesi europei dell'area OCSE (\$ 4.470) con una differenza di \$ 896. In Europa ben 15 paesi investono più del nostro, con un gap che va dai +\$ 410 della Repubblica Ceca (\$ 3.984) ai +\$ 3.825 della Norvegia (\$ 7.399).

“Di fatto in Europa – commenta il Presidente – siamo primi tra i paesi poveri, davanti solo a Spagna, Portogallo e Grecia e ai paesi dell'Est, esclusa la Repubblica Ceca”. Dal 2010, per tagli e definanziamenti effettuati da tutti i Governi, la distanza con i paesi europei è progressivamente aumentata sino a raggiungere \$ 623 nel 2019. Poi il gap si è ulteriormente ampliato, sia negli anni della pandemia quando gli altri paesi hanno investito molto più dell'Italia, sia nel 2023 perché di fatto la nostra spesa sanitaria è rimasta stabile. “Al cambio corrente dollaro/euro – precisa Cartabellotta – il gap con la media dei paesi europei nel 2023 raggiunge € 807 pro-capite che, tenendo conto di una popolazione residente ISTAT al 1° gennaio 2024 di quasi 59 milioni di abitanti, si traduce nell'esorbitante cifra di oltre € 47,6 miliardi”.

Spesa sanitaria pubblica pro-capite: confronto con i paesi del G7.

“Il trend della spesa sanitaria pubblica pro-capite 2008-2023 – commenta Cartabellotta – restituisce un quadro impietoso: l'Italia è stata sempre ultima tra i paesi del G7; ma se nel 2008 le differenze con gli altri paesi erano modeste, con il costante definanziamento degli ultimi 15 anni sono divenute ormai incolmabili”. Infatti, già nel 2008, quando tutti i Paesi del G7 avevano una spesa pubblica pro-capite compresa tra \$ 2.250 e \$ 3.500, l'Italia era fanalino di coda insieme al Giappone; nel 2023, mentre l'Italia rimane ultima con una spesa pro-capite di \$ 3.574, la Germania l'ha più che doppiata raggiungendo i \$ 7.253. Inoltre, commenta il Presidente “anche tra il 2019 e il 2023, quando tutti i Paesi del G7 hanno aumentato la spesa pubblica pro-capite per fronteggiare la pandemia, l'Italia ha investito molto meno, rimanendo penultima poco sopra il Giappone”. Infatti, nel 2023 rispetto al 2019, la spesa sanitaria pubblica pro-capite italiana è cresciuta di soli \$ 772 rispetto ai \$ 1.280 della Francia, ai \$ 1.329 del Regno Unito ed ai \$ 1.511 della Germania. “Numeri – chiosa Cartabellotta – che rendono imbarazzante il confronto con gli altri paesi che siederanno al G7 Salute in programma ad Ancona, occasione irripetibile per avviare politiche più coraggiose per rilanciare la sanità pubblica. Ripartendo proprio dal divario attuale con i paesi europei e quelli del G7, conseguenza di 15 anni di tagli e investimenti insufficienti, che non hanno tenuto conto che il grado di salute e benessere della popolazione condiziona anche la crescita del PIL. Ovvero che la sanità pubblica è una priorità su cui investire continuamente e non un costo da tagliare ripetutamente”.

“Considerato che dati, narrative e indagini di popolazione – conclude Cartabellotta – documentano all’unisono che oggi la sanità pubblica è la vera emergenza del Paese, la Fondazione GIMBE chiede all’Esecutivo un progressivo e consistente rilancio del finanziamento pubblico per la sanità, oltre che coraggiose riforme di sistema per garantire a tutti la tutela della salute, un diritto costituzionale fondamentale e inalienabile. La politica deve avere ben chiaro che la perdita di un SSN pubblico, finanziato dalla fiscalità generale e fondato su principi di universalità, eguaglianza ed equità, determinerebbe un disastro sanitario, economico e sociale senza precedenti.

E senza una rapida inversione di rotta, da tracciare già nella NaDEF 2024 e, soprattutto, nella Legge di Bilancio 2025, siamo destinati a rinunciare silenziosamente al diritto alla tutela della salute, già compromesso per le fasce socio-economiche più deboli, per anziani fragili e nel Mezzogiorno.

E scivoleremo inesorabilmente da un *Servizio* Sanitario Nazionale fondato per garantire un diritto costituzionale a tutte le persone, a 21 *Sistemi* Sanitari Regionali regolati dalle leggi del libero mercato, dove le prestazioni saranno accessibili solo a chi potrà pagare di tasca propria o avrà sottoscritto costose polizze assicurative”.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=124048



Se aveste quattro miliardi da dare alla sanità, come li spendereste?

È difficile pensare di poter avere quattro miliardi da dare alla sanità, ma se foste ai vertici dello Stato potrebbe magari capitarvi; e allora, dopo essere riusciti ad averne la disponibilità, dovrete decidere come impiegarli.

E quindi voi pensate che li spendereste...

... per assumere più operatori?

In effetti c'è una scarsità di personale, medici e infermieri, e molti stanno lasciando il SSN.

... per aumentare gli stipendi?

Gli stipendi dei sanitari sono i più bassi in Europa e il privato offre di più.

... per fare più convenzioni con i privati?

Il settore privato convenzionato è in aumento e un'ulteriore crescita potrebbe risolvere alcune carenze del SSN.

... per comperare nuove apparecchiature?

Alcune strutture non hanno apparecchiature di ultima generazione e un ammodernamento sarebbe desiderabile.

... per rimodernare gli edifici ospedalieri?

Molti ospedali si trovano in edifici obsoleti e non più adatti per assistere i malati.

... per togliere i ticket?

I ticket per la specialistica sono elevati e, in diversi casi, rendono competitive le tariffe del privato.

... per finanziare la ricerca?

Da anni la ricerca in campo sanitario a carico dallo Stato è sotto finanziata.

... per fare più prevenzione?

Alla prevenzione sarebbe destinato il 5% del fondo sanitario, ma questo non basterebbe se si facessero realmente i programmi e gli interventi necessari.

... per aprire più residenze sanitarie per anziani disabili?

Le RSA sono da sempre una carenza del SSN e pochi anziani disabili possono usufruirne.

... per migliorare le facoltà universitarie di medicina?

L'insegnamento universitario ha gravi problemi di bilancio e la didattica ne soffre.

... per rendere gratuite le cure dentistiche?

Le cure odontoiatriche non sono comprese nei LEA se non in minima parte e costituiscono una delle voci principali della spesa sanitaria delle famiglie.

... per risanare l'ambiente?

Il referendum ha separato l'ambiente dalla sanità, ma molti determinanti della salute risiedono nell'ambiente e la prevenzione primaria dovrebbe occuparsene.

... per promuovere l'educazione sanitaria nelle scuole?

L'educazione sanitaria non si fa nelle scuole, ma sarebbe invece molto utile che la si introducesse.

... per sviluppare la raccolta dati e il sistema informativo?

Una disponibilità più completa, di migliore qualità e più tempestiva aiuterebbe la programmazione sanitaria e la ricerca epidemiologica.

Ovvero...

Non li dareste alla sanità, ma li usereste per altri scopi, come, per esempio, la riduzione delle tasse.

Quattro miliardi di euro sono una cifra considerevole, ma poi, considerando i problemi che oggi ha il SSN, risultano poca cosa. Dovendo ovviamente scegliere, nel definire le priorità che criteri utilizzereste?

- L'età: più risorse per gli anziani che hanno più bisogno o più ai giovani per cercare di prevenire i possibili loro bisogni futuri.
- Il genere: più risorse alla sanità femminile che forse era stata più carente in passato.
- L'equità sociale: per evitare che i meno abbienti abbiano maggiori difficoltà di accesso ai servizi sanitari.
- L'efficienza: cioè dare più risorse nei settori e nei servizi dove si spreca meno e si produce meglio.
- L'efficacia: dare più risorse alle attività che dimostrano di ottenere maggior efficacia.
- Il consenso: dare più risorse dove si può ottenere un maggior consenso della popolazione.
- Il benessere degli utenti: dove si può far crescere il benessere dei malati migliorando anche l'accoglienza nei servizi.
- La giustizia: per ottenere un maggior rispetto delle normative che stabiliscono i diritti dei cittadini.

Ovvero...

Il criterio, in realtà non potrebbe essere che quello di rispondere alle richieste che vi vengono fatte e alle quali non potete dire di no o, "per non sbagliare", li dareste alle Regioni proporzionalmente al loro fondo sanitario.

E chi dovrebbe decidere quali criteri utilizzare per scegliere a chi dare questi quattro miliardi?

- Il Parlamento?
- Il Governo?

- Il Ministro della Salute?
- Il Ministro dell'Economia e delle Finanze?
- La Conferenza delle Regioni?
- Ciascuna Regione per sé?
- I Direttori delle ASL?
- Chi altri?

Insomma, non basta aver quattro miliardi in più! Occorre saper fare una programmazione efficace e occorre anche avere una chiara visione di dove portare il SSN a migliorare. Il pericolo, invece, è che si utilizzino criteri approssimativi o addirittura si facciano scelte di parte per spartirsi i fondi tra chi in quel momento è sul tavolo dei decisori.

La politica sanitaria è qualcosa di molto difficile da eseguire tra interessi partitici, interessi corporativi, interessi localistici, interessi lobbistici. E non sempre la semplice scelta democratica di chi deve decidere porta a risultati ottimali, ma è difficile ipotizzare altre alternative. Sarebbe però utile, almeno, che i decisori potessero essere valutati dalla popolazione sulla base dei risultati ottenuti e noi epidemiologi, per rendere possibile questa valutazione, dovremmo esser capaci di definire e offrire indicatori che, rispetto a quelli attualmente disponibili, siano maggiormente validi e soprattutto più comprensibili per tutti gli utenti in modo che possano poi scegliere, votando, a chi dar la loro fiducia, confermando o cambiando le scelte precedenti.

[Se aveste quattro miliardi da dare alla sanità, come li spendereste? | Epidemiologia&Prevenzione \(epiprev.it\)](#)



La promozione della libera concorrenza in Italia: un difficile equilibrio tra ombrelloni e percorsi di tutela della salute

Luca Degani, Presidente Uneba Lombardia

È di pochi giorni fa la notizia della decisione del Consiglio dei ministri di approvare una proroga alla legge 118/2022 in tema di “apertura del mercato e della concorrenza” per quanto concerne la tematica dei Lidi balneari (spiagge), spostando la data di efficacia al termine del 2027 e lasciando amplissima discrezionalità agli Enti locali chiamati a valutare la proroga delle concessioni demaniali marittime.

Nello stesso testo di legge, all'articolo 15, sono state introdotte sostanziali modifiche al Decreto legislativo 502/1992, recante la disciplina dell'Organizzazione del Sistema sanitario e socio-sanitario nazionale, in ordine all'affidamento dei servizi a enti gestori privati, in particolare con riferimento all'accreditamento istituzionale e agli accordi contrattuali nel settore sanitario e sociosanitario.

La norma prevede che dal 31.12.2024 si dovranno applicare procedure concorsuali di selezione pubblica dei servizi sopra menzionati.

Il settore sanitario e sociosanitario avrebbe potuto essere escluso da una applicazione così rigorosa della disciplina della concorrenza sia perché si qualifica come una attività sociale di interesse generale, così come definita dal Trattato di Lisbona della Ue, sia in quanto non rientra tra le materie per le quali, secondo la disciplina Bolkenstein, è obbligatoriamente prevista la libera concorrenza.

Da rilevare l'ulteriore criticità determinata dall'art. 32 del Dm 19/12/2022 che, in applicazione della legge di cui sopra, va oltre il limite del dettato normativo, ponendo l'ulteriore condizione di incertezza dando una durata limitata nel tempo all'accreditamento.

Per gli accordi contrattuali ex art. 8 quinquies Dlgs 502/1992 (c.d. contratti di budget), la più rilevante novità consiste nell'individuazione dei soggetti da contrattualizzare attraverso selezioni periodiche: gli enti pubblici accreditati vengono contrattualizzati senza selezioni, mentre gli enti privati devono sottostare a procedure di selezione. Emerge dunque subito una disparità di trattamento che pare di dubbia costituzionalità.

Tali novità si inseriscono in un contesto economico che vede l'attuale offerta del sistema sanitario accreditato gestito da enti privati con natura profit e no profit che, ad esempio nella Regione Lombardia, corrisponde a oltre il 40% dell'offerta ospedaliera e al 90% dell'offerta di servizi residenziali, diurni, ambulatoriali e domiciliari per persone anziane, disabili, portatrici di patologie psichiatriche o affette da dipendenze tossicologiche o di altra tipologia.

Un valore economico che, rispetto ai circa 130 miliardi circa di fondo sanitario nazionale annualmente stanziati, corrisponde ad alcune decine di miliardi di euro di prestazioni che oggi hanno visto numerosissimi operatori economici privati investire in termini strutturali e tecnologici per creare un sistema duale e già ampiamente concorrenziale di offerta sanitaria e sociosanitaria.

È esemplificativo in questi termini il fatto che dei 65.000 posti oggi autorizzati per l'erogazione di servizi di Rsa, il valore di investimento, per il settore privato, corrisponde ad oltre 6 miliardi di euro. Su tali strutture anche recenti discipline fiscali tributarie hanno inteso investire al fine del miglioramento qualificativo svariate centinaia di milioni di euro di finanza pubblica vincolata (vd. 110 per le onlus).

Una concorrenza così intesa rischia di disincentivare gli investimenti e mettere in forse proprio quel principio di continuità di cura e di rete assistenziale che voleva essere il perno della nuova riforma sanitaria.

Si auspica che il legislatore ponga almeno sullo stesso piano "gli ombrelloni" e i servizi a favore di anziani ultraottantacinquenni con tre o più comorbidità: popolazione tipica ospitata presso le Rsa.

In tale contesto serve ricordare che il Pnrr dichiara di voler prendere in carico, attraverso il finanziamento di servizi di assistenza domiciliare, il 10% della popolazione ultrasessantacinquenne (un milione e mezzo di persone circa). È di tutta evidenza che sottoporre tale tipologia di servizi a una stagione di gare e ricorsi ne allontanerebbe inevitabilmente l'implementazione.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-09-11/la-promozione-libera-concorrenza-italia-difficile-equilibrio-ombrelloni-e-percorsi-tutela-salute-100636.php?uuid=AFOaWDqD&cmpid=nlqf>



Fughe all'estero: oltre 11.720 sanitari da gennaio 2023 intenzionati a lasciare l'Italia. L'identikit di chi sogna un lavoro più gratificante oltreconfine

di *Foad Aodi* *

Dal 1° gennaio 2023 al 21 settembre 2024, nell'arco 20 mesi, hanno fatto richiesta di conoscere le modalità e le opportunità per lavorare all'estero, ufficialmente, con una presentazione e una comunicazione arrivata via email alle segreterie delle nostre associazioni, AMSI (Associazione medici di origine straniera) su tutte, più di 11.720 professionisti della sanità.

Il 54% sono medici, il 31% infermieri, il 10% fisioterapisti e il resto sono altri professionisti del nostro sistema sanitario, come podologi, logopedisti, psicologi, dietisti, tecnici radiologi.

Nel biennio 2021-2022 solo 4.700 i professionisti presentarono richiesta all'AMSI per lasciare il nostro sistema sanitario, anche perché eravamo in un periodo davvero delicato in cui non era agevole muoversi per l'Europa e per il mondo, in fase di uscita dalla pandemia.

Si può comprendere, di conseguenza, la natura di tale dato.

C'è da ricordare, però, che già nel periodo 2015-2016 sono stati 2.200, nel 2017-2018 ben 3.100 e nel 2019-2020 1.200 i professionisti che si sono rapportati con AMSI al fine di prendere informazioni finalizzate a lasciare il nostro Paese.

In quello che era già un particolare frangente storico, in cui la crisi della nostra sanità cominciava a pesare non poco sulla serenità dei professionisti, secondo le nostre indagini, era di fatto iniziata la fuga di medici e infermieri all'estero, sia italiani che di origine straniera.

Il quadro attuale.

La maggior parte dei professionisti di questo ultimo periodo sono figure giovani e quindi all'inizio della carriera, ma già profondamente insoddisfatti del proprio vissuto quotidiano nella nostra sanità. L'82% di costoro lavorano nel pubblico, e tra i reparti dei nostri ospedali, da cui arrivano la maggior parte delle richieste di emigrazione.

Al primo posto ci sono le aree di emergenza-urgenza, quindi pronti soccorsi, seguiti da anestesia, ortopedia, neurochirurgia, chirurgia plastica, traumatologia, pneumologia, ginecologia, pediatria, dermatologia. Le regioni ai primi posti per le richieste di fuga, giunte ad AMSI, sono il Lazio, con l'area di Roma al primo posto, e poi Veneto, Lombardia, Toscana, Sicilia, Sardegna, Campania, Calabria, Umbria e Trentini.

Per quanto riguarda le preferenze delle nazioni dove vagliare la possibilità di lavorare, richiedendo, di conseguenza, a noi di AMSI, informazioni sulle offerte presenti, il 95% delle richieste riguarda, negli ultimi anni, i Paesi del Golfo, seguiti da alcuni paesi europei dove palesemente gli stipendi superano di almeno del doppio i nostri.

Le principali cause della fuga

Le ragioni che inducono i professionisti che si relazionano con AMSI per valutare di lasciare la sanità italiana, sono principalmente stanchezza, medicina difensiva, scarsa sicurezza economica, deboli prospettive di carriera e il rischio sempre più concreto di subire aggressioni, con il 55% dei professionisti che dichiara di avere subito almeno una volta una violenza fisica o psicologica.

Il 2023 ha rappresentato l'anno dei record, e non è certo una buona notizia, per le richieste di professionisti della sanità decisi a lasciare l'Italia.

Siamo di fronte a un vero e proprio vento di malcontento che soffia fortissimo sul nostro Paese.

Medici, infermieri, fisioterapisti, logopedisti, e tanti altri colleghi, ogni giorno scrivono e si rivolgono alla segreteria dell'AMSI.

Ogni mese ci arrivano in media circa più di 550 email.

Nel 2023 hanno poi aperto la strada, in particolare, al sogno Medioriente.

Oltre 4mila delle 6mila richieste arrivano oggi per i Paesi del Golfo, in primis Emirati Arabi, Arabia Saudita e Qatar.

L'importanza di "trattenere a casa" le risorse umane sanitarie

Come AMSI rispondiamo alle domande dei medici, accogliamo i loro interrogativi, comprendiamo i loro timori e anche le loro ambizioni. Nel contempo, però, lavoriamo da anni, e come non mai lo abbiamo fatto negli ultimi 15 anni, per convincere la politica ad agire per arginare quella che è una vera e propria fuga, un esodo di massa che rischia di indebolire ulteriormente la nostra sanità pubblica e naturalmente anche quella privata, già notevolmente messe a dura prova.

Ognuno di noi deve fare la propria parte per arginare la fuga dei nostri medici all'estero, per noi risorsa preziosissima, creando terreno fertile per convincerli a restare, senza ovviamente nel contempo frenare il loro desiderio di miglioramento e crescita.

L'allarme è sotto gli occhi di tutti. La qualità della tutela della salute della collettività è fortemente a rischio, a fronte di un sistema sanitario italiano sempre più fragile, se non si porrà un freno alla fuga di medici e infermieri creando per loro il terreno fertile per decidere di rimanere nel nostro sistema sanitario e soprattutto per ridonare appeal alle professioni sanitarie italiane, in primis medici e infermieri. Si calcola che nei prossimi 3 anni siamo destinati, di questo passo, a perdere un ulteriore 30% di professionisti, se non saremo in grado di creare concrete soluzioni per frenare la fuga all'estero.

* Docente Università di Tor Vergata; Presidente AMSI, Associazione medici di origine straniera in Italia e Umem (Unione medica euromediterranea e del Movimento Uniti per Unire; Membro Registro Esperti Fnomceo; giornalista esperto di Salute globale

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2024-09-23/fughe-all-estero-oltre-11720-sanitari-1-gennaio-2023-intenzionati-lasciare-l-italia-l-identikit-chi-sogna-lavoro-piu-gratificante-oltreconfine-115738.php?uuid=AGkrvU&cmpid=nlqf>

quotidiano**sanità**.it

Scienza e Farmaci

Per tenere testa a Cina e Usa la farmaceutica europea deve cambiare passo. “Servono regole più omogenee, più investimenti pubblici e privati e un maggiore uso di Intelligenza artificiale e dati”. Ecco il Piano Draghi

Barbara Di Chiara

Quattrocento pagine con analisi e proposte su tutti i settori d'interesse per la competitività del vecchio continente, dei quali la farmaceutica fa pienamente parte. E se, secondo Draghi, in totale occorrerebbero fondi aggiuntivi di minimo 800 miliardi di euro l'anno per agire sui tre fronti più importanti (innovazione, energia e sicurezza), l'ex premier italiano dedica decine di pagine anche a ricerca, sviluppo e produzione farmaceutica, alle loro peculiarità e ai possibili correttivi da introdurre per tenere testa a Stati Uniti e Cina.

13 SET -

“Anche la farmaceutica è un settore di importanza geostrategica, come dimostrato dalla pandemia di COVID-19. La capacità di sviluppare, produrre e somministrare rapidamente vaccini è stata fondamentale per consentire la ripresa economica dell'UE”.

Parte da questo presupposto **Mario Draghi** nel suo [rapporto](#) sulla competitività dell'Unione europea, presentato qualche giorno fa alla Commissione europea su richiesta della presidente **Ursula von der Leyen**. Quattrocento pagine con analisi e proposte su tutti i settori d'interesse per la competitività del vecchio continente, dei quali la farmaceutica fa pienamente parte.

E se secondo Draghi in totale occorrerebbero fondi aggiuntivi di minimo 800 miliardi di euro l'anno per agire sui tre fronti più importanti (innovazione, energia e sicurezza), l'ex premier italiano dedica decine di pagine anche a ricerca, sviluppo e produzione farmaceutica, alle loro peculiarità e ai possibili correttivi da introdurre per tenere testa a Stati Uniti e Cina.

La Federazione europea delle industrie del farmaco (Efpia) ha accolto con [favore](#) i concetti e le proposte descritti da Draghi nel suo Piano, in primis per la fotografia tracciata nel documento, che parla di un settore fiorente, relevantissimo per l'economia Ue, e sul quale è dunque possibile lavorare essendo certi di avere una base di partenza di tutto rispetto.

Il settore farmaceutico globale - ricostruisce il documento - è il quarto mercato più grande al mondo misurato in termini di vendite nette e il terzo più grande in termini di profitti complessivi.

Il mercato globale dei medicinali (1,2 trilioni di euro nel 2022 a prezzi ex factory) dovrebbe crescere fino a 1,9 trilioni di dollari (1,76 trilioni di euro) entro il 2027.

A lungo termine, l'invecchiamento della popolazione continuerà a stimolare la crescita della domanda. Il settore farmaceutico contribuisce in modo significativo all'economia dell'UE: rappresenta il 5% del valore

aggiunto all'economia di tutta la produzione manifatturiera, oltre il 20% per Belgio e Danimarca nel 2020. I prodotti farmaceutici rappresentano quasi l'11% delle esportazioni dell'UE.

Circa 937.000 persone sono direttamente impiegate dal settore al quarto trimestre del 2023, rispetto alle 680.000 nel primo trimestre del 2008, con l'occupazione indiretta che raddoppia questi valori. Inoltre, il settore offre posti di lavoro altamente qualificati e ben retribuiti, con circa il 15% del personale coinvolto in R&S.

Una forte presenza nel commercio.

L'UE può sfruttare la sua solida impronta storica nel settore farmaceutico, che è leader mondiale nel commercio in termini di valore. Vanta esportazioni nette considerevoli e in crescita, che hanno raggiunto il picco nel 2022, in gran parte a causa dell'esportazione di vaccini COVID-19.

Sebbene vi siano ampie variazioni tra gli Stati membri dell'UE, tra il 2002 e il 2023 le esportazioni di medicinali e prodotti farmaceutici dell'UE sono cresciute di quasi il 10% all'anno, mentre le importazioni dell'UE sono cresciute dell'8% anno su anno.

Durante tutto questo periodo, la bilancia commerciale dell'UE per i prodotti farmaceutici rispetto agli Stati Uniti è stata a favore dell'UE, registrando un surplus di 45 miliardi di euro nel 2023, dopo un picco di 53 miliardi di euro nel 2022.

Commercio UE di prodotti medicinali e farmaceutici.

La solida base manifatturiera dell'UE nel settore dei brevetti (dimostrata anche dalla sua presenza commerciale globale) è ulteriormente sottolineata dal fatto che la maggior parte degli ingredienti farmaceutici attivi (APSI) per la produzione di medicinali innovativi nell'UE provengono dall'interno dell'UE stessa (77%).

In totale, considerando anche i farmaci generici, le importazioni e le esportazioni UE di API sono approssimativamente bilanciate in termini di valore e volumi.

Per quanto riguarda la **ricerca**, l'UE rimane alla pari con gli Stati Uniti in termini di numero di articoli scientifici pubblicati. Le tendenze recenti mostrano che l'UE sta effettivamente superando gli Stati Uniti in termini di volume di pubblicazioni scientifiche, soprattutto su riviste internazionali.

Tuttavia, gli Stati Uniti continuano ad avere un impatto più significativo nelle citazioni.

Il divario di competitività emergente dell'UE

Tuttavia - sottolinea il documento - negli ultimi dieci anni i mercati dei prodotti farmaceutici hanno subito cambiamenti trasformativi. Ciò è dimostrato dai dati sulle vendite di prodotti farmaceutici per l'UE e la Norvegia.

Il mercato dei prodotti biologici continua a crescere in modo dinamico, insieme a una crescita eccezionale nel segmento di mercato dei medicinali orfani e dei medicinali basati su geni, tessuti o cellule (prodotti medicinali per terapia avanzata (ATMP)).

Queste categorie di prodotti si sovrappongono in gran parte: attualmente, il 55% dei medicinali orfani venduti nell'UE sono biologici e molti ATMP sono medicinali orfani. L'UE sta rimanendo indietro in questi segmenti di mercato più dinamici.

Dei primi dieci medicinali biologici più venduti in Europa nel 2022, due sono stati commercializzati da aziende dell'UE, mentre sei (inclusi i primi quattro) sono stati commercializzati da aziende con sede negli Stati Uniti. Si nota un netto calo della quota di mercato detenuta dalle aziende UE, mentre quella detenuta dalle aziende USA.

Dei primi dieci prodotti più venduti con esclusività di mercato come medicinale orfano nell'UE/SEE nel 2022, nessuno è stato commercializzato da aziende con sede nell'UE.

Al contrario, sette sono stati commercializzati da aziende con sede negli Stati Uniti. I dati sulle vendite di medicinali con status di medicinale orfano nello SEE mostrano un calo drastico per le aziende con sede nell'UE da oltre il 40% del mercato nel 2012 (il solo Regno Unito rappresentava oltre il 50%) a meno del 5% nel 2022, mentre gli Stati Uniti oggi rappresentano quasi il 70% del mercato.

Attualmente, i medicinali per terapia avanzata (ATMP) rappresentano vendite di mercato globali pari a circa 8 miliardi di euro.

Di questi, 1 miliardo di euro è rappresentato dall'UE/SEE, principalmente da prodotti commercializzati da aziende con sede negli Stati Uniti e in Svizzera. La spesa per gli ATMP in tutto il mondo è cresciuta con un tasso di crescita annuale composto (CAGR) del 60% tra il 2017 e il 2022.

Molteplici sono le cause alla base del divario competitivo emergente dell'UE, tra cui in particolare:

1. Investimenti pubblici in R&S minori e frammentati nell'UE
2. Investimenti privati in R&S minori nell'UE e un ambiente di supporto più debole
3. Un quadro normativo UE lento e complesso
4. La complessa emergenza di uno spazio europeo dei dati sanitari (EHDS)

1. Investimenti pubblici in R&S minori e frammentati nell'UE.

Per gli investimenti in R&S, si osserva un ampio divario di finanziamento con gli Stati Uniti sullo sfondo della crescente presenza della Cina.

Per quanto riguarda gli investimenti pubblici in R&S, gli Stati Uniti si affidano a un budget sostanziale, una base di supporto diversificata e canali centralizzati per i finanziamenti.

Il National Institutes of Health (NIH) è il finanziatore principale, con un budget superiore a 45 miliardi di USD all'anno nel 2023, con oltre l'80% del suo budget speso in sovvenzioni competitive. Inoltre, la Biomedical Advanced Research and Development Authority (BARDA) ha un budget di 823 milioni di USD per sviluppare contromisure mediche per le emergenze di salute pubblica.

I finanziamenti del governo degli Stati Uniti supportano anche la ricerca in università, istituti di ricerca e ospedali, coprendo un'ampia gamma di ricerca di base e applicata.

Tutto sommato, in termini di spesa pubblica diretta per programmi scientifici e bilanci in ambito sanitario, la spesa totale degli Stati Uniti ha raggiunto circa 47 miliardi di euro nel 2023 (44 miliardi di euro nel 2022, vedere anche sotto). In Cina si può osservare una tendenza generale all'aumento dei finanziamenti pubblici per la R&S.

I dati indicano che nel 2020 i finanziamenti governativi per la R&S in Cina hanno rappresentato lo 0,48% del PIL (0,69% nell'UE e 0,74% negli USA),

in aumento rispetto allo 0,41% del 2010 (0,69% nell'UE e 0,89% negli USA). Per quanto riguarda la R&S per i prodotti farmaceutici, entro il 2017 si stimava che la spesa pubblica in Cina rappresentasse lo 0,02% del PIL, rispetto allo 0,05% del PIL della spesa pubblica diretta per la R&S per la salute nell'UE attraverso programmi scientifici e bilanci.

A differenza degli Stati Uniti, l'UE si basa su **una base di finanziamento inferiore, frammentata e meno focalizzata**. Il programma Horizon Europe (2021-2027) stanziava 8,2 miliardi di euro per la ricerca sanitaria, sostenendo la ricerca fondamentale e applicata e per sostenere piccole aziende e start-up.

Inoltre, la nuova Direzione generale per la preparazione e la risposta alle emergenze sanitarie (HERA) della Commissione europea ha un budget di circa 5,4 miliardi di euro (2022-2027) che attinge ai programmi dell'UE, tra cui Horizon Europe e EU4Health.

HERA si concentra sul miglioramento della preparazione alle crisi di salute pubblica, tra l'altro esplorando soluzioni che superino i fallimenti del mercato nello sviluppo e nella commercializzazione di antibiotici, vaccini e antivirali, sviluppando l'approvvigionamento di contromisure mediche e migliorando i dati sanitari e gli strumenti digitali. Inoltre, gli Stati membri contribuiscono a livello nazionale finanziando le loro università e istituti di ricerca (ad esempio, la Fraunhofer Society e la Max Planck Society in Germania e l'Istituto nazionale di sanità e ricerca medica (INSERM) in Francia).

Gli stanziamenti di bilancio del governo dell'UE per la ricerca e lo sviluppo (GBARD) in ambito sanitario erano di circa 10 miliardi di euro o lo 0,06% del PIL nel 2022 o 11,2 miliardi di euro e lo 0,07% del PIL se si include Horizon Europe (44 miliardi di euro e lo 0,18% del PIL negli Stati Uniti per il 2022). Un paese come la Danimarca spende lo 0,15% del PIL tramite GBARD per la sanità.

D'altro canto, ben nove Stati membri dell'UE spendono lo 0,1% del loro PIL o meno. La frammentazione del sistema rischia di creare duplicazioni e potenzialmente l'emergere di progetti meno innovativi.

2. Minori investimenti privati in R&S nell'UE e un ambiente di supporto più debole.

Per quanto riguarda gli investimenti privati in R&S da parte di grandi multinazionali e per lo più società quotate in borsa, gli USA dominano l'UE.

Sebbene l'intensità di R&S delle aziende farmaceutiche statunitensi rispetto alle vendite nette (14,5%) sia leggermente superiore a quella delle aziende UE (13,2%), il predominio degli Stati Uniti negli investimenti in R&S è dovuto principalmente alla maggiore presenza complessiva sul mercato delle aziende statunitensi (dimostrata da vendite globali superiori dell'86%).

Negli ultimi due decenni, la quota dell'UE nella R&S farmaceutica globale è rimasta intorno al 20%, mentre quella degli USA si è attestata al 40%. In particolare, Regno Unito e Svizzera (CH) hanno registrato un calo di posizione rispetto alla Cina.

L'aumento dei finanziamenti per R&S in Cina si riflette anche nella forte crescita negli ultimi anni di nuovi medicinali di origine cinese in fase di sviluppo.

Per gli investimenti in private equity, il divario tra Stati Uniti e UE è ancora maggiore.

Nel complesso, nel 2021-2022 le aziende biotech statunitensi hanno ricevuto 62,5 miliardi di USD in finanziamenti di rischio, rispetto agli 11,2 miliardi di USD ricevuti dalle aziende europee. Questa sfida è particolarmente acuta per le PMI che svolgono un ruolo cruciale e in continua crescita nell'ecosistema farmaceutico. Le aziende biofarmaceutiche emergenti hanno rappresentato il 59% dei lanci di sperimentazione nel 2021 (in aumento rispetto al 29% del 2011), mentre le grandi aziende farmaceutiche hanno rappresentato il 28% nel 2021 (in calo rispetto al 59% del 2011).

Di conseguenza, la spesa totale per R&S delle imprese commerciali statunitensi per la produzione di prodotti farmaceutici di base e preparati farmaceutici è circa quattro volte superiore a quella dell'UE, pari allo 0,45% del PIL per gli Stati Uniti rispetto allo 0,11% per l'UE, come stimato in base ai dati OCSE riportati per il 2021.

I dati riportati dall'industria indicano una differenza simile, sebbene meno pronunciata: 69,7 miliardi di euro per gli Stati Uniti e 26,5 miliardi di euro per gli Stati membri dell'UE nel 2021. Detto questo, a livello dell'UE ci sono iniziative degne di nota che catalizzano finanziamenti privati.

Ad esempio, per promuovere la capacità di risposta alle future emergenze sanitarie, HERA Invest libera crediti fino a 100 milioni di euro per fornire supporto alle PMI innovative nelle fasi iniziali e finali delle sperimentazioni cliniche. HERA Invest fa parte del fondo InvestEU gestito in collaborazione con il gruppo Banca europea per gli investimenti (BEI).

Nel complesso, la BEI è il più grande fornitore di debito di rischio per il settore delle scienze della vita in Europa, con un portafoglio di oltre 2,7 miliardi di euro alla fine del 2023 a sostegno di oltre 100 aziende innovative, quasi la metà delle quali opera nel campo della biotecnologia.

Gli hub di innovazione che uniscono industria, mondo accademico e investitori non riescono a raggiungere la massa critica nell'UE. I cluster dell'UE, come la trinazionale BioValley in Francia, Germania e Svizzera, la Medicin Valley in Danimarca e Svezia, BioM in Germania e FlandersBio in Belgio, non hanno ancora raggiunto la massa critica per rivaleggiare con le dimensioni, l'attrattiva e l'impatto globale dei principali hub statunitensi (nell'area di Boston o nella baia di San Francisco).

Ciò è in parte dovuto all'approccio frammentato dell'UE. In genere, gli interessi nazionali degli Stati membri portano a sostenere i campioni locali, con conseguente disperso, piuttosto che concentrarsi sullo sviluppo di pochi hub dedicati e mirati. Al contrario, gli Stati Uniti concentrano il loro sostegno sugli hub. Il Massachusetts riceve l'11,4% dei finanziamenti NIH nonostante rappresenti solo il 2,1% della popolazione statunitense per potenziare l'hub dell'area di Bostonxxiv.

Anche la Cina sta implementando politiche per creare hub. La biotecnologia è elencata come uno dei dieci settori chiave per lo sviluppo nell'ambito della strategia industriale cinese "Made in China 2025".

La politica statale per lo sviluppo dell'industria biotecnologica si basa su un modello di cluster, dando priorità a tre regioni: l'area Pechino-Tianjin-Hebei nella Cina nord-orientale, il delta del fiume Yangtze incentrato su Shanghai e il delta del fiume Pearl incentrato su Guangzhou e Shenzhen vicino a Hong Kong. Con l'avvento di terapie più personalizzate e in particolare degli ATMP, l'integrazione degli hub di innovazione con il resto della catena del valore è destinata a crescere.

3. Un quadro normativo dei medicinali lento e complesso nell'UE

I tempi di approvazione per i nuovi medicinali nell'UE/SEE secondo le procedure eseguite dall'Agenzia europea per i medicinali (EMA) sono più lunghi di quelli delle agenzie di regolamentazione in altre regioni. Il tempo di approvazione mediano riportato per le agenzie di regolamentazione nel 2022 è stato di **322**

giorni in Giappone, 334 giorni negli Stati Uniti, 347 giorni in Australia, 351 giorni in Canada e 418 giorni in Svizzera, rispetto ai 430 giorni nell'UE/SEE. Inoltre, gli stakeholder del settore segnalano che rispetto alla Food and Drug Administration (FDA) statunitense, l'EMA offre meno opportunità di interazione diretta e strutturata sulla consulenza scientifica.

Inoltre, la necessità di interagire con più comitati EMA rende complesso il quadro dell'UE. Le complessità derivano anche dai collegamenti tra la legislazione farmaceutica generale e altri pezzi di legislazione UE. Una volta che un nuovo medicinale è stato approvato dall'EMA, ci sono 27 diverse procedure per decidere sui prezzi e sui rimborsi nazionali.

Si osservano ampie differenze nell'UE e una quota considerevole di prodotti viene alla fine lanciata solo in un numero limitato di mercati. A livello internazionale, Giappone e Germania sono i primi paesi a lanciare dopo gli Stati Uniti, con un ritardo medio di circa un anno.

Un elemento critico di queste decisioni è la valutazione nazionale delle tecnologie sanitarie (HTA), che comunemente informa le decisioni di rimborso a livello nazionale. Spesso, sono necessari dati aggiuntivi per dimostrare l'efficacia di un prodotto rispetto al trattamento attuale rimborsato a livello nazionale. Questo processo è frammentato e richiede molto tempo, in particolare rispetto all'attuale configurazione negli Stati Uniti, dove in generale Medicare (il più grande pagatore pubblico per i medicinali) copre i medicinali approvati dalla FDA.

4. La complessa emergenza di uno spazio europeo dei dati sanitari (EHDS).

Esiste un potenziale significativo inutilizzato per sfruttare i dati sanitari nell'UE, come dimostrato dalle notevoli possibilità di accesso e collegamento di set di dati nell'assistenza sanitaria rispetto agli Stati Uniti. Attualmente, il GDPR consente l'elaborazione di dati sanitari per la fornitura di assistenza sanitaria o sociale, sanità pubblica e scopi scientifici in base alla legislazione UE o nazionale.

I dati possono essere elaborati senza consenso esplicito a condizione che vengano messe in atto misure idonee e specifiche per salvaguardare i diritti e le libertà degli interessati.

Alcuni Stati membri beneficiano già di queste possibilità in base alla propria legislazione nazionale. Tuttavia, l'adozione di queste opzioni da parte degli Stati membri è stata disomogenea e ha portato a un uso secondario inefficace dei dati sanitari.

Per superare questa sfida, la Commissione ha proposto un regolamento per abilitare uno spazio europeo dei dati sanitari (EHDS) basandosi sulle possibilità offerte dal GDPR per una specifica legislazione UE con garanzie particolari. Nella primavera del 2024, il Parlamento europeo e il Consiglio hanno raggiunto un accordo politico sul regolamento proposto.

La proposta mira a sviluppare un quadro europeo ispirato alle azioni intraprese da diversi Stati membri che hanno adottato una legislazione nazionale simile per l'uso secondario dei dati sanitari.

Dopo aver ripercorso le recenti riforme, azioni e proposte a livello UE per riformare ulteriormente il panorama normativo per stimolare l'innovazione e semplificare le regole, il Piano lancia delle proposte concrete a salvaguardia e per lo sviluppo del sistema farmaceutico europeo.

L'obiettivo generale è mantenere ed espandere la capacità dell'UE di condurre R&S, affrontando le principali cause profonde che determinano il divario di competitività emergente dell'UE per i prodotti farmaceutici. Le proposte 1 e 2, così come la 4, attireranno in particolare nuove attività di R&S nell'UE. Le proposte 3-5 aiuteranno ad accelerare l'accesso ai mercati per i prodotti. Le proposte 7 e 8 affrontano direttamente le opzioni per un finanziamento R&S maggiore e più mirato. Infine, le proposte 6 e 9 mirano a promuovere la prevedibilità aziendale nel lungo periodo.

1. Massimizzare l'impatto dello **spazio dati sanitario dell'UE**, ad esempio facilitando l'accesso e la condivisione di cartelle cliniche elettroniche, sfruttando la rete DARWIN EU e aumentando le capacità di sequenziamento del genoma. Occorre stabilire regole per affrontare le sfide per gli studi che combinano medicinali con dispositivi medici e l'applicazione dell'IA. Introdurre meccanismi di coordinamento rafforzati tra comitati etici nazionali e un comitato decisionale vincolante a livello UE per l'autorizzazione di studi clinici multinazionali. Ciò faciliterebbe la fase di avvio di nuovi studi clinici.

- Introdurre modelli di modelli da utilizzare per gli studi, in particolare per l'interazione tra sponsor degli studi e istituti (siti) partecipanti agli studi, come i moduli di idoneità.
2. Semplificare l'impostazione e la gestione di **sperimentazioni multinazionali** nell'UE per far progredire l'UE come luogo attraente per condurre R&S clinica. Semplificare le linee guida per l'industria sulle esigenze mediche insoddisfatte, la progettazione di sperimentazioni cliniche e l'uso di prove del mondo reale tra le agenzie nazionali per la medicina, gli enti nazionali per le HTA e le autorità per la determinazione dei prezzi e il rimborso. In generale, l'interazione tra le agenzie nazionali per la medicina e altri attori nazionali pertinenti dovrebbe essere intensificata in modo strutturato. Ciò è ancora più importante, poiché le decisioni sulla sede delle attività di R&S, come le sperimentazioni cliniche di fase III con trattamenti cronici (uso ripetuto), possono in parte essere regolate dalla probabilità della successiva copertura dei medicinali da parte dei pagatori pubblici locali. Nel complesso, c'è una tendenza verso una crescente integrazione dell'intera catena del valore, a partire dalla R&S. Necessario inoltre superare i **problemi di coordinamento tra paesi nell'area della determinazione dei prezzi e del rimborso**. Gli Stati membri dovrebbero aderire più strettamente ai principi di determinazione dei prezzi come precedentemente stabilito nell'ambito della collaborazione EURIPID e intensificare le iniziative tra paesi per le negoziazioni congiunte sui prezzi (e sul rimborso) per medicinali specifici.
 3. **Accelerare l'accesso ai mercati** attraverso un'azione coordinata da parte di agenzie per i medicinali, autorità HTA e pagatori pubblici su linee guida per l'industria, prezzi e rimborsi, nonché appalti.
 4. Fornire linee guida chiare e tempestive sull'uso dell'**intelligenza artificiale** nel ciclo di vita dei medicinali.
 5. Implementare rapidamente e completamente il **regolamento HTA** e garantire che le risorse necessarie siano assegnate per garantire la fornitura di valutazioni cliniche congiunte a partire dal 2025, con l'obiettivo di istituire un'agenzia dell'UE a lungo termine. Saranno necessarie risorse considerevoli per raggiungere questo obiettivo. In particolare, personale esperto sufficiente da parte di organismi nazionali HTA e servizi della Commissione, nonché finanziamenti commisurati a livello UE per gli organismi HTA dovrebbero essere liberati per garantire l'implementazione di successo delle valutazioni cliniche congiunte. Tali valutazioni inizieranno a partire da gennaio 2025 per i medicinali con nuovi principi attivi per il trattamento del cancro e per i medicinali per terapie avanzate. Si potrebbero prendere in considerazione modelli che consentano il recupero dei costi delle attività HTA a livello UE tramite tariffe di settore. Ciò potrebbe includere l'istituzione di una struttura dedicata, seguendo l'esempio delle agenzie HTA a livello nazionale che applicano tariffe.
 6. Migliorare la **prevedibilità aziendale** attraverso un dialogo continuo basato su prove con le parti interessate per sostenere l'elaborazione delle politiche dell'UE sui meccanismi di protezione per i nuovi medicinali. L'UE vanta un quadro solido e trasparente per la protezione della proprietà intellettuale, anche attraverso schemi di protezione normativa. La proprietà intellettuale è il motore principale dell'innovazione medica a livello globale. Dati i lunghi tempi di sviluppo dei medicinali, è necessaria stabilità negli incentivi offerti da questo quadro. Allo stesso tempo, i mercati farmaceutici sono dinamici, guidati dagli sviluppi scientifici. Il loro funzionamento competitivo si evolve parallelamente, il che implica che sono probabili futuri cambiamenti a questo quadro. Per migliorare la trasparenza nella logica a lungo termine dell'azione politica dell'UE, l'UE dovrebbe sviluppare, pubblicizzare e aggiornare costantemente un modello standard che catturi gli impatti chiave dell'azione normativa dell'UE in termini di innovazione e accesso dei pazienti. L'ispirazione può attingere all'esperienza degli Stati Uniti e al recente modello di sviluppo di nuovi farmaci del Congressional Budget Office. In questo modo, insieme al coinvolgimento continuo delle parti interessate, i futuri sviluppi dell'acquis dell'UE per i prodotti farmaceutici vengono posti su una solida base
 7. **Aumentare e focalizzare gli investimenti pubblici in R&S nell'UE**, ad esempio supportando una serie di **hub** di innovazione di livello mondiale nelle scienze della vita per i medicinali per terapie avanzate (ATMP).
 8. Mobilitare gli **investimenti privati in R&S nell'UE** e rafforzare l'ambiente di supporto. In linea con la proposta nel capitolo Innovazione, si raccomanda di aumentare il bilancio del Fondo europeo per gli

investimenti (FEI) per migliorare l'ecosistema del capitale di rischio dell'UE. Inoltre, investimenti a rischio più elevato e su larga scala potrebbero essere finanziati tramite il programma InvestEU.

9. Sviluppare **partnership** strategiche internazionali per consolidare e rafforzare la posizione commerciale internazionale dell'UE nei prodotti farmaceutici. Le misure adottate per rafforzare la resilienza delle catene di fornitura farmaceutiche dell'UE si concentrano sulla mitigazione delle carenze di medicinali critici, la maggior parte dei quali sono fuori brevetto. Tuttavia, tali misure hanno anche il potenziale per aumentare la competitività complessiva del settore. Ciò riguarda in particolare la produzione di prodotti biologici basata nell'UE, poiché le aziende che lanciano prodotti biologici con brevetto lanciano sempre più anche biosimilari. I possibili effetti negativi indiretti di tali misure sulla posizione commerciale dell'UE possono essere ridotti al minimo integrandole con la diversificazione commerciale.

La parola passa ora ai legislatori e agli stakeholder europei e dei singoli Paesi membri, Italia inclusa, dove il dibattito sul futuro del settore è aperto.

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=124282

quotidiano**sanità**.it

Il caso Nirsevimab è un antipasto dell'autonomia differenziata

Marco Geddes da Filicaia

Gentile direttore,

la decisione contenuta nella circolare del Ministero della Salute che impedisce alle Regioni meridionali e al Lazio l'erogazione del farmaco gratuito contro la bronchiolite ha destato uno stupore per me "incomprensibile".

La motivazione è esplicitata in modo assai chiaro: "Le Regioni in piano di rientro dal disavanzo sanitario (Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia) non possono garantire la somministrazione dell'anticorpo monoclonale Nirsevimab, classificato in fascia C da Aifa in quanto trattasi di prestazione extra Lea". Le altre, invece, lo potranno erogare, ma a carico dei propri bilanci.

Perché non mi stupisce? Perché disvela, o meglio chiarisce, quello che sarà il percorso a cui ci porterà l'Autonomia differenziata e che, proprio sul tema della disponibilità di presidi farmaceutici per la bronchiolite aveva ben esplicitato, pochi giorni fa, il presidente della Regione Lombardia Attilio Fontana.

Intervistato da Maurizio Giannattasio sul Corriere della Sera, Fontana, al fine di chiarire i benefici dell'Autonomia differenziata afferma: "Le faccio un esempio banale. Esiste il problema del virus respiratorio sinciziale che riguarda soprattutto neonati e bambini. Il pronto soccorso sono pieni. Noi vogliamo fare una campagna vaccinale ma non possiamo anche se abbiamo le risorse perché non rientra nei Lea, i livelli essenziali di assistenza. Per quale motivo non possiamo farlo? Non chiediamo un euro a nessuno".

Siamo di fronte al presidente della più grande Regione italiana, persona esperta al suo secondo mandato, che si avvale peraltro di un capace professionista quale assessore alla sanità: Guido Bertolaso.

Al signor Fontana non passa per la mente che sia inconcepibile che solo i bambini che vivono in Lombardia siano protetti e si riduca l'affollamento solo dei pronti soccorsi lombardi (con una riduzione di ospedalizzazione per bronchiolite del 70%, come evidenziato in Spagna dove la somministrazione dell'anticorpo monoclonale è gratuito fin dall'anno scorso).

Invece i bambini che vivono in altre regioni si collocano in due categorie: quelli i cui genitori possono permettersi il farmaco - e hanno la capacità di trovarlo - pagando circa 500 euro, e quelli che si ammaleranno con maggiore frequenza.

Il 30- 40% dei bambini che si ammala, in particolare se hanno necessitato di ricovero, possono presentare episodi ricorrenti di broncospasmo fino all'età scolare e in certi casi vi può essere un'evoluzione verso l'asma.

Al signor Fontana, chiaramente consapevole dei problemi che la bronchiolite comporta anche per il servizio sanitario, non è venuto in mente di chiedere al Ministro e al Governo (nel quale vanta peraltro una qualche conoscenza) di incontrare le Regioni nella sede istituzionale, per rendere erogabile il farmaco, per assumere un provvedimento adeguato, per classificare il farmaco in fascia A?

Bisogna dare merito a Fontana di dire *“pane al pane e vino al vino”* e spiegarci così con chiarezza, grazie a questa chiara esemplificazione *“in corpore vili”*, quale è quello dei neonati non lombardi, cosa si intenda per Autonomia differenziata e quale sarà il destino della sanità italiana.

Lo scenario che ci fa intravedere con l'Autonomia è, nel caso specifico, sostanzialmente il seguente: la Regione Lombardia acquista per proprio conto il farmaco e lo dà ai bambini di fascia di età x; la Regione Friuli Venezia Giulia, lo acquista (a prezzo più alto date le minori dosi), e lo offre gratuitamente a tutti i bambini di fascia di età y, ripetendo la somministrazione dopo 6 mesi (la durata dell'effetto si stima infatti contenuta) sulla base di proprie linee guida; la Regione Liguria lo rende disponibile gratuitamente con criterio analogo alla Lombardia, ma solo a chi ha un reddito sotto una determinata soglia, in base a criteri ISEE.

Toscana, Emilia – Romagna, Veneto, Umbria e Marche decidono di procedere unitariamente, anche con l'acquisto congiunto spuntando una cifra significativamente ridotta rispetto alle altre Regioni, ma ancora relativamente più alta di quanto ottenuto da altri paesi (Spagna).

Sardegna, Sicilia e Campania si avviano ad acquistarlo, ma le scorte disponibili sono finite, mentre in alcune Regioni non sono utilizzate per scarsa adesione e ritardi nella campagna di somministrazione.

Le altre non nominate Regioni si arrangeranno...

La Corte dei Conti interviene in relazione ai costi ingiustificati di acquisto di alcune Regioni... la Magistratura avvia una indagine... Un'ottima prospettiva, non c'è che dire!

Avendo letto, e meditato, sulla dichiarazione del presidente della Lombardia, e ascoltato in alcuni dibattiti posizioni analoghe, la circolare non mi ha stupito; anzi l'ho trovata benefica nel farci toccare con mano – nella sua correttezza formale – l'ideale (o l'ideologia) che sottende alle attuali proposte di Autonomia.

Mi ha invece ovviamente indignato perché fa carta straccia della nostra Costituzione.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=124507



Report Deloitte, cresce la rinuncia alle cure per motivi economici. Stabili le pagelle a sanità pubblica (6,3) e privata (7). Nodo liste d'attesa e Pnrr “sconosciuto” a 4 italiani su 10. Tecnologie e digitale da potenziare

Ridurre le liste di attesa, facilitare l'accesso alle cure e fare leva sull'innovazione tecnologica per migliorare l'organizzazione del Ssn. Sono queste le priorità che emergono dalla quarta edizione dell'Outlook Salute Italia di Deloitte.

Nel 2023 il 29% dei rispondenti – in diminuzione rispetto all'anno precedente (-3%) – ha dichiarato di aver dovuto rinunciare a delle cure negli ultimi 12 mesi. La rinuncia alle cure è causata da motivi economici nel 69% dei casi, una percentuale in crescita di 8 punti percentuali rispetto alla precedente edizione e del +17% rispetto al 2021.

Le pagelle complessive della Sanità Pubblica e Privata restano stabili rispetto all'edizione precedente, con la prima che rimane sulla soglia della sufficienza con un voto di 6,3 su 10 mentre la seconda registra una migliore performance raggiungendo un voto di 7.

«La fotografia che emerge dalla ricerca si differenzia da quella delle tre precedenti edizioni, prendendo le distanze dalla pandemia e tracciando uno scenario di nuova normalità per la Sanità italiana - afferma Guido

Borsani, Partner di Deloitte Italia e Government & Public Services Industry Leader -. L'edizione attuale restituisce l'immagine di un Paese che secondo gli italiani necessita, anche in ottica di sostenibilità, di potenziare alcuni aspetti ritenuti critici e valorizzare la traiettoria di innovazione dell'ecosistema sanitario, attraverso un uso consapevole di strumenti digitali. In questo senso, sono stati introdotti alcuni elementi di novità nell'analisi, coerentemente con l'obiettivo primario dello studio, che è quello di raccontare luci e ombre di un sistema complesso come quello sanitario. Sistema della Salute che, nel tener conto dei mutamenti in atto nel Paese, deve continuare a garantire equità nella produzione e nella distribuzione della salute della popolazione e fornire un'assistenza sanitaria di valore».

Visite specialistiche, esami di laboratorio e attività di prevenzione tra le prestazioni sanitarie più fruite

Rispetto al periodo pre-pandemia (2019), si conferma una significativa diminuzione degli accessi verso i medici di medicina generale (dal 64% al 50%), oltre una contrazione della domanda di indagini strumentali e nelle cure odontoiatriche.

Al contrario, le visite specialistiche, gli esami di laboratorio e le attività di prevenzione risultano le prestazioni più fruite. In particolare, sul lato della prevenzione primaria e secondaria aumenta il ricorso a vaccinazioni (+40%), campagne di screening oncologico (+23%) e check-up completi (+24%).

Accesso alle cure: le fasce di reddito più basse rinunciano di più a visite specialistiche e prevenzione

Nell'ultima edizione del report si conferma una generale disparità in termini di accesso ad alcune prestazioni sanitarie, determinata principalmente dalla fascia di reddito di appartenenza.

Nello specifico i soggetti che possiedono un reddito mensile superiore a 2.500 euro accedono alle visite specialistiche in misura maggiore (72%) rispetto a quelli con un reddito basso (68%).

Un divario ancora più marcato riguarda le attività di prevenzione, con il 60% di chi ha reddito elevato contro il 39% che ha un reddito basso. Per quanto riguarda il ricorso a prestazioni di prevenzione, si evidenzia un picco più alto a Nord-Est (58%) e più basso nelle Isole (45%).

Rinuncia alle cure: i motivi economici pesano sempre di più. Tra coloro che dichiarano di aver dovuto rinunciare alle cure negli ultimi 12 mesi, 4 su 10 lamentano liste d'attesa eccessivamente lunghe

Il quadro generale mostra come la rinuncia alle cure abbia colpito tutte le fasce di reddito, con effetto maggiore su quelle economicamente più deboli: nel 2021 i motivi di tipo economico pesavano per il 52%, nel 2022 per il 61%, e quest'anno per il 69%.

Ma la rinuncia alle cure non avviene solo per motivi economici: a pesare sono anche le liste d'attesa sempre più lunghe secondo il 40% degli intervistati (+5% rispetto all'anno precedente).

Il pubblico si conferma la prima scelta per alcune prestazioni

La struttura pubblica continua a essere la prima scelta per attività di prevenzione (49%), interventi di chirurgia maggiore (42%) e interventi di chirurgia minore (33%).

La tendenza a rivolgersi al pubblico per le attività di prevenzione è in aumento rispetto all'anno scorso, mentre per gli interventi di chirurgia minore e maggiore, sempre rispetto alla scorsa rilevazione si ha un incremento della quota di chi si indirizza verso le strutture pubbliche con servizi in libera professione in intramoenia. Per esami di laboratorio e diagnostica strumentale

le strutture private convenzionate con il Ssn si confermano la prima scelta.

Farmacie: l'87% degli italiani è soddisfatto dei servizi offerti sul territorio

Nel 2023 il 42% degli italiani che hanno usufruito di almeno una prestazione sanitaria ha utilizzato servizi in farmacia, come prenotazioni esami ed Ecg.

Sebbene la qualità dei servizi sia valutata in modo positivo, si registra un calo della quota dei fruitori di 10 punti percentuali rispetto all'anno precedente, quando era il 52% (tale diminuzione risente del ruolo che le farmacie avevano durante la pandemia).

Le regioni del Sud registrano un maggiore ricorso a questi servizi (48%), mentre il Centro mostra una domanda contenuta (38%) e una contrazione maggiore rispetto al 2022 (-13%).

Nonostante il calo, il livello di soddisfazione complessivo per i servizi in farmacia rimane alto (87%), con il 25% molto soddisfatto e il 62% soddisfatto.

Digitalizzazione della sanità: più di 1 italiano su 2 prenota visite online

La trasformazione digitale della sanità sta progredendo, il 54% degli italiani prenota prestazioni online, il 58% riceve referti digitali, il 38% usa servizi e piattaforme digitali per informarsi o scegliere professionisti sanitari e il 45% condivide referti in modalità digitale.

Le opportunità legate alla digitalizzazione della sanità che gli italiani apprezzano sono facilità di accesso (48%), la maggiore scelta di servizi (36%) e la continuità delle cure (29%).

Tuttavia, il 46% teme di perdere il contatto diretto con i medici, e il 29% segnala complessità nell'accesso e utilizzo degli strumenti digitali, mentre il 31% dichiara la mancanza di competenze digitali.

Nel complesso, il giudizio sulla digitalizzazione della sanità pubblica è sufficiente per la maggioranza degli intervistati, mentre il 23% lo ritiene insufficiente; per la sanità privata il giudizio è buono, con solo il 13% di insufficienze.

Intelligenza Artificiale e salute: il 57% crede che sia utile per la diagnosi e la cura

L'Intelligenza Artificiale (AI) sta trovando progressivamente applicazione in campo medico. Si tratta di un'importante novità, di cui è a conoscenza più della metà degli intervistati, in particolare nella fascia dei più giovani (18-24 anni).

Chi è consapevole dell'utilizzo di queste nuove tecnologie in ambito sanitario basate sull'AI è fiducioso: infatti, più della metà degli intervistati (57%) crede che potrà essere utile alla diagnosi e alla cura. Tuttavia, è presente una quota di persone che mostra preoccupazione (18%): tra questi il 54% esprime timore per quanto riguarda la possibilità di errore nella diagnosi e cura, mentre il 50% teme la non ancora adeguata competenza dei professionisti sanitari.

Polizze sanitarie: meno di un italiano su cinque ne possiede una

Il livello di conoscenza delle polizze sanitarie tra gli italiani rimane stabile, ma la percentuale di chi ne possiede una è diminuito rispetto ai livelli pre-pandemici.

Oltre quattro italiani su dieci conoscono le polizze salute e le consiglierebbero, ma meno di uno su cinque ne possiede una.

Chi ha un'assicurazione sanitaria la utilizza con una frequenza annuale costante, principalmente per visite specialistiche, esami di laboratorio e cure odontoiatriche, che sono in aumento dal pre-pandemia ad oggi.

Tra chi non possiede una polizza, uno su cinque sarebbe propenso ad acquistarne una, mentre circa la metà non è interessata principalmente per aspetti economici.

La percentuale di chi non sente la necessità di una polizza è diminuita dal 30% nel 2019 al 20% oggi.

Pnrr e salute: 4 italiani su 10 non si ritengono ancora adeguatamente informati sul tema

L'informazione sulle iniziative della Missione 6 del Pnrr in ambito sanitario è limitata.

In particolare, il 43% non conosce: le Case della Comunità, il 38% gli Ospedali di Comunità e il 43% le Centrali Operative Territoriali.

Tuttavia, a prescindere dal livello di conoscenza delle singole iniziative relative alla Sanità territoriale, il 42% degli italiani prevede effetti positivi sulla sanità italiana grazie agli investimenti del Pnrr – percentuale inferiore di 4 punti rispetto alla precedente rilevazione – contro il 16% che non crede ci potranno essere impatti legati a queste riforme.

«Il report mostra un sistema sanitario italiano in profonda trasformazione, in cui, nei fatti, si sta configurando un nuovo equilibrio tra i servizi effettivamente coperti dal Ssn, ruolo del comparto privato in alcuni ambiti come la specialistica ambulatoriale e un annunciato sviluppo del mercato assicurativo che, tuttavia, stenta ad imporsi alla luce dell'elevata spesa out of pocket che ancora caratterizza il nostro Paese.

Questo processo di riconfigurazione "dal basso", sta avvenendo contestualmente ad un complesso processo istituzionale di riforma strutturale e digitalizzazione del Ssn attraverso l'attuazione del Pnrr che dovrebbe restituire al Ssn produttività, slancio e centralità nel rapporto con il cittadino-paziente», commenta Davide Lipodio, Health & Human Services Sector Leader di Deloitte Italia.

«Il futuro della sanità italiana sarà quindi determinato: dalla combinazione delle spinte che provengono “dal basso”, generate da fenomeni reali quali la crescita delle liste di attesa e che richiedono soluzioni immediate, e “dall’alto” con riferimento alla qualità e alla velocità con cui saranno implementare le riforme del Pnrr relative agli aspetti organizzativi legati alla riforma della sanità territoriale e alle grandi infrastrutture di sanità digitale a livello nazionale e regionale».

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-09-06/report-deloitte-cresce-rinuncia-cure-motivi-economici-stabili-pagelle-sanita-pubblica-63-e-privata-7-nodo-liste-d-attesa-e-pnrr-sconosciuto-4-italiani-10-tecnologie-e-digitale-potenziare-100515.php?uuid=AFBtU3kD&cmpid=nlqf>



Semplificazione, temporalità chiara, monitoraggio forte, fondi e integrazione con altre patologie per assicurare equità e effettività: ecco cosa manca al nuovo Piano nazionale Cronicità per garantirne l’efficacia

SalutEquità

Piano nazionale cronicità: nell’aggiornamento all’esame delle Regioni sono necessari sei passaggi perché il documento sia davvero efficace per i 24 milioni di italiani affetti da una o più patologie croniche. Per i quali si spende circa l’80% della spesa sanitaria. Stando a proiezioni Istat, poi, nel 2028 si spenderanno 70,7 miliardi di euro per curare le persone con cronicità. Semplificazione, temporalità chiara, monitoraggio forte, fondi e integrazione altre patologie per garantire equità e effettività sono gli aspetti da migliorare nel documento e l’Osservatorio di Salutequità in una sua analisi spiega come fare.

1. Dovrebbe essere facilitata la lettura e la comprensione con un testo unico sulla cronicità. La bozza trasmessa alle Regioni è un testo di aggiornamento, ma non è stato integrato con il Piano del 2016 e quindi obbliga -per avere il quadro chiaro- alla realizzazione di un testo integrato tra quello del 2016 e quello che potrebbe essere varato nel 2024.

2. Occorre assicurare e definire una temporalità.

Tutti gli altri piani hanno una data di inizio e una di fine per offrire agli attori che debbono implementarlo, verificarlo, utilizzarlo, di programmare i tempi di applicazione e di tarare le aspettative di professionisti e cittadini. La previsione di una temporalità limita anche situazioni di blackout in caso, ad esempio, di ritardi nel rinnovo della Cabina di Regia, nelle cui mani è oggi l’aggiornamento e la verifica del Piano.

3. Indicare e definire le risorse per l’implementazione. Se da un lato il ministro nel suo atto di indirizzo sottolinea l’importanza di “investire risorse strategiche sui piani nazionali che costituiscono la risposta sistemica alle tematiche di salute concernenti la cronicità, le malattie rare, ... la prevenzione e il contrasto del cancro.”, la mancanza di previsione di risorse per la sua implementazione risulta non solo incoerente con le indicazioni espresse, ma rischia di far rimanere l’atto solo sulla carta.

È difficile che l’implementazione possa avvenire senza risorse dedicate per gli obiettivi previsti e l’inserimento di nuove patologie (es. per l’adeguamento tecnologico dei presidi diagnostici, il riconoscimento di un codice di esenzione per l’obesità -attualmente non ricompresa nei Lea, per reti cliniche con competenze e diffusione adeguata, ecc.).

4. Prevedere un sistema di monitoraggio stringente e che dialoghi con il monitoraggio Lea. Il monitoraggio descritto nel Piano risulta debole. Se da un lato indica che le direttrici sono tre (monitoraggio normativo, assetti organizzati ed operativi, indicatori di salute delle singole patologie croniche) dall'altro chiarisce anche che la funzione del monitoraggio "potrà fornire elementi utili a calibrare le scelte strategiche regionali/provinciali e locali" ma non richiama alle conseguenze di una eventuale inapplicazione del Piano. La verifica interessa solo i Pdta (percorsi diagnostico terapeutici assistenziali) delle patologie incluse nel Piano e lascia fuori tante altre malattie croniche, senza quindi una visione di governance complessiva della cronicità. Infine il modello di monitoraggio non dialoga con il sistema degli adempimenti dei Lea.

5. Deve essere chiara la trasparenza e la pubblicazione della relazione sullo stato di avanzamento dell'implementazione Pnc. Da un lato è stato fatto un passo in avanti indicando che l'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari) supporta tecnicamente la Cabina di Regia nel monitoraggio. Dall'altro però non è specificato se la relazione annuale sugli esiti delle attività di monitoraggio - predisposta di norma entro gennaio dell'anno successivo - sarà resa pubblica per assicurare accountability degli interventi e degli esiti prodotti.

6. Integrare il Pnc con gruppi di patologie croniche che richiederebbero una attenzione specifica e non più rinviabile. È il caso, ad esempio, della psoriasi da cui sono affetti 1,8 milioni di persone in Italia e che resta una patologia sottovalutata, spesso associata a patologie già ricomprese nella seconda parte del Piano 2016, ma che è talmente sottovalutata che non viene nemmeno rilevata dall'Istat né in quelle del sistema di sorveglianza Passi (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia). E ancora difetta di attenzione alle "nuove cronicità". La bozza di Pnc trasmesso alle Regioni manca di un riferimento alle "nuove cronicità" che caratterizzano, ad esempio, alcune neoplasie ematologiche per le quali i traguardi scientifici raggiunti grazie alla ricerca hanno modificato radicalmente i percorsi di cura e l'aspettativa di vita. È il caso di neoplasie come la leucemia linfatica cronica o la leucemia mieloide cronica in cui il concetto di cronicità è già esplicitamente espresso nel "nome della patologia".

«Se approvato in questa versione – commenta Tonino Aceti, presidente di Salutequità - l'aggiornamento del Piano nazionale cronicità rischia di restare solo il piano delle 'buone intenzioni', destinato a restare sulla carta come il precedente di cui ripropone gli errori. A cominciare dall'assenza di risorse dedicate, di un orizzonte temporale certo, di una integrazione con altre patologie che richiedono attenzione specifica e non più rinviabile e di un cronoprogramma che detti il ritmo degli adempimenti e di un meccanismo di verifica efficace che dialoghi con il sistema adempimenti Lea. L'augurio è – conclude Aceti - che le Regioni, assieme al ministero, già dalle riunioni in programma nei prossimi giorni, percorrano questa strada, chiudendo così un documento davvero e finalmente efficace».

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-09-27/semplicita-temporalita-chiara-monitoraggio-forte-fondi-e-integrazione-altre-patologie-assicurare-equita-e-effettivita-ecco-cosa-manca-nuovo-piano-nazionale-cronicita-garantirne-l-efficacia-091216.php?uuid=AG298dF&cmpid=nlqf>

I tagli silenziosi su sanità e pensioni. Così Giorgetti accontenta l'Europa

Valentina Conte

Il nuovo vincolo della spesa primaria sul Pil aiuta il governo sulla manovra. Ma non recuperare l'inflazione sulla spesa colpisce redditi e servizi

ROMA — La rivoluzione silenziosa è cominciata due anni fa. Mentre gli alleati litigavano su pensioni e famiglie, tra quote e bonus bebè, il ministro dell'Economia Giancarlo Giorgetti metteva un freno alla spesa.

In chiaro su alcune poste, come le pensioni fortemente tagliate nella rivalutazione all'inflazione e poi anche per [alcune categorie di dipendenti pubblici](#) e il Superbonus lentamente bloccato. Senza strepiti, su altre: nella riservatezza delle tabelle di bilancio.

È bastato tenere ferme o quasi voci come sanità e istruzione mentre il caro vita mordeva gli italiani, per arginare il Moloch di sempre: la spesa pubblica. Un'azione da Mister forbici che torna buona ora che la "spesa primaria netta" è l'indicatore principale del nuovo Psb, il Piano strutturale di bilancio da presentare a Bruxelles entro il 20 settembre.

[Il governo vuole ancora fare cassa sulle pensioni. Si lavora per tagliare l'indicizzazione all'inflazione](#)

di Valentina Conte 28 Agosto 2024

Def virtuoso

Non è un caso se il Def, il Documento di economia e finanza, di aprile con il solo "quadro tendenziale" dell'economia italiana sia molto virtuoso. Quel quadro descrive cosa succede a deficit, debito e spesa se il governo non fa nulla, non rinnova sgravi e politiche. In una parola: se sta fermo. Succede che il deficit e il debito rientrano perché la spesa non cresce o sale poco. Esattamente quello che chiede l'Europa con il nuovo

Patto di Stabilità.

Sappiamo però che il governo Meloni non vuole restare fermo. Ma confermare quantomeno il taglio al cuneo e all'Irpef e il bonus alle madri lavoratrici. Per replicare la manovra dell'anno scorso ci vogliono 20 miliardi. Alcuni già sono recuperati o recuperabili da [avanzi, come dall'Assegno di inclusione](#), l'eredità del Reddito di cittadinanza, o dal pacchetto previdenziale. Altre misure saranno depennate. A rischio la social card e anche i venti euro in meno del canone Rai.

La traiettoria della spesa

Dice l'Europa che la spesa può pure crescere, purché meno del Pil nominale. Se si vuole spendere di più, l'extra va coperto con una tassa o tagliando un'altra uscita. La regola è semplice e sarà descritta da una "traiettoria della spesa", inserita nel Psb. Il documento è atteso alle Camere, prima dell'invio alla Commissione. Entro dieci giorni sapremo.

La spesa a cui guarda l'Europa è la "spesa primaria netta", ovvero la spesa della Pa al netto degli interessi pagati sul debito, dei fondi strutturali europei e della rispettiva quota di cofinanziamento nazionale, dei sussidi di disoccupazione e delle misure una tantum (da dettagliare).

La spesa italiana rigida

L'ex ragioniere generale dello Stato Biagio Mazzotta, in audizione parlamentare a maggio, diceva che questa spesa vale 1.072 miliardi (dato 2023). La quota più alta è degli enti previdenziali, il 43% del totale. Quella dello Stato vale meno del 29% (senza bonus edilizi si scende al 23%). Gli enti locali hanno il 25%, di cui il 13% imputabile agli enti sanitari e il 12% a Regioni, Comuni e Regioni. Il 10% si distribuisce tra altri enti centrali e locali.

Ma cosa finanzia questa spesa? Nel 2022, prosegue Mazzotta, il 42,3% era assorbito dalle spese per protezione sociale, il 13,7% dalla sanità, il 7,8% dall'istruzione, il 2,5% dalla difesa.

In cosa si spende? Pensioni per quasi il 30%, poi redditi (17,4), investimenti (17), consumi intermedi (16,3), altre prestazioni sociali (9,8), altre voci (9,7). Una spesa che dunque si mostra per quello che è: con un «elevato grado di rigidità e non manovrabilità», specie per alcune poste come quelle sociali.

Tagliare gli investimenti

Motivo per cui l'ex ragioniere avvertiva del rischio di puntare sulla riduzione degli investimenti per evitare di tagliare capitoli "caldi" come sanità, scuola, stipendi pubblici già falciati in questi anni. Quasi un controsenso, «in controtendenza» con l'altra regola dell'aggiustamento dei conti che, se si vuole allungare da 4 a 7 anni, deve essere accompagnato sia da riforme che da investimenti.

Le proiezioni

Sempre Mazzotta calcolava che a "legislazione vigente", se cioè si lasciano scadere tutte le misure dell'anno scorso, la spesa primaria netta del prossimo anno è addirittura negativa (-0,1%) e quella del 2026 molto virtuosa (solo +0,9%).

L'Ufficio parlamentare di bilancio fa invece un altro esercizio, a "politiche invariate", supponendo cioè che il governo confermi le misure. A quel punto la spesa il prossimo anno salirebbe attorno al 3,3%, ma in base alle nuove regole Ue dovrebbe crescere solo dell'1,8% a fronte di un Pil che avanza del 3,2% nominale (senza inflazione). La differenza è tutta qui.

Manca il futuro

Nel Def il governo è virtuoso perché non ha messo il "quadro programmatico", non ha detto cosa vuole fare. Quando lo dirà, dovrà anche spiegare le coperture. E mostrare dove vuole portare l'Italia nei prossimi sette anni, ben al di là della fine del Pnrr (2026) e della sua vita politica residua (2027). L'orizzonte diventa il 2031. Altro che «corto respiro», di cui si lamentava Giorgetti a Rimini. Di corto c'è solo il conto.

https://www.repubblica.it/economia/2024/10/02/news/tagli_sanita_pensioni_manovra_melon_i_giorgetti-423473857/?ref=RHLF-BG-P1-S1-T1

quotidianosanità.it

Mobilità sanitaria. Si amplia l'esodo da Sud a Nord nel 2023. Il giro d'affari sfiora i 4,6 mld

Il fenomeno della migrazione per farsi curare fuori dalla propria regione e che ogni anno coinvolge quasi un milione d'italiani conferma il suo essere endemico. Si confermano solo sette le Regioni ad essere in attivo mentre le altre 14 hanno saldi negativi. Campania, Calabria e Sicilia le regioni che spendono di più per i pazienti che scappano a curarsi fuori. Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto le più attrattive.

La mobilità sanitaria continua a crescere dopo gli anni più duri della pandemia da Covid.

Il giro d'affari secondo i dati 2023 approvati ieri dalla Conferenza delle Regioni sfiora i 4,6 miliardi, in crescita rispetto ai 4,3 mld del 2022. Il fenomeno della migrazione per farsi curare fuori regioni che ogni anno coinvolge quasi un milione d'italiani conferma il suo essere endemico.

Il trend, infatti, non cambia: è sempre un esodo da Sud verso Nord.

Anzi a voler essere precisi principalmente gli italiani si spostano in Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto e Toscana che rappresentano le principali regioni che hanno un saldo attivo (il rapporto tra i pazienti provenienti da altre regioni e tra quella della regione che vanno a curarsi fuori). In generale sono solo sette le Regioni ad essere in attivo mentre le altre 14 hanno saldi negativi.

In testa c'è sempre la Lombardia con un attivo di 579 milioni, seguita dall'Emilia Romagna con 465 mln. Sul terzo gradino del podio il Veneto con 189 mln. A seguire la Toscana con 58 mln, il Molise (22 mln), Pa Bolzano (1 mln) e Pa Trento con 2,8 mln. In attivo poi ci sono il Bambino Gesù (246 mln) e l'Acismom (42 mln). Tutte le altre 14 regioni sono in passivo. La Calabria è in cima alla lista (-294 mln) seguita da Campania (-285 mln), Sicilia (-221 mln), Puglia (-198 mln), Lazio (-171 mln), Liguria (-99 mln), Abruzzo (-90 mln), Sardegna (-82 mln), Basilicata (-71 mln), Marche (-47 mln) Umbria (-31 mln), Valle d'Aosta (-11 mln), Piemonte (-8 mln) e Friuli-Venezia Giulia (-6 mln).

Regioni	TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPBG e ACISMOM *	TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPBG e ACISMOM *	TOTALE ACCONTO con OPBG e ACISMOM
PIEMONTE	266.141.721	274.245.807	-8.104.086
V D'AOSTA	13.913.864	25.164.082	-11.250.218
LOMBARDIA	1.000.623.200	421.212.786	579.410.414
BOLZANO	28.527.911	27.510.057	1.017.854
TRENTO	70.419.001	67.620.756	2.798.245
VENETO	469.089.777	280.003.396	189.086.380
FRIULI	85.644.689	92.149.141	-6.504.452
LIGURIA	113.054.224	212.794.548	-99.740.324
E ROMAGNA	722.979.760	257.435.090	465.544.670
TOSCANA	270.810.611	212.445.720	58.364.892
UMBRIA	81.400.331	113.082.461	-31.682.131
MARCHE	116.143.851	163.326.891	-47.183.041
LAZIO	377.208.753	548.522.946	-171.314.193
ABRUZZO	103.831.294	194.615.219	-90.783.924
MOLISE	100.857.228	78.185.653	22.671.576
CAMPANIA	159.607.648	444.720.208	-285.112.559
PUGLIA	138.331.710	336.895.840	-198.564.131
BASILICATA	55.856.804	127.001.195	-71.144.390
CALABRIA	31.061.894	325.173.077	-294.111.183
SICILIA	67.129.859	289.107.955	-221.978.096
SARDEGNA	25.759.668	108.742.107	-82.982.439
BAMBINO GESU'	256.660.210	0	256.660.210
ACISMOM	44.900.927	0	44.900.927
TOTALE	4.599.954.934	4.599.954.934	-0

https://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=124486

Crisi personale sanitario e assistenziale. Al via rete di attori non statali per dare risposte. La nuova iniziativa dell'Oms/Europa

L'iniziativa coinvolge 32 organizzazioni di attori non statali, quali organizzazioni non governative, associazioni professionali e la rete Youth4Health, che si sono impegnate ad agire per contribuire a fronteggiare la crisi del personale sanitario e assistenziale.

18 SET -

I problemi che attualmente affliggono i sistemi sanitari della Regione sono acuti e minacciano la sicurezza dei pazienti. Vanno dalla carenza di personale e dall'insufficiente reclutamento e mantenimento, alla migrazione di professionisti sanitari qualificati, condizioni di lavoro poco attraenti e scarso accesso a opportunità di sviluppo professionale continuo.

Ecco quindi che l'Oms/Europa ha lanciato una nuova iniziativa che coinvolge 32 organizzazioni di attori non statali (NSA) provenienti dalla regione europea dell'Oms.

Le NSA - che includono organizzazioni non governative, associazioni professionali e la rete Youth4Health, partner cruciali dati i loro stretti legami con le comunità e le esperienze di lavoro con diverse parti della società, tra cui milioni di pazienti e professionisti sanitari - si sono impegnate ad agire per contribuire a fronteggiare la crisi del personale sanitario e assistenziale.

L'iniziativa, spiega una nota, rientra nell'attuazione del Quadro d'azione sul personale sanitario e assistenziale 2023-2030, lanciato dall'Oms/Europa durante la 73a sessione del Comitato regionale dell'Oms per l'Europa e approvato da tutti i 53 Stati membri della regione.

Il Framework offre all'Oms/Europa l'opportunità di impegnarsi in modo proattivo con le NSA per aiutare i paesi a sviluppare soluzioni efficaci per affrontare le complesse sfide della forza lavoro sanitaria e a progettare e implementare appropriate politiche sulla forza lavoro sanitaria.

Ciò riflette l'impegno dell'Oms nel coinvolgere le NSA, il che può apportare importanti benefici alla salute pubblica globale e al lavoro dell'Oms per svolgere il suo ruolo di direzione e coordinamento.

L'Oms/Europa sta lavorando con diversi partner per implementare il Framework in tutta la Regione.

Le NSA, che includono organizzazioni non governative, associazioni professionali e la rete Youth4Health, sono partner cruciali dati i loro stretti legami con le comunità e le esperienze di lavoro con diverse parti della società, tra cui milioni di pazienti e professionisti sanitari.

"Gli attori non statali possono svolgere un ruolo significativo nell'attuazione del Quadro d'azione, aiutando i paesi a prendere le misure necessarie per garantire una forza lavoro adatta allo scopo, in grado di soddisfare le mutevoli esigenze dei pazienti e dei sistemi sanitari progettati per supportarli" ha commentato **Tomas Zapata**, responsabile della forza lavoro sanitaria e della fornitura di servizi presso l'Oms/Europa

"La creazione di questa rete - ha aggiunto - è una parte fondamentale per coinvolgere le NSA e fornire loro una piattaforma per fare davvero la differenza nell'affrontare i complessi fattori alla base della crisi del personale sanitario e assistenziale della regione".

Come le NSA contribuiscono a migliorare le condizioni di lavoro dei professionisti sanitari Le NSA hanno già contribuito alla nuova iniziativa, ad esempio, condividendo dettagli sulle loro attività di ricerca e di advocacy relative a: condizioni di lavoro e soddisfazione professionale dei medici e degli infermieri junior; qualità dell'istruzione universitaria e post-universitaria in medicina e infermieristica; disuguaglianze di genere; mobilità globale della forza lavoro sanitaria; assistenti informali nell'assistenza a lungo termine; mantenimento e reclutamento di medici di famiglia/medici generici e infermieri.

In futuro, le NSA continueranno a incontrarsi regolarmente con l'Oms/Europa, sviluppando una comunità di apprendimento sulle politiche efficaci per il personale sanitario ed esplorando in che modo il loro lavoro si allinea e può contribuire ai 5 pilastri del Framework:

- Pilastro 1 – Mantenere e reclutare: rispondere alle esigenze degli operatori sanitari e assistenziali;
- Pilastro 2 – Rafforzare l'offerta: rafforzare l'istruzione e la formazione, le competenze e le abilità;
- Pilastro 3 – Ottimizzare le prestazioni: ridefinire i team e il mix di competenze e utilizzare soluzioni digitali;

- Pilastro 4 – Piano: attuare politiche complete per la forza lavoro sanitaria e assistenziale, migliorare i dati e coordinare più parti interessate in linea con le mutevoli esigenze;
- Pilastro 5 – Investire: aumentare e sostenere investimenti pubblici più intelligenti nel personale sanitario e assistenziale, che contribuiscono alla crescita economica e alla coesione sociale.

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=124405



Dare valore al paziente, il progetto pilota della Asl Toscana sud est

Mettere al centro del percorso di cura il paziente. È questo lo spirito del “Value Based Healthcare”, un modello in cui le esigenze delle persone prese in carico sono un attore del sistema sanitario tanto quanto aspetti tecnici, strutturali, organizzativi o di gestione legati alla cura. Un modello, cioè, che ha come obiettivo quello di migliorare l’esperienza di cura del paziente e allo stesso tempo ridurre il costo dell’assistenza garantendo la sostenibilità del sistema sanitario. La Asl Toscana sud est ha varato nei mesi scorsi un progetto pilota basato sulla Value Based Healthcare per quanto riguarda lo scompenso cardiaco, partito dall’area di Grosseto e ampliato anche ai territori di Siena e Arezzo.

Il progetto è stato presentato nei giorni scorsi a Roma nell’ambito di una iniziativa promossa, tra gli altri, dalla Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere (Fiaso), di cui il direttore generale della Asl Tse, Antonio D’Urso, è vice presidente, a cui ha partecipato anche Massimo Alessandri, Direttore Dipartimento Medicina Interna e delle Specialità Mediche della Asl Toscana Sud-Est. Presente Silvia Bellucci, referente Asl Tse per i progetti Lean.

“Siamo convinti assertori di un sistema sanitario che si svincoli il più possibile dalle singole prestazioni e guardi alla cura nel suo complesso, mettendo al centro le persone - spiega il direttore generale D’Urso - Nella nostra azienda stiamo cambiando questo approccio per abbracciarne uno orientato alla multidimensionalità del percorso di cura, che tenga conto delle risposte efficaci alle persone e alla sostenibilità finanziaria, aspetto comunque imprescindibile”.

“Siamo partiti con un progetto pilota su Grosseto e lo abbiamo esteso anche ai territori di Siena e Grosseto - sottolinea il dottor Alessandri -. Siamo soddisfatti del lavoro svolto e crediamo molto in una sanità orientata alla centralità del paziente. La Value Based Healthcare è un’opportunità, ma serve una riorganizzazione complessiva del sistema che può generare alcuni intoppi, facilmente superabili se condividiamo tutti insieme il percorso. Come Toscana sud est stiamo già lavorando per estendere la Value Based Healthcare alle altre patologie croniche - oltre allo scompenso cardiaco -, ovvero diabete, bronco-pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), ipertensione arteriosa, malattia cerebro vascolare”.

<https://www.sanita24.ilssole24ore.com/art/notizie-flash/2024-09-30/dare-valore-paziente-progetto-pilota-asl-toscana-sud-est-140309.php?uid=AGyKy2I&cmpid=nlqf>



Il sistema capitalista non funziona e la sua crisi si palesa in ogni aspetto della società. Le disuguaglianze nel mondo non sono solo un problema sociale: sono il risultato diretto di un capitalismo che promette più libertà ma ha lasciato milioni di lavoratori nella precarietà o persino nella povertà. È tempo di ripensare questo modello.

Ma cosa viene dopo il capitalismo?

Il Festival dell'Economia Critica nasce proprio per affrontare questa sfida. Due giorni di dibattiti, incontri e confronti con alcune delle voci più autorevoli del dibattito internazionale.

Festival dell'Economia Critica\Il potere del profitto o il potere di cambiare?

Di cosa parliamo?

C'è qualcosa di profondamente sbagliato nel nostro sistema economico, dice il **rapporto Oxfam 2024**. Qualcosa che «mina la coesione sociale e crea ingiustificate disparità nella distribuzione di risorse e potere, dotazioni e opportunità tra cittadini». Non a caso si parla del nostro tempo come del **“decennio dei grandi divari”**, in cui il 43% delle risorse è bottino dell'1% più ricco del pianeta, mentre larghissima parte della popolazione fa i conti con fragilità crescenti e incertezze. **Un mondo asimmetrico**, risultato di un modello di produzione e distribuzione che negli ultimi trent'anni si è vantato di garantire *più libertà* e che per milioni di lavoratori ha fatto invece rima con *più povertà*.

Ma cosa viene dopo il capitalismo?

La prima edizione del *Festival dell'Economia Critica* vuole rispondere a questa sfida, attraverso una piattaforma di voci diverse, accomunate dalla voglia di rilanciare una diversa idea di economia, tra cui: **Emmanuel Todd, Yanis Varoufakis, Nancy Folbre, Wolfgang Streeck, Emiliano Brancaccio, Francesco**

Saraceno, Clara Mattei, Marco D'Eramo, Thomas Porcher, Elena Granaglia, Mikhail Maslennikov, Cecilia Rikap.

<https://fondazionefeltrinelli.it/partecipa/festivaldelleconomicritica/>

Su iniziativa del Senatore Francesco Zaffini



#sosteneressn

3 OTTOBRE 2024 ore 10
Sala "Caduti di Nassirya", Piazza Madama, Roma

Intervengono

Francesco Zaffini
Presidente Affari Sociali Senato

Maria Domenica Castellone
Vicepresidente del Senato

Francesco Perrone
Presidente AIOM

Sandro Franco
Direttore Panorama della sanità

Saverio Cinieri
Presidente Fondazione AIOM

Silvano Gallus
Istituto Mario Negri

Valeria Fava
Cittadinanzattiva

Mauro Boldrini
Direttore comunicazione AIOM

Aumentare il prezzo delle sigarette in Italia (attualmente circa 5 euro a pacchetto) potrebbe ridurre il consumo e migliorare le finanze del SSN. Per questa ragione AIOM e Panorama della sanità, hanno deciso di lanciare la campagna di comunicazione #sosteneressn che mira a sensibilizzare le Istituzioni per un aumento di 5 euro, genererebbe potenzialmente 13 miliardi per il Servizio Sanitario Nazionale.

La campagna è aperta a tutte le associazioni e le società scientifiche interessate.

I lavori del convegno saranno trasmessi in diretta streaming al link <https://webtv.senato.it> e sul canale YouTube del Senato Italiano www.youtube.com/user/SenatoItaliano.

Le opinioni e i contenuti espressi nelambito dell'iniziativa sono esclusivamente responsabilità delle associazioni e dei relatori e non sono riconducibili in alcun modo al Senato della Repubblica o ad organi del Senato stesso.

L'accesso all'attività con abbinamento camera A per gli utenti obbligo di qualità e quantità è consentito fino al raggiungimento della capacità massima.

Il governo e gli ospiti devono accordarsi su agenda e relazioni@panoramasanita.it



www.aiom.it www.panoramadellasanita.it

In collaborazione con

Un appuntamento su iniziativa del Senatore Francesco Zaffini

#sosteneressn

Una tassa di scopo per il Servizio Sanitario Nazionale

3 OTTOBRE 2024 – ore 10

Sala “Caduti di Nassirya”, Piazza Madama, Roma

Il fumo è ritenuto il fattore di rischio principale per il cancro del polmone e aumenta significativamente il rischio di sviluppare tumori del cavo orale e della gola, oltre a numerose altre neoplasie, malattie cardiovascolari, neurologiche e ictus. È inoltre il primo fattore di rischio della BPCO e di numerose patologie a carico polmonare.

Oltre ai devastanti effetti sulla salute, è causa di altissimi costi in carico al Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Paesi come la Francia hanno aumentato il prezzo di vendita delle sigarette, che oggi si aggira sui 12 euro a pacchetto. Anche gli USA hanno adottato prezzi alti, intorno agli 8 dollari.

Considerate le difficoltà economiche che vive il sistema sanitario italiano, l'aumento del prezzo di vendita delle sigarette (oggi stabile intorno ai 5 euro) potrebbe contribuire a sanare la mancanza di risorse, abbattere le liste di attesa, assumere più personale, adeguare gli stipendi degli operatori sanitari e molto altro. Potrebbe inoltre rivelarsi una tecnica di dissuasione dal fumo per i fumatori (e per più giovani che ancora non hanno iniziato) contribuendo così alla salvaguardia della salute della popolazione.

Per questa ragione [AIOM](#) e [PANORAMA DELLA SANITÀ](#), hanno deciso di lanciare la campagna di comunicazione, **#sosteneressn**, che si pone l'obiettivo di sensibilizzare le Istituzioni e l'opinione pubblica, nella speranza che l'Italia possa prendere come esempio gli altri Paesi virtuosi –come la Francia – e aumentare di 5 euro il prezzo di vendita al pubblico delle sigarette, con una tassa di scopo. Sarebbe, in questo modo, possibile generare potenzialmente 13 miliardi di euro da destinare al SSN.

La campagna è aperta a tutte le associazioni, le società scientifiche e alle associazioni dei pazienti interessate.

Intervengono **Francesco Zaffini** Presidente Affari Sociali Senato – **Francesco Perrone** Presidente AIOM – **Sandro Franco** Direttore Panorama della sanità – **Saverio Cinieri** Presidente Fondazione AIOM – **Silvano Gallus** Istituto Mario Negri – **Federico Spandonaro*** Direttore CREA Sanità – **Valeria Fava** Cittadinanzattiva – **Mauro Boldrini** Direttore comunicazione Aiom

I lavori del convegno saranno trasmessi in diretta streaming sulla [webTv del Senato](#) e sul [canale YouTube del Senato](#)



<https://panoramadellasanita.it/site/sosteneressn-31024/>

Un mondo giusto su un pianeta sicuro: un rapporto della Commissione Terra- *Salute Planetaria del Lancet* sui confini, le traduzioni e le trasformazioni del sistema Terra

[Prof. Joyeeta Gupta](#), PhD ^{a, b}, [Prof. Xuemei Bai](#), PhD ^c, [Prof.ssa Diana M Liverman](#), PhD ^d, [Prof. Johan Rockström](#), PhD ^{e, f},
[Prof. Dahe Qin](#), PhD ^{h, i, j}, [Ben Stewart-Koster](#), [dottore di ricerca](#) e altri [Mostra altro](#)

Sintesi

La salute del pianeta e della sua gente è a rischio. Il deterioramento dei beni comuni globali, ovvero i sistemi naturali che sostengono la vita sulla Terra, sta esacerbando l'insicurezza energetica, alimentare e idrica e aumentando il rischio di malattie, disastri, sfilamenti e conflitti.

In questa Commissione, quantifichiamo i confini sicuri e giusti del sistema Terra (ESB) e valutiamo l'accesso minimo alle risorse naturali necessarie per la dignità umana e per consentire la fuga dalla povertà.

Collettivamente, questi descrivono un corridoio sicuro e giusto che è essenziale per garantire una salute umana e planetaria sostenibile e resiliente e prosperare nell'Antropocene.

Discutiamo quindi della necessità di tradurre gli ESB su più scale per informare gli obiettivi basati sulla scienza per l'azione degli attori chiave (e le sfide nel farlo) e concludiamo identificando le trasformazioni del sistema necessarie per realizzare un futuro sicuro e giusto.

Il nostro concetto di corridoio sicuro e giusto promuove la ricerca sui confini planetari e sugli aspetti di giustizia e sistema Terra degli Obiettivi di sviluppo sostenibile.

Definiamo sicuro come garanzia della stabilità biofisica del sistema Terra e i nostri principi di giustizia includono la riduzione al minimo dei danni, il soddisfacimento delle esigenze di accesso minime e la redistribuzione delle risorse e delle responsabilità per migliorare la salute e il benessere umani. Il limite massimo del corridoio sicuro e giusto è definito dai più rigorosi ESB sicuri e giusti per ridurre al minimo i danni significativi e garantire la stabilità del sistema Terra.

La base del corridoio è definita dagli impatti dell'accesso globale minimo a cibo, acqua, energia e infrastrutture per la popolazione globale, nei domini delle variabili per cui abbiamo definito gli ESB. Vivere all'interno del corridoio è necessario, perché superare gli ESB e non soddisfare i bisogni di base minaccia la salute umana e la vita sulla Terra.

Tuttavia, il semplice rimanere all'interno del corridoio non garantisce giustizia perché all'interno del corridoio le risorse possono anche essere distribuite in modo iniquo, aggravando la salute umana e causando danni ambientali. La giustizia procedurale e sostanziale sono necessarie per garantire che lo spazio all'interno del corridoio sia giustamente condiviso.

Definiamo otto ESB sicuri e giusti per cinque domini, la biosfera (integrità funzionale e area dell'ecosistema naturale), il clima, i cicli dei nutrienti (fosforo e azoto), l'acqua dolce (superficiale e sotterranea) e gli aerosol, per ridurre il rischio di degradazione dei sistemi biofisici di supporto vitale ed evitare punti di svolta. Sette degli ESB sono già stati trasgrediti: integrità funzionale, area dell'ecosistema naturale, clima, fosforo, azoto, acque superficiali e sotterranee.

L'ottavo ESB, l'inquinamento atmosferico, è stato trasgredito a livello locale in molte parti del mondo. Sebbene i confini sicuri garantiscano la stabilità del sistema Terra e quindi salvaguardino le condizioni biofisiche complessive che hanno permesso agli esseri umani di prosperare, non salvaguardano necessariamente tutti dai danni o consentono un accesso minimo alle risorse per tutti.

Utilizziamo il concetto di giustizia del sistema Terra, che cerca di garantire il benessere e ridurre i danni all'interno e tra generazioni, nazioni e comunità e tra esseri umani e altre specie, attraverso la giustizia procedurale e distributiva, per valutare i confini sicuri.

La giustizia del sistema Terra riconosce la diseguale responsabilità, l'ineguale esposizione e vulnerabilità ai cambiamenti del sistema Terra, e riconosce anche la diseguale capacità di risposta e l'ineguale accesso alle risorse.

Valutiamo anche la misura in cui gli ESB sicuri potrebbero minimizzare danni irreversibili, esistenziali e altri danni gravi alla salute e al benessere umani attraverso un'analisi di chi è interessato a ogni confine.

Non tutti gli ESB sicuri sono giusti, in quanto non minimizzano tutti i danni significativi (ad esempio, quelli associati ai cambiamenti climatici, agli aerosol o agli ESB di azoto).

Miliardi di persone in tutto il mondo non hanno accesso sufficiente a energia, acqua pulita, cibo e altre risorse. Per i cambiamenti climatici, ad esempio, decine di milioni di persone subiscono danni a livelli di riscaldamento inferiori a quelli definiti nell'ESB sicuro e, quindi, per evitare danni significativi sarebbe necessario un ESB più rigoroso. In altri domini, gli ESB sicuri si allineano agli ESB giusti, sebbene alcuni debbano essere modificati o integrati con standard locali per prevenire danni significativi (ad esempio, l'ESB degli aerosol).

Esaminiamo le implicazioni del raggiungimento degli SDG sociali nel 2018 attraverso un esercizio di modellizzazione dell'impatto e quantifichiamo l'accesso minimo alle risorse richieste per la dignità umana di base (livello 1) e le risorse minime richieste per consentire la fuga dalla povertà (livello 2).

Concludiamo che senza trasformazione sociale e redistribuzione dell'uso delle risorse naturali (ad esempio, dai principali consumatori di risorse naturali a coloro che attualmente non hanno un accesso minimo a queste risorse), il raggiungimento dei livelli di accesso minimo per le persone che vivono al di sotto del livello minimo aumenterebbe le pressioni sul sistema Terra e i rischi di ulteriori trasgressioni degli ESB.

Stimiamo anche le esigenze di accesso alle risorse per le popolazioni umane nel 2050 e gli impatti associati al sistema Terra che queste potrebbero avere.

Prevediamo che l'ESB climatico sicuro e giusto verrà superato entro il 2050, anche se tutti nel mondo vivessero solo con l'accesso minimo richiesto alle risorse (né più né meno), a meno che non ci siano trasformazioni, ad esempio, dei sistemi energetici e alimentari. Quindi, un corridoio sicuro e giusto sarà possibile solo con radicali trasformazioni sociali e cambiamenti tecnologici.

Vivere all'interno del corridoio sicuro e giusto richiede l'operatività degli ESB da parte di attori chiave a tutti i livelli, che può essere ottenuta tramite una traduzione su scala trasversale (per cui risorse e responsabilità per le riduzioni dell'impatto sono equamente condivise tra gli attori).

Ci concentriamo su città e aziende a causa dell'entità dei loro impatti sul sistema Terra e del loro potenziale di agire rapidamente e agire come agenti di cambiamento.

Esploriamo possibili approcci per tradurre ogni ESB in città e aziende tramite le fasi sequenziali di trascrizione, allocazione e adeguamento.

Evidenziamo come diversi elementi della giustizia del sistema Terra possano essere riflessi nelle fasi di allocazione e adeguamento scegliendo approcci di condivisione appropriati, informati dal contesto di governance e da condizioni abilitanti più ampie.

Infine, discutiamo le trasformazioni di sistema che potrebbero spostare l'umanità in un corridoio sicuro e giusto e ridurre i rischi di instabilità, ingiustizia e danni alla salute umana.

Queste trasformazioni mirano a ridurre al minimo i danni e garantire l'accesso alle risorse essenziali, affrontando al contempo i driver del cambiamento e della vulnerabilità del sistema Terra e le barriere istituzionali e sociali alle trasformazioni sistemiche, e includono la riduzione e la riallocazione dei consumi, il cambiamento dei sistemi economici, della tecnologia e della governance.

[https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196\(24\)00042-1/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(24)00042-1/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

Una storia di 485 milioni di anni della temperatura superficiale della Terra

[Emily J. Judd](#) , [Jessica E. Tierney](#) , [Isabel P. Montañez](#) , [Brian T. Huber](#) , [Scott L. Ala](#) e [Paul J. Valdes](#)

20 settembre 2024, Vol 385 , Numero 6715, [DOI: 10.1126/science.adk3705](https://doi.org/10.1126/science.adk3705)

Riepilogo dell'editore

Comprendere come la temperatura media superficiale globale (GMST) sia variata nell'ultimo mezzo miliardo di anni, un periodo in cui i modelli evolutivi di flora e fauna hanno avuto un'influenza così importante sull'evoluzione del clima, è essenziale per comprendere i processi che guidano il clima in quell'intervallo. Judd *et al.* presentano un record di GMST negli ultimi 485 milioni di anni che hanno costruito combinando dati proxy con modelli climatici (vedere la prospettiva di Mills). Hanno scoperto che la GMST variava in un intervallo da 11° a 36°C, con una sensibilità climatica "apparente" di circa 8°C, circa due o tre volte quella odierna. —Jesse Smith

Astratto strutturato

INTRODUZIONE

Una registrazione geologica a lungo termine della temperatura media superficiale globale (GMST) è importante per comprendere la storia del nostro pianeta e per contestualizzare il cambiamento climatico attuale. Tale registrazione è necessaria per limitare la relazione tra clima e altri aspetti del sistema Terra, tra cui l'evoluzione e l'estinzione della vita e la chimica dell'atmosfera e degli oceani. Inoltre, quantificare la relazione tra GMST e concentrazioni atmosferiche di anidride carbonica (CO₂) può affinare la nostra comprensione della sensibilità climatica della Terra e migliorare le previsioni future sotto il riscaldamento antropogenico.

MOTIVAZIONE

Sebbene esistano diverse ricostruzioni della temperatura del Fanerozoico (gli ultimi 539 milioni di anni), durante l'intensamente studiata Era Cenozoica (gli ultimi 66 milioni di anni), esse sono più fredde e meno variabili rispetto alle stime individuali di periodi di tempo chiave, in particolare durante gli intervalli senza ghiaccio (effetto serra). Questa discrepanza suggerisce che le registrazioni della temperatura del Fanerozoico esistenti potrebbero sottostimare i cambiamenti di temperatura passati e meritano ulteriori indagini utilizzando un nuovo approccio.

RISULTATI

Qui presentiamo PhanDA, una ricostruzione della GMST che abbraccia gran parte dell'Eone Fanerozoico. PhanDA è stato creato utilizzando l'assimilazione dei dati, un metodo che integra statisticamente i dati geologici con le simulazioni dei modelli climatici. PhanDA indica che la temperatura della Terra è variata tra 11° e 36°C negli ultimi 485 milioni di anni. Questo intervallo è più ampio rispetto alle precedenti ricostruzioni; tuttavia, PhanDA concorda bene con le stime indipendenti della GMST del Cenozoico, fornendo fiducia nel suo intervallo dinamico più ampio.

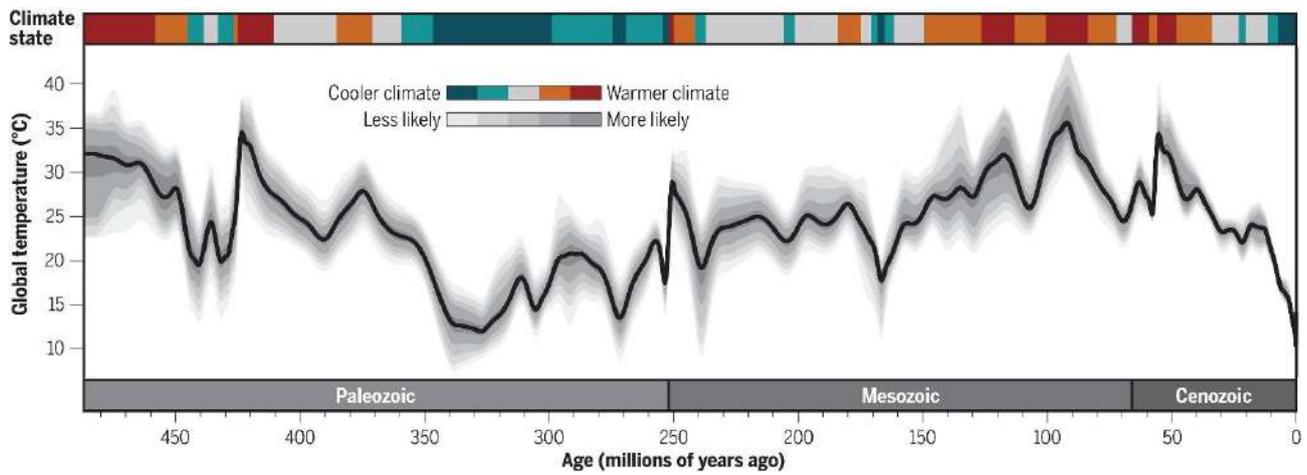
PhanDA rivela caratteristiche chiave nella relazione tra GMST e gradiente di temperatura polo-equatore, tra cui amplificazione polare (vale a dire, maggiori cambiamenti di temperatura ad alte latitudini) e un abbassamento del gradiente con l'aumento di GMST. Le temperature tropicali variano tra 22° e 42°C, confutando l'idea di un limite superiore fisso per il calore tropicale e suggerendo che la vita antica deve essersi evoluta per sopportare il calore estremo. Analizziamo PhanDA in cinque stati climatici e scopriamo che, nel complesso, la Terra ha trascorso più tempo in stati climatici più caldi rispetto a quelli freddi durante il Fanerozoico.

Esiste una forte relazione tra PhanDA GMST e CO₂, che indica che la CO₂ è il controllo dominante sul clima del Fanerozoico. La coerenza di questa relazione è sorprendente perché su questa scala temporale, ci aspettiamo che la luminosità solare influenzi il clima. Ipotezziamo che i cambiamenti nell'albedo planetario e

in altri gas serra (ad esempio, il metano) abbiano contribuito a compensare l'aumento della luminosità solare nel tempo. La relazione GMST-CO₂ indica una sensibilità "apparente" del sistema terrestre notevolmente costante (vale a dire, la risposta della temperatura a un raddoppio della CO₂, inclusi feedback rapidi e lenti) di ~8 °C, senza alcuna dipendenza rilevabile dal fatto che il clima sia caldo o freddo.

CONCLUSIONE

PhanDA fornisce una stima statisticamente solida della GMST attraverso il Fanerozoico. Abbiamo scoperto che la temperatura della Terra è variata in modo più dinamico di quanto si pensasse in precedenza e che i climi serra erano molto caldi. La CO₂ è il motore dominante del clima del Fanerozoico, sottolineando l'importanza di questo gas serra nel plasmare la storia della Terra. La coerenza della sensibilità apparente del sistema Terra (~8°C) è sorprendente e merita ulteriori indagini. Più in generale, PhanDA fornisce un contesto critico per l'evoluzione della vita sulla Terra, nonché per i cambiamenti climatici presenti e futuri.



Temperatura media della superficie globale secondo PhanDA negli ultimi 485 milioni di anni.

La sfumatura grigia corrisponde a diversi livelli di confidenza e la linea nera mostra la soluzione media. Le bande colorate lungo la parte superiore riflettono lo stato climatico, con colori più freddi che indicano climi di tipo icehouse (coolhouse e coldhouse), colori più caldi che indicano climi di tipo greenhouse (warmhouse e hothouse) e il grigio che rappresenta uno stato di transizione.

<https://www.science.org/doi/10.1126/science.adk3705>

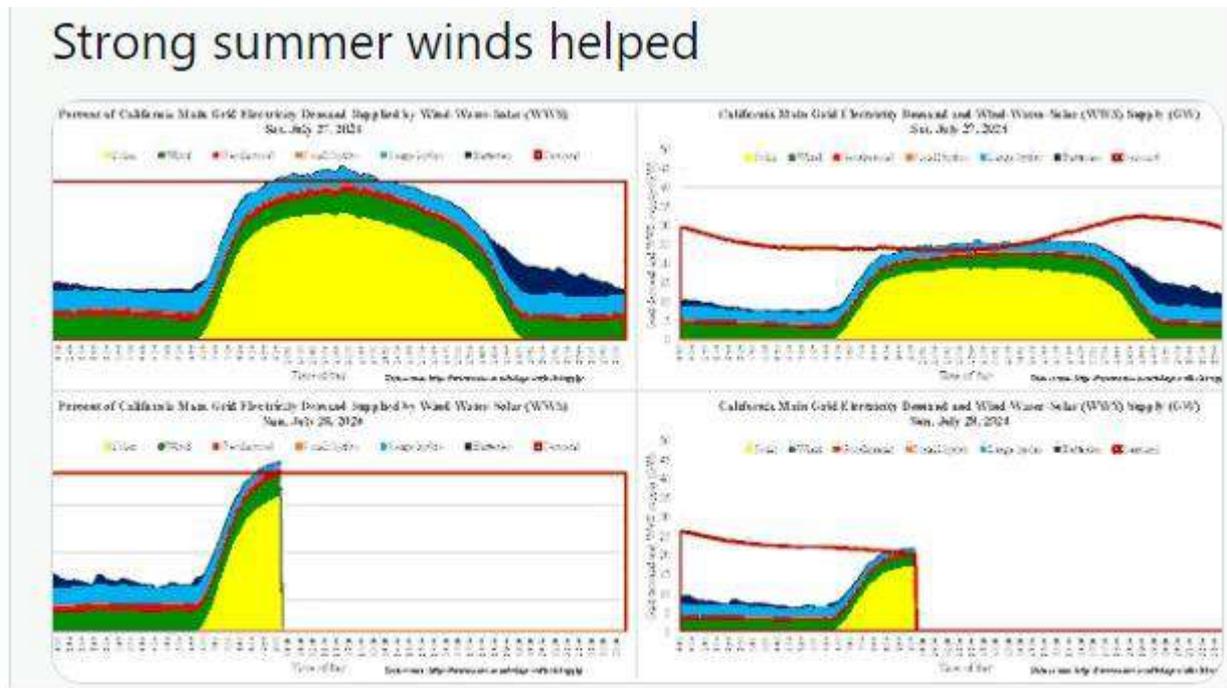


La California è 100% Rinnovabile!

Un importante traguardo: il 28 luglio ha registrato il 100° giorno di un periodo di 144 giorni in cui la California ha fornito il 100% della sua domanda di energia elettrica con le rinnovabili.

I 100 giorni di continuità non significano che le energie rinnovabili alimentano la rete per l'intera giornata, ma che ciò avviene in modo costante su base giornaliera, e questo non ha precedenti.

Da marzo, la produzione di energia solare, eolica, idroelettrica e delle batterie di accumulo ha soddisfatto la domanda di elettricità della California quasi ogni giorno, per periodi di tempo che vanno da cinque minuti a diverse ore.



Mark Z. Jacobson, professore di ingegneria civile e ambientale dell'Università di Stanford e direttore del programma Atmosfera/Energia di Stanford, ha monitorato le prestazioni delle energie rinnovabili in California e condivide le sue scoperte su Twitter (X) quando lo Stato batte un record.

Jacobson ha spiegato al sito [Electrek](#) come la California ha raggiunto il traguardo delle rinnovabili:

Il traguardo della California di 100 giorni alimentati, per una media di diverse ore al giorno, da oltre il 100% di energia eolico-idro-solare (WWS) (eolico onshore, solare su larga scala, geotermico e idroelettrico di piccole e grandi dimensioni) da marzo a luglio 2024 è senza precedenti.

La crescita deriva dall'**aumento del 30% dell'energia solare e dell'8% della produzione di energia eolica su scala industriale in un solo anno.**

Il dato è anche determinato dalla **crescita dell'energia solare fotovoltaica sui tetti**, che ha contribuito a diminuire la domanda della rete californiana, in quanto questa energia viene utilizzata innanzitutto per fornire elettricità agli edifici, evitando la necessità di ricorrere all'elettricità di rete. Inoltre, **la capacità di stoccaggio delle batterie è più che raddoppiata nel corso dell'anno (arrivando a quasi 8 GW/32 GWh)**, consentendo di immagazzinare e utilizzare di notte gran parte dell'energia eolica e solare in eccesso nelle giornate con il 100% o più. **Tutti questi fattori hanno ridotto l'uso di gas fossile sulla rete di quasi il 40%** durante il periodo.

Queste statistiche indicano che **il giorno in cui la California sarà alimentata giorno e notte con WWS al 100% è vicino.** È necessario aumentare il fotovoltaico sui tetti e sulle utenze, le batterie, l'eolico offshore, spostare la produzione di energia idroelettrica di notte e incentivare le persone a spostare l'orario di utilizzo dell'elettricità in un momento in cui la domanda di rete è bassa (e l'offerta di WWS è alta).

Il team di ricercatori di [Environment California](#) ha sottolineato che **le recenti ondate di calore** nello Stato hanno reso indispensabile la fornitura di gas naturale praticamente ogni minuto del giorno per più di due settimane, quindi la California avrà bisogno di molta più energia solare ed eolica per raggiungere l'obiettivo del 100% di elettricità pulita entro il 2045. La buona notizia è che sappiamo di poterlo realizzare.

"Sebbene siano già molti gli Stati che prevedono di raggiungere gli obiettivi del 100% di energia rinnovabile, ci auguriamo che questo risultato della California incoraggi tutti gli Stati a salire a bordo", ha dichiarato Johanna Neumann, direttore senior della Campagna per il 100% di energia rinnovabile di Environment America. *"La California dimostra che le tecnologie energetiche pulite possono funzionare su larga scala. Se*

continuiamo a massimizzare la nostra rete elettrica, a collegare un maggior numero di impianti a batterie in grado di immagazzinare energia pulita per tutta la notte e ad aumentare la quantità di turbine eoliche offshore e di pannelli solari sui tetti, sono fiduciosa che potremo fare a meno dei combustibili fossili inquinanti che devastano il nostro ambiente e la nostra salute”.

La California è 100% Rinnovabile! - Ecquologia²



Nuovi Commissari, non perdetevi di vista la salute in tutte le politiche dell'UE

EuroHealthNet risponde alla presentazione del nuovo Collegio dei Commissari

Ieri, la Presidente della Commissione Europea Ursula von der Leyen ha presentato i nuovi Commissari Europei e i loro portafogli, chiedendo politiche congiunte. In attesa delle udienze di conferma, EuroHealthNet esprime preoccupazione per la **mancanza di visibilità delle politiche che migliorano la salute e affrontano le disuguaglianze. Queste dovrebbero andare di pari passo con l'attuale narrazione dell'UE sulla promozione della competitività.**

Le lezioni del COVID-19 sembrano essere state dimenticate in fretta. Senza una buona salute, una società non può prosperare. Investire in salute, salute mentale e benessere ha senso da qualsiasi angolazione, inclusa quella economica, di produttività del mercato del lavoro, coesione sociale e solidarietà. Investire in azioni che affrontino il cambiamento climatico e l'inquinamento ambientale è inoltre fondamentale per la salute e un'economia sostenibile. **Gli europei si aspettano un'azione forte e decisa a livello europeo**. I nuovi leader politici della Commissione europea soddisferanno le aspettative dei suoi cittadini?

"Una popolazione sana è fondamentale per un'economia competitiva e fiorente e viceversa. Per assicurarci che questo sentimento non vada perso nel prossimo mandato del Collegio dei Commissari, chiediamo un rinnovato impegno nel promuovere la salute e ridurre le disuguaglianze sanitarie in tutte le politiche dell'UE".

Caroline Costong
Direttore, EuroHealthNet

Per creare un'Europa in cui le persone e il pianeta possano prosperare e la cui economia rimanga altamente competitiva sul mercato globale, **EuroHealthNet chiede ai Commissari nominati di :**

- Impegnarsi per una visione globale volta a realizzare un'economia [del benessere](#) nell'UE e adottare un approccio basato sulla salute in tutte le politiche dell'UE.

- Ampliare l'Unione sanitaria europea per includere equità, promozione della salute, prevenzione delle malattie e salute mentale.
- Rafforzare l'attuazione del pilastro europeo dei diritti sociali e garantire che le transizioni digitale e verde non lascino indietro le persone.

EuroHealthNet collaborerà con i membri del Parlamento europeo per **formulare domande per le audizioni**. Ciò includerà le seguenti domande preliminari per il Commissario per la Salute:

- Quali sono i vostri piani per ridurre le disuguaglianze sanitarie in Europa?
- Come prevede la piena attuazione del piano europeo di lotta contro il cancro e come accelererà misure come la revisione della direttiva UE sul tabacco?
- Cosa farete per contrastare l'aumento dei tassi di obesità, in particolare tra i bambini, e per contrastare gli ambienti alimentari sempre più malsani in cui viviamo?
- In che modo considererete la promozione della salute un investimento e non un costo e garantirete l'adeguatezza e la sostenibilità future del programma EU4Health?

EuroHealthNet è pronta a collaborare con il nuovo Collegio dei Commissari e con tutte le parti interessate per trovare soluzioni sistemiche alle sfide che ci troviamo ad affrontare oggi e fare della salute e del benessere una priorità trasversale in tutte le politiche dell'UE.

Migliorare l'equità sanitaria in Europa

Priorità per il panorama politico dell'UE 2024-2029

EuroHealthNet lancia le sue priorità per l'Unione Europea (UE) per migliorare l'equità sanitaria e il benessere in Europa entro il 2030 attraverso azioni sui determinanti della salute, ovvero le condizioni di base in cui le persone nascono, crescono, vivono, imparano, lavorano e invecchiano.

Le priorità proposte portano avanti gli obiettivi dei Trattati UE di promuovere la pace e i valori europei, vale a dire la dignità umana, la libertà, l'uguaglianza e la solidarietà, e il benessere dei suoi popoli (art. 3 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea (TFUE)). L'obiettivo dell'UE di proteggere la salute in tutte le politiche dell'UE (art. 168 del TFUE) fornisce la base giuridica per l'UE e i suoi Stati membri per accelerare l'azione politica per l'equità sanitaria, specialmente in settori tradizionalmente considerati "esclusi dalla competenza della politica sanitaria" come occupazione, istruzione, ambiente, agricoltura, commercio o economia.

"L'obiettivo di EuroHealthNet è ridurre le disuguaglianze sanitarie in Europa. C'è ancora una differenza di 9 anni nell'aspettativa di vita tra i paesi dell'UE e il divario nell'aspettativa di vita sana è ancora più grande: fino a 18 anni. Le disuguaglianze portano a disordini sociali e mancanza di fiducia nelle istituzioni. Sono principalmente il risultato delle nostre azioni politiche e di come plasmiamo le nostre società. Ridurre le disuguaglianze dovrebbe quindi essere una priorità fondamentale per l'UE."

I. La visione globale di EuroHealthNet è quella di realizzare un'economia [del benessere](#) nell'UE, che apporti benefici alle persone e al pianeta e garantisca pace, dignità umana, pari opportunità ed equità.

L'Europa affronta crisi multiple, sovrapposte e in escalation e conflitti armati, alimentati da pressioni sociali, politiche, ecologiche ed economiche. Queste crisi stanno causando l'aumento di disuguaglianze sanitarie prevenibili tra e all'interno dei paesi europei.

Risposte isolate, reazionarie e disconnesse non possono superare queste sfide complesse; richiedono una risposta comune, onnicomprensiva e visionaria. Questa risposta deve essere trasversale a tutti gli attori governativi a livello europeo e dell'UE, nonché a tutti i settori, e deve basarsi sul coinvolgimento dell'intera società.

Un'economia **del benessere** è un modello economico alternativo che ruota attorno all'investimento in tutte le persone, alla riduzione delle disuguaglianze e all'allineamento della produzione e del consumo con i limiti planetari. Si tratta di garantire che le nostre economie siano riorientate per raggiungere meglio gli

Obiettivi di sviluppo sostenibile e andare oltre, valorizzando non solo il capitale economico, ma anche quello umano, sociale, naturale e culturale in egual misura.

Tutti gli attori hanno un ruolo da svolgere nel supportare questo riorientamento. Istituzioni dell'UE, autorità degli Stati membri, società civile, comunità e cittadini, imprese sociali, aziende e aziende: tutti devono essere resi consapevoli, incoraggiati e abilitati a contribuire a questa visione. Strutture di governance dell'UE solide e trasparenti che supportino la coesistenza pacifica e soddisfino i bisogni umani fondamentali sono fondamentali, così come lo è dare potere alle persone e dare loro voce e una piattaforma.

Per garantire un'attenzione di alto livello e un coordinamento degli sforzi nell'intera Commissione europea, EuroHealthNet raccomanda la nomina di un [nuovo vicepresidente della Commissione per un'economia del benessere](#), oltre al commissario per la salute e l'alimentazione.

EuroHealthNet propone inoltre di utilizzare il [semestre europeo](#) come strumento di orientamento fondamentale per attuare la visione della Wellbeing Economy, guidata da un quadro di valutazione sociale aggiornato contenente ulteriori indicatori sociali, ambientali e di benessere e da un meccanismo di allerta sul benessere per l'azione politica.

II. Le istituzioni europee dovrebbero rafforzare e sostenere gli obiettivi sociali dell'UE e agire sul Pilastro europeo dei diritti sociali (EPSR) come strumento per raggiungere l'equità sanitaria e un'economia del benessere.

Il Pilastro **europeo dei diritti sociali**, che stabilisce i principi essenziali per costruire un'Europa più giusta, dovrebbe essere considerato un "[Pilastro per l'equità sanitaria](#)". Tutti i 20 principi e diritti costituiscono condizioni essenziali per garantire che tutti raggiungano il loro pieno potenziale per la salute e il benessere. Lavoro di qualità e adeguatamente retribuito, protezione sociale e servizi pubblici devono essere garantiti per tutti i gruppi della società, in particolare quelli che si trovano in condizioni di svantaggio.

Devono essere intraprese azioni specifiche per realizzare il **Principio 16 sull'accesso equo e conveniente a servizi sanitari tempestivi (preventivi) di buona qualità all'interno e tra gli Stati membri**.

Un approccio basato sull'economia del benessere offre un quadro complementare più ampio per l'attuazione del piano d'azione EPSR entro il 2030, guidato da una strategia anti-povertà a livello dell'UE.

Di fronte a un futuro incerto, dobbiamo promuovere convergenza, solidarietà, fiducia e resilienza in tutta Europa. Il cambiamento demografico e le transizioni digitale e verde richiedono una governance forte e visionaria e servizi pubblici adattabili per garantire che tutte le popolazioni ne traggano beneficio.

In particolare, dobbiamo garantire che **la prossima generazione tragga beneficio dai diritti sociali essenziali** in modo che possa svilupparsi in condizioni che promuovano la loro salute e il loro benessere e sviluppare competenze essenziali per ereditare un mondo in rapido cambiamento. Le misure politiche per garantire il benessere dei bambini e dei giovani in tutti i gruppi devono pertanto essere considerate prioritarie.

III. L'Unione Europea della Salute dovrebbe essere ampliata per comprendere altre priorità sanitarie

L'**Unione europea sanitaria (EHU)** è un quadro positivo per riunire misure di politica sanitaria, ma dovrebbe essere resa più olistica, incorporando **l'equità sanitaria come indicatore chiave** del progresso dell'UE.

Dovrebbe essere inclusa una maggiore attenzione al peso delle **malattie non trasmissibili e alle disuguaglianze nel loro impatto distributivo**. L'**EHU dovrebbe anche coordinare un approccio più strategico alla salute mentale in tutte le politiche dell'UE**.

L'UE dovrebbe fare maggiore uso delle scienze sociali e comportamentali, come **le analisi comportamentali e culturali** raccomandate dall'Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione mondiale della sanità, per orientare l'elaborazione delle politiche e delle pratiche.

La spinta verso una copertura sanitaria universale dovrebbe essere ampliata per includere le nuove sfide e opportunità digitali.

Un'azione più decisa sui **determinanti commerciali della salute** può ridurre gli squilibri di potere, creare condizioni di parità per le aziende, stabilire condizioni per la crescita e limitare la proliferazione di prodotti e industrie non salutari e non sostenibili.

Abbiamo bisogno che l'UE acceleri l'attuazione degli impegni nel pilastro della prevenzione del piano europeo di lotta contro il cancro, in particolare i fascicoli legislativi riguardanti alcol, fumo e alimentazione, attualmente ritardati a causa di vari interessi acquisiti.

La **crisi climatica** è una delle sfide più urgenti che affrontiamo oggi. Il suo impatto sulla salute del pianeta mette a rischio la nostra salute e la resilienza dei nostri sistemi sanitari. Questo impatto è distribuito e percepito in modo diseguale. Mentre tutti noi siamo colpiti, le persone in situazioni più vulnerabili sono particolarmente a rischio, sia per le conseguenze del cambiamento climatico sia per il fatto di essere lasciate indietro dalle soluzioni per adattarsi e mitigarlo.

Le istituzioni dell'UE devono supportare gli Stati membri nello sviluppo di ambienti di vita e di lavoro che favoriscano la salute. Quest'area richiederà investimenti finanziari significativi, che potrebbero innescare co-benefici per l'equità sanitaria, come nuove opportunità di lavoro e partnership intersettoriali.

Altri **co-benefici per la salute** dovrebbero essere esplorati e sfruttati. Le istituzioni dell'UE dovrebbero guidare e incentivare gli Stati membri a dare priorità **all'ecologizzazione del settore sanitario**.

Anche i nostri ambienti alimentari sono diventati sempre più malsani, in particolare nelle aree più povere. Le tendenze al sovrappeso e all'obesità sono in aumento, anche tra i bambini. Raggiungere **sistemi alimentari sostenibili e sani** è una priorità fondamentale per l'equità sanitaria.

EuroHealthNet esorta le istituzioni dell'UE a svolgere un ruolo guida nella creazione e nella tutela giuridica di ambienti alimentari più sani e sostenibili, anche a livello globale, creando valore per le persone e per il pianeta.

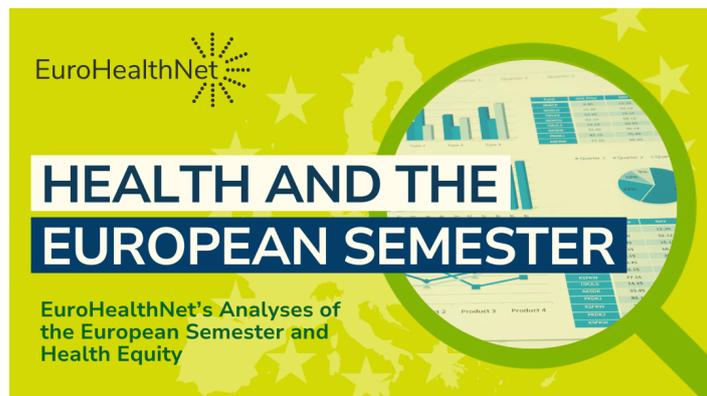
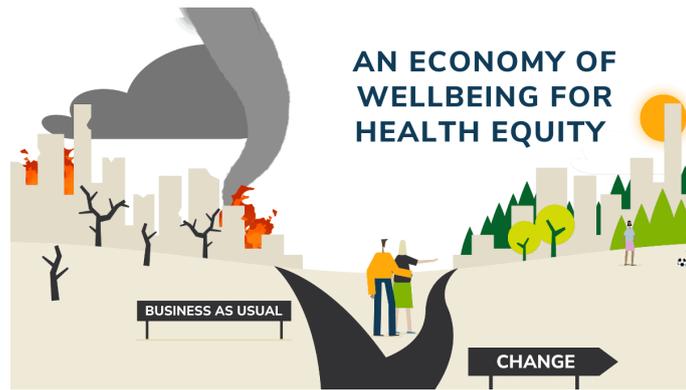
Per far sì che ciò accada, EuroHealthNet chiede che il **nuovo Commissario europeo per la Salute e l'Alimentazione riceva un portafoglio più ampio sull'alimentazione**, che comprenda aspetti quali un'alimentazione sana, ambienti alimentari e la regolamentazione del marketing e della pubblicità di alimenti non sani destinati ai bambini.

Con le elezioni europee previste per giugno 2024, e con soli 6 anni rimasti per raggiungere gli Obiettivi di sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite per il 2030, EuroHealthNet ha presentato le sue priorità politiche per il 2024-2029 per l'UE. EuroHealthNet invita le istituzioni dell'UE ad allineare i suoi obiettivi politici e i suoi sforzi sotto la bandiera di un'economia del benessere, per garantire la **salute e il benessere duraturi delle persone e del pianeta e per migliorare l'equità sociale nella salute per tutte le persone che vivono in Europa**.

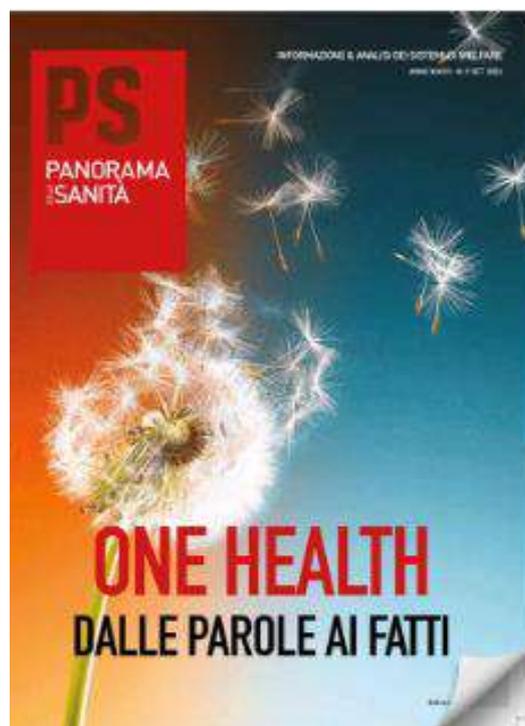
The European Pillar of Social Rights

Flashcard Tool





<https://eurohealthnet.eu/improving-health-equity-in-europe-priorities-for-the-2024-2029-policy-landscape/>



ONE HEALTH. DALLE PAROLE AI FATTI.

L’Oms lo ha ben definito: il One Health è un approccio olistico che coinvolge i settori della sanità pubblica, veterinaria, e ambientale.

E tutti lo abbiamo capito. In molti lo definiscono come l’approccio ideale per raggiungere la salute globale e vuole essere un modello sanitario basato sull’integrazione di discipline diverse e che si fonda sull’assunto che la salute umana, la salute animale e la salute dell’ecosistema siano legate indissolubilmente. E anche questo è un concetto condiviso e condivisibile.

Ma quanto profondamente, ci siamo chiesti, questo approccio si sta trasformando in un nuovo paradigma culturale? Stiamo realmente passando dal postulare, al fare?

Quanto cioè questo modello sta generando un impatto concreto su professionisti e procedure del nostro ecosistema sanitario?

Ci siamo riproposti di indagarlo, declinando il concetto One Health nelle sue principali componenti. Insomma, se il One Health è l’approccio scelto per affrontare le complesse sfide sanitarie del presente e del futuro (come pandemie, zoonosi, antimicrobico resistenza e insicurezza alimentare) siamo davvero pronti ad applicarlo?

Questo e tanto altro sul numero del mensile Panorama della sanità del mese di Settembre 2024!!

<https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox/FMfcgzQVzXdJbFwxqBGKMDMjJjqMjN>
[Gc](#)

la Repubblica

Clima, la scoperta: “L’uomo si è evoluto in un’era fredda. Al caldo non siamo abituati”

Elena Dusi

Science pubblica la più precisa ricostruzione delle temperature degli ultimi 480 milioni di anni. “Un riscaldamento rapido come quello di oggi non è mai avvenuto. Siamo in pericolo”

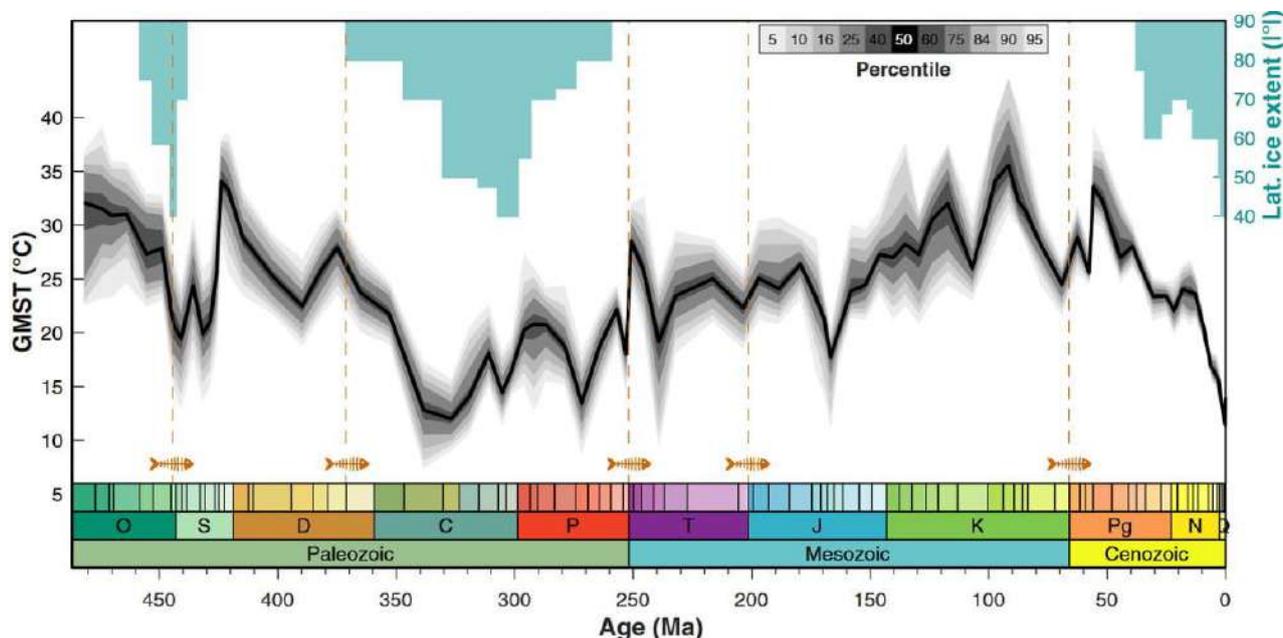
La Terra ha vissuto ere molto più calde rispetto a oggi. Rispetto ai 15 gradi attuali di temperatura media globale, ha toccato 42 gradi circa 100 milioni di anni fa. Mai però ha fatto tanto caldo durante l’esistenza dei primati e degli esseri umani. La nostra evoluzione si è sviluppata durante un’epoca fra le più gelide della storia del pianeta, iniziata 35 milioni di anni fa. La temperatura minima, raggiunta 330 milioni di anni fa, è stata di 11 gradi medi.

Siamo creature del freddo

Siamo creature del freddo: “Metterci in un clima che diventa repentinamente più caldo è pericoloso” conferma Jessica Tierney, paleoclimatologa, cioè studiosa dei climi antichi, dell’università dell’Arizona. “Gli esseri umani e le specie con cui condividiamo il pianeta si sono adattate a un clima freddo” rispetto agli standard della Terra, spiega.

Tierney e i suoi colleghi hanno appena [pubblicato](#) su *Science* la ricostruzione più precisa del clima della Terra dell’ultimo mezzo miliardo di anni. Nei 480 milioni ricostruiti in sei intensi anni di lavoro i ricercatori hanno incontrato escursioni termiche più accentuate rispetto a quello che si aspettavano: segno che il pianeta è abituato all’altalena delle temperature.

Ha navigato tra ere in cui le palme crescevano al Polo Nord ed ere in cui il ghiaccio ricopriva il 30% della superficie terrestre (oggi siamo al 10%). Mai però ha vissuto un cambiamento rapido come quello attuale. E il fatto che tutte e cinque le estinzioni di massa della storia siano avvenute in concomitanza con un mutamento repentino del clima dovrebbe essere spunto di riflessione per l'oggi.



La ricostruzione delle temperature della Terra (linea nera). In alto in azzurro l'estensione dei ghiacci. Le lische di pesce arancioni indicano le estinzioni di massa

Scrutare così lontano nel passato. Ricostruire il clima di quasi mezzo miliardi di anni fa non è un gioco. “È come dover comporre un puzzle da mille pezzi con solo una manciata di tessere in mano” spiega Emily Judd, paleoclimatologa dell’università dell’Arizona e coordinatrice dello studio, cui ha collaborato anche l’Istituto Smithsonian.

I pochi pezzi a disposizione dei ricercatori nascono da resti fossili (la palma al Polo Nord), espedienti della chimica (a seconda della temperatura la molecola dell’ossigeno assume conformazioni diverse) e capacità di ricostruire la geologia del passato (la deriva dei continenti, come se non bastassero le complicazioni, ha scompaginato la collocazione delle tessere del puzzle). Quello pubblicato da *Science* è comunque il grafico più preciso della storia climatica del pianeta nell’epoca in cui la vita si è moltiplicata, diversificata e – in alcuni casi – si è ritrovata quasi estinta.

Il messaggio per l'oggi

La lezione per l'oggi è che non si scherza col clima. E che l'andamento delle temperature sulla Terra dipende soprattutto da un'unica forza: la concentrazione di anidride carbonica nell'atmosfera. E' vero che nell'ultimo mezzo miliardo di anni l'intensità della radiazione solare, per cause astronomiche, è aumentata del 4,2%. Ma la ricostruzione dell'andamento dell'anidride carbonica e quella delle temperature sono quasi sovrapponibili. Al raddoppiare della CO₂ - gas serra per eccellenza - il pianeta si riscalda di 8 gradi. E' stata una costante della storia della Terra, secondo lo studio di oggi.

Mentre in passato queste trasformazioni sono avvenute nel corso di milioni di anni, nell'epoca attuale siamo passati da una concentrazione atmosferica di anidride carbonica di 280 parti per milione alle 422 di oggi in soli due secoli. Le prospettive per il futuro, dopo aver scrutato con tanta difficoltà nel passato, ai ricercatori appaiono chiare: “Quando l’anidride carbonica è bassa, fa freddo” è la lucida equazione di Tierney. “Quando l’anidride carbonica è alta, fa caldo”.

https://www.repubblica.it/italia/2024/09/20/news/clima_terra_caldo_temperature_pericolo-423510475/?ref=RHLF-BG-P9-S1-T1



Per un nuovo paradigma nel rapporto tra Sanità pubblica e privata per la tutela e per l'integrazione dei processi assistenziali e di cura

Per garantire la continuità di cura e di assistenza il SSN e i diversi SSR hanno bisogno non solo di finanziamenti adeguati, ma di nuovi modelli gestionali e organizzativi e di una diversa cultura dell'assistenza e della cura che veda un cambio di paradigma nel rapporto tra sanità pubblica e sanità privata.

Una quota crescente di servizi sanitari non passa più ormai dalle strutture pubbliche regionali, ma si sviluppa all'interno del sistema privato. Basti pensare al ruolo rilevante che ha assunto il privato nella diagnostica e nella stessa chirurgia (es. ortopedia, senologia, urologia, estetica), oltre che nella procreazione assistita (PMA).

Totalmente privati sono i fornitori di farmaci e di tecnologie diagnostiche (inclusi i test genetici e genomici), che costituiscono una quota sempre più rilevante della spesa sanitaria in tutti i Paesi, Italia inclusa.

La ricerca di una soluzione alla questione della governance unitaria impone alle due parti pubblica e privata di superare l'attuale modello "concorrenziale" per aprire una fase di collaborazione, che si basi sui seguenti elementi: la condivisione dei principi dell'universalismo, dell'equità, dell'appropriatezza e dell'efficacia delle cure su tutto il territorio nazionale e in ogni unità organizzativa, l'attuazione di linee guida e percorsi clinici che garantiscano la continuità assistenziale, il riconoscimento degli interessi diversi e complementari di cui sono portatrici e la piena integrazione digitale per consentire una governance generale di sistema.

La maggiore collaborazione tra realtà sanitarie private e sistema pubblico potrà portare ad un utilizzo più efficiente delle risorse e ad un miglioramento complessivo dell'assistenza sanitaria (vedi liste di attesa).

Questa scelta impone delle scelte politiche e gestionali profondamente innovative che consentano una totale interoperabilità e trasparenza dei sistemi informativi per facilitare un flusso efficiente di informazioni tra le aziende private e il sistema pubblico, la creazione di piani di trattamento integrati che coinvolgano entrambe le parti per migliorare la continuità delle cure per i pazienti, specie di quelli cronici che richiedono un monitoraggio a lungo termine, protocolli e linee guida condivise per la gestione di specifiche condizioni cliniche per garantire un approccio uniforme e coerente nell'assistenza, indipendentemente dal tipo di struttura sanitaria coinvolta, contratti e accordi chiari che definiscano i ruoli, le responsabilità, i livelli di servizio e i meccanismi di finanziamento, incentivi finanziari appropriati per promuovere la collaborazione e incoraggiare le organizzazioni private a partecipare a iniziative con il sistema pubblico e implementare sistemi di valutazione continua per monitorare l'efficacia della collaborazione e apportare eventuali

miglioramenti necessari nel tempo.

30 ottobre - Sala Atti Parlamentari, Senato – Roma

09.15/13.50

Programma

09.15

Saluti e apertura lavori

Sen.ce Daniela Sbroliini

Massimo Caruso, Segretario generale Aisdet

09.25

Il Servizio sanitario: Scenari attuali e prospettive future della collaborazione tra pubblico e privato

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

Chiara Giorgi, Associata in Storia Contemporanea Università degli studi di Roma “La Sapienza”

Francesco Petracca, Lecturer Healthcare Management Osservatorio Sanità Privata SDA Bocconi

10.10

La sanità privata nel contesto dell’ecosistema digitale della salute

Duilio Carusi, Adjunct Professor LUISS Business School e coordinatore dell'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza LUISS

10.25

Modelli regionali di collaborazione e cooperazione

Marco Cozzoli, Direttore Direzione generale Welfare Regione Lombardia

Andrea Urbani, Direttore generale Direzione generale Salute Regione Lazio

Antonio Postiglione, Direttore generale Tutela della Salute Regione Campania

11.10

L’integrazione necessaria per assicurare la continuità di cura e assistenziale

Gabriele Pellissero, Presidente AIOP

Domenico Mantoan, Direttore generale Agenas

11.40

Il territorio e i presidi di assistenza

La Farmacia dei servizi

Andrea Mandelli, Presidente FOFI

Marco Cossolo, Presidente Federfarma

12.10

Il segmento Sociosanitario e gli ambulatori territoriali

Domenico Arena, Responsabile per le RSA e il sociosanitario ARIS

Giuseppe Milanese, Presidente Confcooperative Sanità

12.40

La Spesa sanitaria privata e le assicurazioni integrative

Martina Celidoni, Economy Assistant Professor Università di Padova

12.55

Quale cambio di paradigma nel rapporto tra sanità pubblica e privata per la sostenibilità del Servizio sanitario

Americo Cicchetti, Ministero della Salute

Salvo Testa, Presidente Fondazione Mutagens

Sen.ce Annamaria Parente, già presidente Commissione Sanità del Senato

13.45

Conclusione

Informazioni e iscrizioni: segreteria@aisdet.it

Pandemia in essere e in arrivo



Il 14 agosto, l'OMS ha dichiarato il peggioramento della situazione mpox in Africa un'emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale. Esther Nakkazi riferisce.

Il 14 agosto 2024, l'OMS ha dichiarato un'emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale (PHEIC) in risposta all'ondata di casi di mpox nella Repubblica Democratica del Congo e alle segnalazioni di casi in un numero crescente di paesi africani, compresi paesi che non avevano mai segnalato casi di mpox in precedenza.

I casi di Mpox in Africa sono più che triplicati dalla precedente dichiarazione di Mpox come PHEIC nel 2022 e continuano ad aumentare rapidamente. Solo nel 2024, dal 1° gennaio al 23 agosto, sono stati segnalati 21.466 casi (3.350 confermati e 18.116 sospetti) e 591 decessi, che rappresentano un tasso di mortalità (CFR) del 2,9%, da 13 stati membri dell'Unione Africana.

Ciò rappresenta un aumento del 160% e del 19% rispettivamente nel numero di casi e decessi nel 2024 rispetto allo stesso periodo del 2023.

I movimenti e il commercio transfrontalieri stanno alimentando la diffusione di mpox in nuovi paesi che non avevano mai segnalato mpox prima.

I primi due casi confermati di mpox in Uganda si sono verificati nel distretto di Kasese vicino al confine tra Uganda e Repubblica Democratica del Congo, e il Kenya ha confermato il suo primo caso di mpox il 31 luglio al confine Taita-Taveta con la Tanzania.

Altri paesi africani che hanno segnalato mpox per la prima volta quest'anno includono Burundi, Ruanda, Gabon e Costa d'Avorio. Al 23 agosto, Sierra Leone e Malawi stavano testando i casi sospetti.

La Repubblica Democratica del Congo rappresenta il 96% di tutti i casi di mpox e il 97% di tutti i decessi segnalati nel 2024.

I bambini di età inferiore ai 15 anni nel paese rappresentano ora almeno il 60% dei casi, in contrasto con l'epidemia globale del 2022, che ha colpito in gran parte gli adulti, in particolare gli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini.

Il tasso di mortalità infantile in Africa è compreso tra il 3% e il 4%, sebbene la mortalità nei bambini sia da tre a quattro volte superiore a quella degli adulti.

Ciò è in parte attribuito agli alti tassi di malnutrizione nei bambini in Africa, che li lascia gravemente immunodepressi.

Gli esperti stanno anche osservando un'alta frequenza di casi tra le prostitute nella Repubblica Democratica del Congo, il che suggerisce fortemente la trasmissione sessuale.

"Si tratta di una nuova componente dell'epidemia che stiamo esaminando e integrando nei nostri sforzi di risposta", ha affermato Nicaise Ndembi, Chief Science e Senior Advisor degli Africa Centres for Disease Control and Prevention (Africa CDC).

Secondo l'Africa CDC, la virulenza dei cladi attualmente in circolazione sta contribuendo all'elevato tasso di mortalità. È stato storicamente dimostrato che il clade I causa una malattia più grave e ha una mortalità più elevata rispetto al clade IIb, che è stato la causa dell'epidemia globale del 2022.

La dichiarazione di PHEIC da parte dell'OMS del 14 agosto è arrivata appena un giorno dopo che l'Africa CDC ha dichiarato un'emergenza di sanità pubblica per la sicurezza continentale il 13 agosto.

Questa è stata la prima volta che l'Africa CDC ha fatto una dichiarazione del genere, una decisione presa sotto il mandato dell'Unione Africana.

È stato anche uno dei rari casi in cui lo statuto dell'Unione Africana è stato immediatamente attivato. Jean Kaseya, direttore generale dell'Africa CDC, ha affermato che "c'è spesso un ritardo nella dichiarazione ufficiale di focolai nel nostro continente e questo ostacola spesso azioni di risposta tempestive".

L'organismo regionale ha sottolineato che la dichiarazione era fondamentale per garantire una risposta efficiente e coordinata all'mpox dai suoi 55 stati membri, per la mobilitazione delle risorse nazionali e per raggiungere la comunità internazionale.

Cosa controllerà l'epidemia in Africa? Gli esperti affermano che un maggiore accesso ai test e alla sorveglianza, l'impiego di più operatori sanitari e l'accesso ai vaccini saranno cruciali per piegare la curva. Il 27 agosto, la Nigeria è diventata il primo paese africano a ricevere vaccini mpox, con 10.000 dosi donate dal governo degli Stati Uniti.

I vaccini saranno somministrati in un programma a due dosi a 5.000 persone maggiormente a rischio di mpox, inclusi i contatti stretti dei casi di mpox e gli operatori sanitari in prima linea. Nonostante abbia il numero più alto di casi di mpox al mondo, la Repubblica Democratica del Congo non aveva ancora accesso ai vaccini al 4 settembre. Sono previste ulteriori donazioni da paesi con scorte e produttori esistenti e assistenza finanziaria per la distribuzione dei vaccini.

Quali Paesi saranno considerati prioritari per l'accesso ai vaccini mpox dipenderà da quali hanno i requisiti normativi in atto per utilizzarli, ha commentato Ndembi. Al momento, solo Nigeria e Repubblica Democratica del Congo hanno questa autorizzazione in atto. Anche il frazionamento delle dosi non è un'opzione poiché i vaccini sono in uso solo in base all'autorizzazione all'uso di emergenza, quindi dovranno essere somministrate le due dosi raccomandate.

Per aumentare la capacità di test, l'Africa CDC ha chiesto un maggiore accesso ai test point-of-care. Nella Repubblica Democratica del Congo, il 40% di tutti i test mpox è concentrato a Kinshasa, la capitale, nonostante vi siano pochi casi. Il trasporto dei campioni in città è estremamente difficile e non consente una diagnosi tempestiva. "Facciamo molto affidamento sui test PCR, che sono limitati perché sono centralizzati. Dobbiamo implementare i test antigenici e point-of-care in modo da non dipendere esclusivamente da strutture centralizzate", ha affermato Ndembi.

[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(24\)00592-9/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(24)00592-9/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

CORRISPONDENZA - [Online prima](#), del 9 settembre 2024

Un appello alla solidarietà globale e all'azione rapida per controllare l'MPOX

[Jean B Nachega](#)^{a, b, c} [Jean-Jacques Muyembe-Tamfum](#)^m [Francine Ntoumi](#)^{e, f} [Placide Mbala-Kingebeni](#)^g [Alimuddin Zumla](#)^h

La dichiarazione dell'MPOX come Emergenza di Sanità Pubblica di Interesse Internazionale (PHEIC) da parte dell'OMS del 14 agosto 2024 evidenzia un preoccupante schema di ripetuti fallimenti nella risposta globale agli agenti patogeni inclini alle epidemie.¹

Questa dichiarazione segna la seconda PHEIC per MPOX dal 2022, sottolineando le attuali disuguaglianze vaccinali e le lacune sostanziali nella nostra comprensione dell'epidemiologia, della trasmissione, della patogenesi e delle strategie di controllo dell'MPOX.

Nella Repubblica Democratica del Congo, epicentro dell'epidemia, i resoconti dell'anno scorso hanno lanciato l'allarme sul virus del vaiolo delle scimmie, più letale, clade I, che ha un tasso di mortalità (CFR) fino al 10% rispetto a meno del 3% per il clade II.²

Dal 1° gennaio al 12 novembre 2023, si sono verificati 12.569 casi sospetti di mpox e 581 decessi (CFR 4,6%) di clade I, segnando il conteggio annuale di casi più alto mai registrato.³

Sono emersi nuovi casi anche in regioni che non avevano precedentemente segnalato mpox.

Da notare che tra settembre 2023 e gennaio 2024, il Mpox Research Consortium ha documentato un'epidemia di 241 casi sospetti di mpox di clade I a Kamituga, una città mineraria d'oro nella Repubblica Democratica del Congo orientale.⁴

Dei 108 casi mpox-positivi confermati tramite PCR, l'età media degli individui era di 22 anni, il 51,9% erano donne e il 29% erano prostitute, il che suggerisce un ruolo per la trasmissione sessuale.⁴

Le analisi genomiche hanno identificato mutazioni di tipo APOBEC3, che indicano una trasmissione da uomo a uomo, con questa nuova variante denominata clade Ib.⁴

La diffusione di casi di clade I dalla Repubblica Democratica del Congo all'Uganda, al Ruanda, al Kenya, al Burundi e persino alla Svezia nelle ultime settimane evidenzia la crescente minaccia globale.

La rapida risposta internazionale all'epidemia di mpox di clade II del 2022, che ha colpito principalmente uomini che hanno rapporti sessuali con uomini (CFR <0,2%) in altri paesi del mondo, contrasta nettamente con la continua negligenza dell'mpox nelle regioni endemiche.⁵

L'accesso ai vaccini contro il vaiolo e ai farmaci antivirali per uso compassionevole è una sfida sostanziale in Africa. I ritardi normativi dell'OMS hanno rallentato la distribuzione del vaccino nei paesi duramente colpiti come la Repubblica Democratica del Congo,⁶ che ha ricevuto 99.100 dosi del vaccino MVA-BN il 5 settembre, seguite da altre 100.900 dosi il 7 settembre, per un totale di 200.000 dosi, ben al di sotto dei 10 milioni necessari per controllare la sua epidemia di mpox.

Questo traguardo è stato raggiunto attraverso una partnership tra i Centri africani per il controllo e la prevenzione delle malattie, l'Autorità per la preparazione e la risposta alle emergenze sanitarie dell'UE e Bavarian Nordic.

L'OMS non ha approvato il vaccino MVA-BN per l'mpox, citando dati di efficacia insufficienti nonostante la sua comprovata efficacia durante l'epidemia di clade II del 2022, né ha rilasciato una licenza per uso di emergenza, che richiede una dichiarazione PHEIC.⁶

Queste approvazioni sono essenziali per l'UNICEF e Gavi, la Vaccine Alliance, per acquistare e distribuire i vaccini mpox.⁶

Inoltre, i risultati preliminari dello studio PALM007 nella Repubblica Democratica del Congo finanziato dal National Institutes of Health e dal National Institute of Allergy and Infectious Diseases hanno indicato che il

farmaco antivirale tecovirimat non ha raggiunto il suo endpoint primario di efficacia, sottolineando l'urgente necessità di nuovi studi farmacologici per guidare le strategie di trattamento. ²

In conclusione, la dichiarazione PHEIC dell'OMS deve catalizzare un rinnovato sforzo globale per controllare l'mpox.

Questo sforzo dovrebbe includere misure immediate per contenere l'attuale epidemia, investimenti a lungo termine nella ricerca, sfruttando i centri di produzione di vaccini mRNA post-COVID-19 in Africa e garantendo un accesso equo alla diagnostica, ai vaccini e alle terapie dell'mpox. ⁵

Le nazioni africane devono guidare questa risposta, con solidarietà e supporto globali cruciali per costruire sistemi sostenibili in grado di prevenire future epidemie. ⁵

Il mondo sarà al sicuro dall'mpox solo se sarà controllato nei paesi endemici.

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)01824-5/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)01824-5/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

THE LANCET
Global Health

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

VIEWPOINT · Online prima, 10 settembre 2024 · Accesso Libero

Migliorare il controllo dell'epidemia del virus Ebola attraverso la profilassi post-esposizione mirata

Elin Hoffmann Dahl, MD ^{a, b, c}, Prof. Placide Mbala, PhD ^c, Sylvain Juchet, dottore in farmacia ^d, dottore in farmacia ^e, Prof. Abdoulaye Touré, PhD ^f, Alice Montoyo, dottoressa in farmacia ^g, dottoressa in farmacia ^h, Beatrice Serra, MPH ^{d, e}, e altri [Mostra altro](#)

Riepilogo

La malattia da virus Ebola uccide più della metà delle persone infette. Poiché la malattia si trasmette tramite stretto contatto umano, è possibile identificare gli individui a più alto rischio di sviluppare la malattia sulla base del tipo di contatto (correlato all'esposizione virale). Diversi candidati per la profilassi post-esposizione (PEP; vale a dire vaccini, antivirali e anticorpi monoclonali) hanno ciascuno i loro specifici benefici e limiti, che discutiamo in questo Viewpoint. È stato scoperto che gli anticorpi monoclonali approvati riducono la mortalità nelle persone con la malattia da virus Ebola. Poiché gli anticorpi monoclonali agiscono rapidamente prendendo di mira direttamente il virus, sono candidati promettenti per la PEP mirata nei contatti ad alto rischio di sviluppare la malattia. Questo intervento potrebbe salvare vite, fermare la trasmissione virale e, in definitiva, aiutare a ridurre la propagazione dell'epidemia. Esploreremo come un'integrazione strategica di anticorpi monoclonali e vaccini come PEP potrebbe fornire una protezione immediata e a lungo termine contro la malattia da virus Ebola, evidenziando la ricerca clinica in corso che mira a perfezionare questo approccio e discutiamo il potenziale trasformativo di una strategia PEP di successo per aiutare a controllare le epidemie di febbre emorragica virale.

Introduzione

La malattia da virus Ebola è nota per i suoi alti tassi di mortalità. Oltre ai familiari stretti e agli operatori sanitari, gli operatori sanitari sono particolarmente vulnerabili alle infezioni all'inizio delle epidemie, poiché si prendono cura di individui malati prima che la causa della loro malattia sia nota. Le epidemie più grandi hanno decimato la forza lavoro sanitaria locale, ostacolando interi sistemi sanitari e portando a un aumento della mortalità tra altri gruppi di pazienti. Nonostante la scoperta di nuove contromisure mediche, il tasso di

mortalità complessivo durante le epidemie nella Repubblica Democratica del Congo nel 2020-22 è rimasto elevato.¹

Delle sei specie identificate nel genere *Orthoebolavirus*, il virus Ebola (*Orthoebolavirus zairensis*; precedentemente Zaire ebolavirus) è stato responsabile della maggior parte delle epidemie di *Orthoebolavirus*, tra cui la grande epidemia dell'Africa occidentale,² e le contromisure disponibili sono dirette contro questa specie.^{3,4} I due vaccini disponibili seguono strategie diverse. rVSV-ZEBOV (Ervebo, Merck, Rahway, NJ, USA) viene somministrato ai contatti e ai contatti dei contatti, un metodo noto come vaccinazione ad anello, durante le epidemie di malattia da virus Ebola, mentre il regime vaccinale a due dosi con Ad26.ZEBOV e MVA-BN-Filo (Johnson & Johnson, New Brunswick, NJ, USA) è proposto per l'uso al di fuori delle zone in cui è in corso un'epidemia. I due trattamenti immunomediati, mAb114 (ansuvimab, Ridgeback Biotherapeutics, Miami, FL, USA) e REGN-EB3 (atoltivimab–maftivimab–odesivimab, Regeneron Pharmaceuticals, Tarrytown, NY, USA), sono attualmente utilizzati principalmente per il trattamento della malattia sintomatica da virus Ebola. Nessun trattamento antivirale o agente orale si è dimostrato adeguato contro la malattia da virus Ebola.

Poiché il virus Ebola è mantenuto in natura nei serbatoi animali,⁵ la malattia non può essere eradicata con gli interventi attuali, può riemergere in qualsiasi momento e rappresenta una minaccia continua per la salute pubblica. Studi di sequenziamento di nuova generazione hanno svelato focolai secondari attribuiti a ricadute virali in un individuo precedentemente convalescente⁶ e alla disseminazione virale da serbatoi duraturi all'interno di siti immunoprivilegiati in un individuo sopravvissuto anni dopo la sua infezione iniziale.⁷ Dopo la trasmissione per traboccamento dai serbatoi animali alla popolazione umana, si verifica un'ulteriore diffusione attraverso il contatto tra esseri umani. L'esposizione a fluidi corporei come sangue, vomito e feci diarroiche presenta un elevato rischio di trasmissione. I tassi di attacco secondario della malattia da virus Ebola variano dall'8% all'83% a seconda del tipo di contatto (correlato all'esposizione virale)⁸ e sono stati stimati al 48% quando viene fornita assistenza infermieristica.⁹ Di conseguenza, il follow-up e il monitoraggio dei contatti sono un pilastro importante nella risposta alle epidemie di malattia da virus Ebola. Individuare gli individui a più alto rischio di sviluppare la malattia e indirizzare gli interventi specificamente verso di loro può avere un impatto notevole sulla trasmissione.

La malattia da virus Ebola è classificata dall'OMS come una malattia con potenziale pandemico.¹⁰ Ampliare i nostri strumenti per gestire e limitare la diffusione di tali malattie è fondamentale non solo per le regioni colpite, ma per la comunità globale in generale. Non esiste una strategia completa di profilassi post-esposizione (PEP) per tutti gli individui esposti per la malattia da virus Ebola. Invece, sebbene non sia intesa a questo scopo, l'attuale strategia di vaccinazione ad anello per la malattia da virus Ebola porta all'uso di vaccini come PEP nei contatti ad alto rischio di sviluppare la malattia durante le epidemie di malattia da virus Ebola. Tuttavia, questa strategia non fornisce una protezione sufficiente per gli individui che sono a più alto rischio di ammalarsi successivamente.

I candidati più avanzati per la PEP per la malattia da virus Ebola sono due anticorpi monoclonali approvati dalla Food and Drug Administration (FDA) statunitense. Questi farmaci sono raccomandati come PEP per i neonati nati da madri positive alla malattia da virus Ebola¹¹ e vengono somministrati agli operatori sanitari caso per caso secondo le linee guida degli esperti dell'OMS del 2018.¹² Tuttavia, la scarsa fornitura di anticorpi monoclonali ha giustificato una salvaguardia del loro uso e ne ha limitato l'uso oltre il trattamento nella popolazione generale. Se vengono applicate le definizioni esistenti di esposizione ad alto rischio, la selezione precisa delle persone idonee per la PEP è difficile, portando a un giustificato timore di sprecare dosi scarse di anticorpi monoclonali su persone che hanno meno probabilità di trarne beneficio. Tuttavia, sollecitiamo che un'espansione di questo uso venga ulteriormente esplorata mentre vengono sviluppati altri agenti preventivi. Se gli anticorpi monoclonali si dimostrassero efficaci come PEP, potrebbero fermare la trasmissione successiva, riducendo così la propagazione dell'epidemia.

Nelle sezioni seguenti discuteremo i punti di forza e di debolezza degli anticorpi monoclonali e di altri candidati per PEP, evidenziando perché crediamo che espandere l'accesso agli anticorpi monoclonali sia

fondamentale. Questo Viewpoint delinea il background per i nostri due studi clinici pianificati (IMOVA ed EBO-PEP), che saranno anche descritti in dettaglio nelle sezioni successive.

PEP: panoramica dei candidati rilevanti

Il principio della PEP nella malattia da virus Ebola è di intervenire dopo l'esposizione ma entro il periodo di incubazione asintomatico di 2-21 giorni in cui un individuo non è né malato né in grado di trasmettere il virus ad altri. ¹³ L'obiettivo primario di questo intervento è prevenire lo sviluppo della malattia. Questo approccio non solo avvantaggia gli individui che altrimenti si sarebbero ammalati direttamente, ma anche, interrompendo la fase infettiva, potenzialmente interrompe la trasmissione successiva, aiutando nel contenimento dell'epidemia. ³

L'OMS sottolinea la necessità di sviluppare una strategia PEP efficace nella sua tabella di marcia Strategic Research Agenda for Filovirus Research and Monitoring (WHO-AFIRM) per il 2021-31. ¹⁴ Tuttavia, ad eccezione dei neonati di età compresa tra 0 e 7 giorni con stati di malattia da virus Ebola non confermati che sono nati da madri con malattia da virus Ebola confermata, le attuali linee guida dell'OMS non raccomandano alcuna terapia come PEP. ¹¹ Sebbene non sia il suo obiettivo primario, dopo l'implementazione della strategia di vaccinazione ad anello nel 2019, alcuni individui hanno ricevuto inavvertitamente il vaccino come PEP perché il vaccino viene somministrato ai contatti indipendentemente dal loro livello di rischio di esposizione. A nostro avviso, questo intervento non è sufficientemente efficace per soddisfare l'obiettivo primario della PEP e una strategia PEP mirata con terapie specifiche dovrebbe essere offerta ai contatti ad alto rischio di sviluppare la malattia al posto della vaccinazione o in aggiunta a essa ([figura](#)).

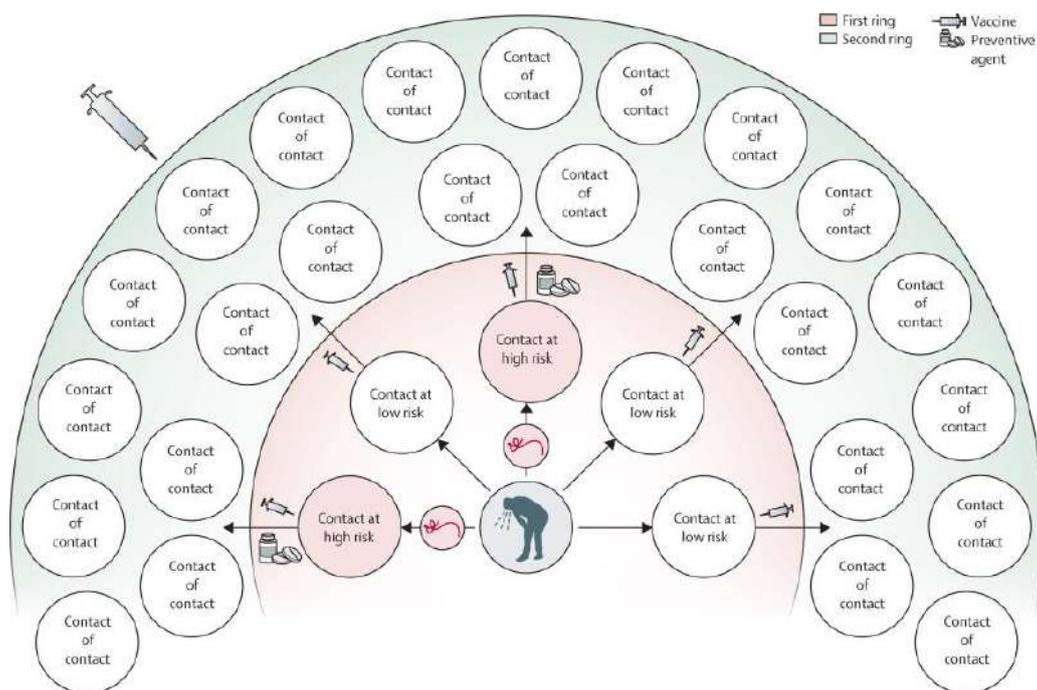


Figura Proposta di strategia differenziata di profilassi post-esposizione per la malattia da virus Ebola a seconda del livello di esposizione

Un candidato PEP ideale sarebbe somministrato come dose orale singola per facilitare la somministrazione al di fuori degli ambienti sanitari; non avrebbe bisogno di una catena del freddo per la fornitura e lo stoccaggio; e avrebbe già dimostrato la sua efficacia contro la malattia da virus Ebola nella ricerca clinica. Inoltre, non dovrebbe interferire con lo sviluppo di anticorpi del vaccino se somministrato contemporaneamente al vaccino, non dovrebbe causare effetti collaterali che potrebbero essere scambiati per sintomi della malattia da virus Ebola e avere un costo basso. Sfortunatamente, non esiste un candidato del genere.

Invece, ci sono tre potenziali categorie di candidati che potrebbero essere utilizzate come PEP: vaccini, anticorpi monoclonali e antivirali, ognuno con i suoi specifici benefici e limiti.

Vaccini: risposta ritardata

L'efficacia del vaccino rVSV-ZEBOV nella prevenzione della malattia quando somministrato come profilassi pre-esposizione è stata dimostrata in studi clinici.¹⁵ Come previsto per i vaccini, c'è un periodo intermedio senza protezione prima di una risposta anticorpale efficace. Sono disponibili solo stime per stabilire una quantità sufficiente di anticorpi necessari per prevenire la malattia,¹⁶ ma in un modello di primati non umani, c'è una chiara correlazione tra la capacità del vaccino di prevenire la malattia e la presenza di anticorpi.¹⁷ Nello studio Partnership for Research on Ebola Vaccination,¹⁸ che ha valutato le risposte immunitarie di tre regimi vaccinali contro il virus Ebola, il 2% di 560 partecipanti che hanno ricevuto il vaccino rVSV-ZEBOV ha avuto una risposta anticorpale al giorno 7 e il 44% di 561 partecipanti che hanno ricevuto il vaccino ha avuto una risposta anticorpale al giorno 14.¹⁸

La risposta anticorpale ritardata solleva importanti preoccupazioni riguardo al potenziale dei vaccini da soli come PEP. Studi precedenti sulla vaccinazione rVSV-EBOV come PEP nei macachi non hanno dimostrato efficacia nella prevenzione delle malattie, poiché tutti gli animali vaccinati hanno sviluppato sintomi clinici. Inoltre, i risultati di sopravvivenza dopo le vaccinazioni PEP erano incoerenti, con tassi di sopravvivenza che variavano da uno (17%)¹⁹ su sei individui a quattro (50%) su otto individui.²⁰

Nel primo studio in assoluto del vaccino rVSV-ZEBOV sugli esseri umani,¹⁵ la valutazione di tutti i cluster da parte dello studio Ebola ça Suffit ha mostrato che, a 10 giorni o più dalla randomizzazione, non c'erano casi di malattia da virus Ebola tra i contatti immediatamente vaccinati e i contatti di contatti a seguito di un modello di vaccinazione ad anello. 20 dei 21 casi di malattia da virus Ebola verificatisi prima del giorno 10 dopo la vaccinazione si sono verificati in individui che erano stati definiti come contatti ad alto rischio di sviluppare la malattia (seguendo la definizione di lavoro del 2018; [tabella 1](#)), dimostrando che la vaccinazione non fornisce una protezione adeguata contro lo sviluppo della malattia in questo gruppo.¹⁵

Definizione (2018) ^{12*}	Definizione operativa (Repubblica Democratica del Congo) (2021) [†]	Definizione dell'Istituto nazionale di ricerca biomedica del Proposta di nuova definizione di lavoro
Contatto con la pelle rotta o con le mucose di un individuo affetto da virus Ebola (vivo o deceduto) o diarrea, vomito o con i suoi fluidi corporei; sanguinamento oppure una ferita da taglio bagnato); oppure esposizione dispositivo usato ad alto rischio	Trasportare o baciare un individuo vivo affetto da virus Ebola (vivo o deceduto) o diarrea, vomito o con i suoi fluidi corporei; sanguinamento (paziente contatto diretto con il cadavere di Ebola confermata o probabile); oppure trasportare, un individuo con malattia da virus Ebola confermata	Contatto diretto con un individuo con malattia da virus Ebola da confermata con diarrea, vomito o emorragia esterna (sintomi umidi) o con i suoi fluidi corporei; (paziente contatto diretto con il cadavere di Ebola confermata o probabile); o da un individuo affetto da malattia da virus Ebola nato o allattato al seno da un individuo con malattia da virus Ebola

Tabella 1

Precedenti definizioni operative di esposizione ad alto rischio al virus Ebola e nuova definizione proposta

Da queste scoperte, il design del trial di vaccinazione ad anello è stato estrapolato a un contesto di vita reale, in cui rVSV-ZEBOV è stato somministrato ai contatti e ai contatti dei contatti durante le epidemie successive. Durante la decima epidemia di malattia da virus Ebola nella Repubblica Democratica del Congo dal 2018 al 2020, l'OMS ha stimato che l'efficacia del vaccino ha raggiunto il 97,5% (95% CI 92,4–99,1) per gli individui vaccinati più di 10 giorni prima dell'insorgenza dei sintomi. Non sorprende che la maggior parte (54 [76,5%]

di 71) dei casi segnalati in individui vaccinati si sia verificata in contatti ad alto rischio di sviluppare la malattia. ²²

Nello stesso focolaio, circa un terzo delle persone con malattia da virus Ebola ricoverate in un centro di cura per l'Ebola avevano precedentemente ricevuto il vaccino rVSV-ZEBOV. ²³⁻²⁵ Rassicurante è il fatto che un'analisi retrospettiva di 2279 pazienti che si basava su dati di vaccinazione auto-riportati (con il 37% di stato vaccinale mancante) abbia mostrato che la precedente somministrazione del vaccino rVSV-ZEBOV era correlata a tassi di mortalità più bassi tra le persone con malattia da virus Ebola confermata. ²³ Lo studio ha rivelato un tasso di mortalità notevolmente ridotto del 27% (27 su 99 casi, rischio relativo aggiustato 0,56, IC al 95% 0,36–0,82; $p=0,0046$) tra gli individui vaccinati entro 2 giorni prima dell'insorgenza dei sintomi (vale a dire, vaccinazione post-esposizione) rispetto a un tasso del 56% tra le loro controparti non vaccinate (570 [56%] su 1015; $p<0,0001$). L'associazione tra vaccinazione e riduzione della mortalità persisteva dopo l'aggiustamento per età, sesso e uso di trattamenti specifici come gli anticorpi monoclonali. In particolare, la vaccinazione era collegata a carichi virali inferiori (con valori soglia del ciclo come proxy), un fattore di rischio riconosciuto inversamente correlato ai tassi di mortalità, a supporto di precedenti prove di attivazione vaccinale dell'immunità innata, che potrebbe limitare la replicazione del virus prima dello sviluppo di anticorpi. ²⁶

La scoperta che la vaccinazione come PEP potrebbe ridurre la mortalità se l'individuo vaccinato si ammala è molto gradita e sostiene che la vaccinazione faccia parte della strategia per mitigare la malattia nei contatti. Tuttavia, un tasso di mortalità residuo fino al 27% sottolinea l'importanza di una strategia per prevenire lo sviluppo della malattia in primo luogo.

Anticorpi monoclonali: incertezze residue

Gli anticorpi monoclonali sono considerati un candidato promettente per la PEP della malattia da virus Ebola grazie alla loro rapida inibizione dell'ingresso del virus nelle cellule ospiti, al rapido effetto sul virus stesso, alla facilità di somministrazione (come singola infusione endovenosa) e alla buona tollerabilità. Negli studi sugli animali che hanno portato alle sperimentazioni sull'uomo di mAb114 come trattamento per la malattia da virus Ebola, il farmaco ha mostrato un'efficacia del 100% (N=3) quando somministrato fino a 5 giorni dopo l'esposizione al virus. ²⁷ Nel modello di macaco rhesus non umano della malattia da virus Ebola, i primi segni osservabili di malattia si presentano solitamente il 5° giorno dopo l'esposizione. ²⁸ Quindi, la somministrazione di un terapeutico prima di questo punto temporale sarebbe descritta correttamente come PEP.

Da allora, gli anticorpi monoclonali mAb114 e REGN-EB3 hanno dimostrato un'efficacia maggiore nel ridurre il tasso di mortalità nelle persone affette da malattia da virus Ebola rispetto all'anticorpo monoclonale triplo ZMapp, costituendo il gruppo di controllo nello studio PALM. ²⁵ Lo studio è stato condotto durante la decima epidemia di malattia da virus Ebola nella Repubblica Democratica del Congo, con decessi a 28 giorni dalla randomizzazione verificatisi nel 35,1% degli individui colpiti nel gruppo mAb114, nel 33,5% degli individui colpiti nel gruppo REGN-EB3 e nel 49,7% degli individui nel gruppo ZMapp. ²⁵ Inoltre, lo studio PALM ha mostrato un chiaro beneficio nella somministrazione tempestiva del trattamento, poiché le probabilità di decesso aumentavano dell'11% per ogni giorno dopo l'insorgenza dei sintomi in cui gli individui non si presentavano al centro di trattamento. ²⁵ In seguito allo studio PALM, mAb114 e REGN-EB3 sono stati approvati dalla FDA per il trattamento della malattia da virus Ebola causata dal virus Ebola negli adulti e nei bambini.

Parallelamente, durante il decimo focolaio di malattia da virus Ebola nella Repubblica Democratica del Congo, è stata studiata la fattibilità di utilizzare questi due anticorpi monoclonali come PEP nei contatti ad alto rischio di sviluppare la malattia. In uno studio di caso, ²⁹ 23 contatti non vaccinati ad alto rischio hanno ricevuto anticorpi monoclonali (21 hanno ricevuto mAb114 e due hanno ricevuto REGN-EB3) dopo un ritardo mediano di 1 giorno tra il contatto e la ricezione di PEP. Sebbene sia inevitabilmente difficile confermare se questi individui stessero incubando o meno il virus, il 14° giorno dopo la somministrazione di PEP, tutti erano privi di sintomi e sono risultati negativi al test PCR. ²⁹

Presi insieme, i dati disponibili forniscono un supporto convincente all'uso di anticorpi monoclonali come PEP. Tuttavia, l'efficacia degli anticorpi monoclonali come PEP contro la malattia da virus Ebola non è stata ancora dimostrata in studi clinici prospettici. Di conseguenza, ipotizziamo che, quando usati come PEP dopo un contatto ad alto rischio con un individuo con malattia da virus Ebola, gli anticorpi monoclonali forniscano una protezione migliore rispetto all'attuale strategia di vaccinazione universale dei contatti con rVSV-ZEBOV indipendentemente dal loro potenziale livello di esposizione. Per indagare questa ipotesi, l'efficacia degli anticorpi monoclonali come PEP nei contatti ad alto rischio di sviluppare la malattia sarà confrontata con l'attuale pratica vaccinale in uno studio randomizzato controllato (studio EBO-PEP) in future epidemie di malattia da virus Ebola in Africa. Il progetto EBO-PEP ha ricevuto di recente finanziamenti tramite il bando di finanziamento 2023 European and Developing Countries Clinical Trials Partnership, con la sponsorizzazione dell'Agenzia nazionale francese per la ricerca su HIV/AIDS, epatite virale, tubercolosi, infezioni sessualmente trasmissibili e malattie infettive emergenti, e il protocollo dello studio è attualmente in fase di sviluppo. Diversi stakeholder, tra cui l'OMS, hanno richiesto studi per fornire questa prova chiave sulla strategia PEP. [4,21](#)

Se ha successo, una strategia PEP basata sulle prove ha il potenziale per essere rivoluzionaria non solo per la malattia causata dal virus Ebola, ma anche per la malattia causata dal virus Sudan e dal virus Bundibugyo, oltre ad altre febbri emorragiche virali come la malattia da virus Marburg, per la quale non sono state approvate contromisure mediche specifiche per la malattia negli esseri umani, ma per la quale diversi anticorpi monoclonali hanno mostrato risultati promettenti negli studi sugli animali. [30,31](#) Per questi virus, lo sviluppo di vaccini è stato impegnativo, in parte a causa di precedenti epidemie di dimensioni più ridotte. [32](#) Un anticorpo monoclonale efficace potrebbe potenzialmente essere utilizzato come immunizzazione passiva a breve termine, PEP e trattamento contro la malattia.

Sebbene gli anticorpi monoclonali siano buoni candidati per la PEP, non forniscono un'immunità prolungata. Pertanto, restano dubbi su come gli anticorpi monoclonali possano essere utilizzati in modo più efficace insieme a una strategia di vaccinazione. L'emivita media degli anticorpi monoclonali convalidati è di circa 25 giorni. [33,34](#) È quindi fondamentale sviluppare una strategia che combini anticorpi monoclonali per una protezione immediata contro un'esposizione recente con la vaccinazione per una protezione a lungo termine contro una potenziale esposizione futura. Questa strategia è particolarmente rilevante durante epidemie prolungate e in aree ripetutamente colpite. Tra questi due obiettivi, la chiara priorità deve essere innanzitutto quella di evitare la morte qui e ora, prima di fornire una protezione a lungo termine contro una futura minaccia ipotetica.

Esistono tre possibili approcci per combinare la vaccinazione con la somministrazione di anticorpi monoclonali come PEP ([tabella 2](#)). Per valutare questi tre approcci alternativi, il prossimo studio IMOVA ([NCT05202288](#)) confronterà le risposte immunitarie indotte da rVSV-ZEBOV in volontari sani che ricevono solo il vaccino, una combinazione del vaccino e di un anticorpo monoclonale simultaneamente, o una combinazione di un anticorpo monoclonale e del vaccino con diversi periodi di ritardo. Questo approccio consentirà la valutazione delle potenziali interazioni tra anticorpi monoclonali e vaccinazione.

Approccio	Vantaggio	Svantaggio
<p>Vaccinare con rVSV-ZEBOV, del trattamento con anticorpi esposti poiché la prevenzione attendere che il vettore si replichi monoclonali e potrebbe della malattia potrebbe essere (cioè, per 2-3 giorni), quindi persino fornire un effetto compromessa ritardando la</p> <p>Opzione somministrare monoclonale</p> <p>1</p>	<p>Potenziale effetto sinergico: la somministrazione recente di rVSV-ZEBOV (vale a dire, 1 Nessuna protezione immediata: giorno prima o meno di 2 questa strategia potrebbe giorni dopo i sintomi) non compromettere la protezione sembra diminuire l'efficacia immediata degli individui</p> <p>l'anticorpo sinergico che porta ad una somministrazione di anticorpi maggiore sopravvivenza 23,35 monoclonali 25</p>	<p>1 Nessuna protezione immediata: giorno prima o meno di 2 questa strategia potrebbe giorni dopo i sintomi) non compromettere la protezione sembra diminuire l'efficacia immediata degli individui</p>

Approccio	Vantaggio	Svantaggio
Opzione 2 Somministrare contemporaneamente il vaccino e l'anticorpo monoclonale	Maggiore fattibilità operativa: replicazione del rVSV-ZEBOV, questa strategia riduce il rischio di perdita al follow-up lungo termine del vaccino prima della somministrazione del vaccino	Potenziata riduzione della protezione a lungo termine: poiché gli anticorpi monoclonali esistenti e il vaccino rVSV-ZEBOV condividono lo stesso bersaglio virale e il rVSV-ZEBOV è un vaccino replicativo, gli anticorpi monoclonali potrebbero plausibilmente impedire la replicazione del rVSV-ZEBOV, questa strategia aumenta il rischio di perdita al follow-up prima della somministrazione del vaccino futura ^{3,4,21,36}
Opzione 3 Somministrare l'anticorpo monoclonale, quindi ritardare la vaccinazione fino a quando la concentrazione residua di anticorpi monoclonali non sia sufficientemente bassa da evitare la potenziale replicazione di rVSV-ZEBOV; potrebbe anche essere preso in considerazione un regime di dose di richiamo	Protezione immediata: poiché gli anticorpi monoclonali conferirebbero protezione prima che si sviluppi una notevole immunità vaccinale, prima della somministrazione la finestra di vulnerabilità del vaccino potrebbe essere ridotta	Ridotta fattibilità operativa: questa strategia aumenta il rischio di perdita al follow-up prima della somministrazione del vaccino

Tabella 2

Descrizione delle strategie alternative proposte per combinare vaccinazione e anticorpi monoclonali per ottimizzare la protezione a breve e lungo termine contro la malattia da virus Ebola

Sfortunatamente, nella preparazione degli studi IMOVA ed EBO-PEP, stiamo sperimentando in prima persona la sfida di accedere ad anticorpi monoclonali ([pannello](#)). Nessuna delle due aziende, Regeneron Pharmaceuticals (REGN-EB3) e Ridgeback Biotherapeutics (mAb114), né il governo degli Stati Uniti sembrano avere scorte esistenti disponibili per la ricerca su PEP. Di conseguenza, la sperimentazione IMOVA è stata ritardata e temiamo che la sperimentazione EBO-PEP sarà impossibile da condurre.

Pannello

Difficoltà nell'accesso agli anticorpi monoclonali

In seguito all'approvazione da parte della Food and Drug Administration statunitense di due anticorpi monoclonali per la malattia da virus Ebola (mAb114 e REGN-EB3) nel 2020, l'uso reale di questi trattamenti è stato insufficiente durante le epidemie. Data la gravità della malattia e il potenziale beneficio di questi farmaci, il tasso di trattamento in centro con anticorpi monoclonali dovrebbe idealmente mirare a raggiungere il 100% per i casi confermati. Tuttavia, durante le cinque epidemie nella Repubblica Democratica del Congo e in Guinea tra il 2020 e il 2022, solo 32 (41%) delle 78 persone con malattia da virus Ebola arrivate nei centri per la malattia da virus Ebola hanno ricevuto il trattamento con mAb114 o REGN-EB3.³

Sono diverse le ragioni di questo basso tasso di copertura del trattamento, tra cui problemi logistici per garantire l'accesso in aree remote,³⁷ anticorpi monoclonali specifici per la malattia da virus Ebola non registrati in nessun paese endemico, l'elevato prezzo stimato per la produzione e la fornitura di anticorpi monoclonali e la scarsa disponibilità di prodotti a causa delle basse scorte.^{38,39} Attualmente, questi

trattamenti sono accessibili solo tramite donazioni da parte delle due aziende farmaceutiche o tramite le scorte del governo degli Stati Uniti, detenute dalla US Biomedical Advanced Research and Development Authority.

L'OMS ha segnalato un interesse nel mantenere una scorta terapeutica per la malattia da virus Ebola insieme alla scorta di vaccino per la malattia da virus Ebola esistente. Tuttavia, la scarsa fornitura globale e il prezzo elevato stimato dei prodotti ostacoleranno probabilmente gli sforzi per mantenere una scorta di dimensioni sufficienti. Di conseguenza, l'OMS ha espresso preoccupazione per l'accesso alle terapie raccomandate nella sua linea guida sulle terapie per la malattia da virus Ebola.⁴¹ Una piccola scorta impedirà anche l'ampliamento delle indicazioni per includere la profilassi post-esposizione (PEP) e piuttosto costringerà alla necessità di dare rigorosamente la priorità ai farmaci per il trattamento. Pertanto prevediamo che, se si dimostrasse efficace come PEP, l'accesso agli anticorpi monoclonali per la malattia da virus Ebola potrebbe diventare ancora più difficile, esacerbando le disuguaglianze su come e dove saranno implementate le future raccomandazioni delle linee guida mediche.

Le risposte alle epidemie di virus Ebola sono inevitabilmente costose. Si stima che la risposta alla decima epidemia di virus Ebola nella Repubblica Democratica del Congo abbia ricevuto 1 miliardo di dollari dalla comunità internazionale nel suo periodo di 2 anni.⁴⁰ Incanalare parte di questi fondi verso una strategia PEP efficace potrebbe, a sua volta, rivelarsi conveniente, poiché un contenimento efficace durante le fasi iniziali di un'epidemia potrebbe ridurre la domanda aggregata di anticorpi monoclonali.

Antivirali: candidati meno avanzati

Un grande vantaggio degli antivirali orali sarebbe la loro facilità di somministrazione nelle comunità e il fatto che non ci si aspetta che interagiscano con la vaccinazione concomitante. Tuttavia, ad oggi, nessun trattamento antivirale o agente orale si è dimostrato efficace contro la malattia da virus Ebola.^{3,25,32} Sono stati valutati due farmaci antivirali contro il virus Ebola: favipiravir e remdesivir.⁴

Sebbene vi siano stati risultati promettenti negli studi sugli animali⁴¹ quando si è valutata la farmacocinetica del favipiravir per l'uso nella malattia da virus Ebola negli esseri umani, il farmaco non ha mostrato livelli terapeutici sufficientemente elevati da inibire la replicazione del virus Ebola.⁴² Tuttavia, dati i risultati di uno studio a braccio singolo, non randomizzato con controlli storici in cui il favipiravir ha abbassato la mortalità al 20% quando somministrato per via endovenosa ad adulti e adolescenti con malattia da virus Ebola confermata con una carica virale inferiore (punteggio soglia del ciclo ≥ 20),⁴³ potrebbe esserci ancora un ruolo per il favipiravir come PEP. Questo ruolo è stato proposto da diversi autori.²¹ La formula orale del farmaco lo rende un candidato interessante e il favipiravir è stato somministrato come PEP negli esseri umani in una manciata di individui.⁴⁴ Tuttavia, studi sugli animali indicano che il farmaco potrebbe essere teratogeno, limitandone l'uso nelle persone in età fertile.⁴⁵

Remdesivir non ha mostrato efficacia contro il virus Ebola nello studio PALM²⁵ rispetto al braccio di controllo (vale a dire, ZMapp), portando le attuali linee guida OMS per il trattamento del virus Ebola a sconsigliarne l'uso a favore dei due anticorpi monoclonali approvati, REGN-EB3 e mAb114. Poiché remdesivir sembra ridurre la mortalità quando somministrato 3 giorni dopo la sfida nei primati non umani,⁴⁶ tuttavia, alcune persone ritengono ancora che remdesivir potrebbe essere un candidato per PEP. Tuttavia, la necessità di più somministrazioni endovenose nei giorni successivi lo rende un'opzione poco pratica.

Il farmaco sperimentale, obeldesivir, può essere assunto per via orale e viene metabolizzato nello stesso metabolita attivo del remdesivir.⁴⁷ Sebbene originariamente sviluppato per il COVID-19, c'è la speranza che questo farmaco orale possa anche avere un posto nella terapia o nella prevenzione della malattia da filovirus, inclusa la malattia da virus Ebola.³² I dati recentemente pubblicati hanno mostrato risultati promettenti quando utilizzati come PEP in primati non umani infettati dal virus Sudan,⁴⁸ ma non sono ancora stati condotti studi contro il virus Ebola. Come delineato, l'esperienza con lo sviluppo di farmaci per la malattia da virus Ebola ha dimostrato che i promettenti dati sui primati non umani non si traducono sempre in risultati efficaci negli esseri umani. Tuttavia, se studi futuri confermeranno l'efficacia dell'obeldesivir contro il virus Ebola nei primati non umani, potrebbe essere preso in considerazione per l'inclusione nello studio EBO-PEP.

Selezione di individui idonei per PEP

Prima di implementare nuove politiche, è fondamentale considerare chi potrebbe trarre beneficio da questo intervento e postulare quale potenziale livello di esposizione dovrebbe rendere una persona idonea alla PEP. Pertanto, è necessario un consenso sulla definizione di rischio dopo il contatto con un individuo affetto da malattia da virus Ebola. Sono già state sviluppate diverse definizioni, principalmente per l'uso nella gestione dell'esposizione professionale.^{4,12} Tuttavia, l'esperienza clinica acquisita durante le epidemie nella Repubblica Democratica del Congo ha identificato due sfide principali con queste definizioni: in primo luogo, la nozione di invasione cutanea è spesso difficile da dimostrare nella pratica e in secondo luogo, lo stato clinico del paziente sorgente deve essere considerato nella classificazione, poiché l'effetto dell'inoculo è completamente diverso tra pazienti secernenti e non secernenti. Sulla base di queste sfide identificate, proponiamo una nuova definizione di lavoro ([tabella 1](#)).

Secondo la nostra definizione proposta, la PEP con anticorpi monoclonali dovrebbe essere offerta solo ai contatti ad alto rischio di sviluppare la malattia; a tutti i contatti a basso rischio e ai contatti dei contatti dovrebbe continuare a essere offerta solo la vaccinazione post-esposizione ([figura](#)) e potrebbe essere offerto un antivirale orale se disponibile. Nella decima epidemia di malattia da virus Ebola nella Repubblica Democratica del Congo, gli anelli di contatto avevano una media di 104 persone e i contatti ad alto rischio di sviluppare la malattia (seguendo la definizione operativa del 2018 di contatto ad alto rischio; [tabella 1](#)) rappresentavano il 9% dei membri degli anelli di contatto.²² Attraverso la nostra definizione rivista, crediamo che le persone definite ad alto rischio potrebbero essere selezionate meglio, salvaguardando la scarsa fornitura di anticorpi monoclonali per coloro che hanno maggiori probabilità di trarne beneficio.

Conclusione

Le attuali misure di controllo delle epidemie per la malattia da virus Ebola non offrono una protezione sufficiente per le persone che sono già state esposte e che di conseguenza stanno incubando il virus. Una persona su quattro con malattia da virus Ebola confermata è morta anche dopo aver ricevuto cure di supporto e trattamenti mirati al virus durante la decima epidemia di virus Ebola nella Repubblica Democratica del Congo. Questa statistica evidenzia l'urgente necessità di identificare e implementare una strategia PEP efficace nei contatti ad alto rischio di sviluppare la malattia. Ci sono forti argomenti a sostegno dell'uso di anticorpi monoclonali come PEP come potenziale fattore di svolta che potrebbe ovviare alla necessità di trattamento, risparmiando risorse sanitarie e aiutando a frenare prima le epidemie. I programmi di ricerca già finanziati per stabilire l'efficacia degli anticorpi monoclonali come PEP nei contatti ad alto rischio di sviluppare la malattia da virus Ebola sono attualmente ostacolati dallo scarso accesso ai due anticorpi monoclonali approvati dalla FDA statunitense, minando gli sforzi per controllare efficacemente le future epidemie di malattia da virus Ebola e proteggere le comunità.

[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(24\)00255-9/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(24)00255-9/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

Il virus MPOX potrebbe scatenare una grande epidemia in una delle città più grandi dell'Africa

Un nuovo studio rivela che due varianti del virus hanno preso piede nella capitale della RDC, Kinshasa

[Jon Cohen](#)

Per la prima volta, l'MPOX sembra fare seri progressi a Kinshasa, la capitale di 17 milioni di persone nel paese più colpito dalla malattia, la Repubblica Democratica del Congo (RDC).

A lungo confinato in villaggi rurali remoti nella RDC, il virus responsabile della malattia dolorosa e talvolta letale è emerso nelle città del paese solo nell'ultimo anno.

Un recente forte aumento dei casi sospetti di MPOX nella capitale, compresi alcuni da un ceppo virale che si è diffuso ampiamente attraverso i contatti sessuali altrove, potrebbe presagire un'epidemia più ampia.

Quest'anno, la RDC ha avuto [più di 25.000](#) casi sospetti di MPOX, quasi il 90% del totale in Africa.

Le persone infette possono sviluppare dolorose vesciche e febbre, e alcune con un sistema immunitario indebolito possono morire a causa delle complicazioni del virus.

La grave e senza precedenti epidemia del continente ha spinto l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) il mese scorso a dichiararla un'emergenza [di sanità pubblica di interesse internazionale](#) (PHEIC).

Sebbene molti casi di MPOX in Africa non vengano segnalati, Kinshasa è stata ampiamente risparmiata fino ad ora, secondo il Ministero della Salute della RDC.

La città aveva solo 525 casi sospetti quest'anno al 15 settembre. Ma più del 10% di questi si è verificato nell'ultima settimana di quel periodo.

Il virus MPOX è comparso per la prima volta nella RDC nel 1970 e nel corso dei decenni ha circolato più ampiamente che in qualsiasi altro paese al mondo.

I bambini sono stati a lungo colpiti in modo sproporzionato, ma gli adulti sono diventati recentemente più vulnerabili in parte perché [il vaccino contro il vaiolo](#), che protegge dal virus MPOX non è stato utilizzato di routine da quando la malattia è stata debellata più di 4 decenni fa.

Un altro motivo è che il virus MPOX ha iniziato a diffondersi rapidamente negli adulti attraverso il contatto sessuale. In precedenza si pensava che la maggior parte dei casi derivasse dal contatto con animali infetti come i roditori, il principale "serbatoio" del virus, e poi nelle famiglie tramite la condivisione di biancheria da letto e altri oggetti.

La trasmissione sessuale dell'MPOX è emersa per la prima volta in Europa nel maggio 2022, provocando un'epidemia globale che ha colpito più di 100.000 persone in 116 paesi e ha spinto l'OMS a dichiarare un'iniziale PHEIC, che si è conclusa nel maggio 2023.

Poi questa primavera, i ricercatori hanno riferito che una città mineraria della RDC, [Kamituga](#), ha avuto un'ampia epidemia di MPOX causata dal sesso.

Non è stata causata dal ceppo del virus MPOX più comune nella RDC, noto come clade Ia, ma da una variante ora soprannominata Ib.

Il virus del clade Ib si è presto diffuso nei paesi vicini e ora è il ceppo principale che si sta diffondendo in Africa. (Questo differisce dalla [variante del clade IIb](#) che ha scatenato l'epidemia globale e ha avuto origine in [Nigeria](#).) Anche Kinshasa è stata colpita dal clade Ib, secondo uno studio pubblicato su *Eurosurveillance* il 19 settembre.

I ricercatori hanno confermato il virus MPOX in 11 casi sospetti, sette dei quali avevano il clade Ia e il resto Ib. "Temo che ci sia una trasmissione silenziosa del clade Ib attraverso il contatto sessuale", afferma l'epidemiologo Placide Mbala, coautore dello studio che lavora presso il National Institute of Biomedical Research. Sebbene non ci siano prove chiare che Ib abbia caratteristiche che ne facilitino la diffusione attraverso il contatto sessuale, i ricercatori devono ancora documentare che la venga ampiamente trasmesso attraverso quella via.

C'è anche il timore che se il virus si diffondesse ampiamente a Kinshasa, potrebbe "rientrare" nei roditori locali e stabilirsi in quella popolazione, il che potrebbe rendere più difficile contenere questa epidemia e la sua futura diffusione, afferma il coautore Jason Kindrachuk, un biochimico dell'Università del Manitoba. (Sia

Mbala che Kindrachuk erano coautori del precedente rapporto sull'epidemia di Kamituga, [pubblicato da Nature](#) a giugno.) Potrebbe essere una sfida tracciare qualsiasi focolaio importante di MPOX a Kinshasa. Dati i suoi test diagnostici limitati, la RDC conferma solo circa il 20% dei casi sospetti di MPOX, e molte più persone con MPOX probabilmente non cercano mai cure o vedono i loro casi archiviati come varicella se lo fanno.

Come nota lo studio *Eurosurveillance*, nessuno ha effettuato un "tracciamento completo dei contatti" degli 11 casi confermati per determinare come le persone infette hanno contratto il virus o chi potrebbero aver infettato. La virologa Martine Peeters dell'Università di Montpellier, coautrice sia del rapporto *Eurosurveillance* che di *Nature*, afferma che, dato il modo in cui Ib ha percorso le reti sessuali a Kamituga, è probabile che accadrà lo stesso a Kinshasa.

"Diventerà sicuramente un problema", prevede Peeters.

https://www.science.org/content/article/mpox-may-trigger-large-outbreak-one-africa-s-largest-cities?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_content=alert&utm_campaign=DailyLatestNews&et rid=691092258&et cid=5367488

quotidianosanità.it

Mpox. Aggiornato il Piano Onu di preparazione e risposta strategica globale. Focus su sorveglianza, ricerca e accesso equo alle cure

Il Piano pone l'accento su sorveglianza, ricerca, accesso equo alle contromisure mediche ed empowerment della comunità per rispondere all'emergenza globale. L'operazione iniziale, della durata di sei mesi, si concentrerà sul controllo dei focolai acuti di trasmissione da uomo a uomo, con una stima di 4mila casi a settimana e un budget stimato di 290 milioni di dollari. La strategia, il piano e il fabbisogno di risorse saranno riesaminati e adeguati trimestralmente.

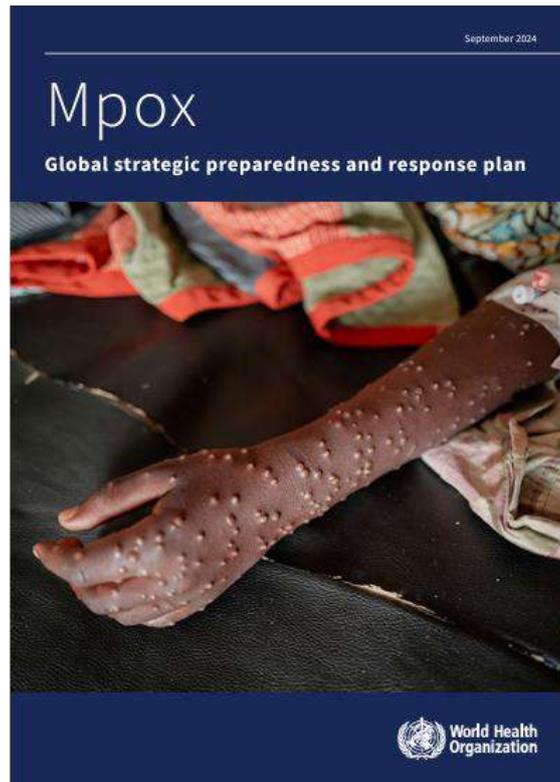
È stato aggiornato il [Global Strategic Preparedness and Response Plan](#) (SPRP) dell'Onu per contrastare l'emergenza mpox. Il Piano copre il periodo di sei mesi da settembre 2024 a febbraio 2025 e pone l'accento sulla sorveglianza, la ricerca, l'accesso equo alle contromisure mediche e l'empowerment della comunità per rispondere a questa emergenza globale.

L'SPRP globale, spiega una nota, è stato aggiornato per includere i contributi degli Stati membri dell'Oms e per riflettere l'ulteriore pianificazione effettuata a livello continentale, con i governi, i Centri africani per il controllo e la prevenzione delle malattie (Africa CDC) e altri partner.

L'operazione iniziale, della durata di sei mesi, si concentrerà sul controllo dei focolai acuti di trasmissione da uomo a uomo, con una stima di 4.000 casi a settimana e un budget stimato di 290 milioni di dollari per il sostegno internazionale alle risposte nazionali all'mpox. Questo requisito esclude il costo di approvvigionamento e/o distribuzione stimato in 4 milioni di vaccini necessari per la prima fase di risposta per fermare l'epidemia.

La strategia, il piano e il fabbisogno di risorse saranno riesaminati e adeguati trimestralmente dopo una revisione operativa e in base all'evoluzione della situazione epidemiologica.

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=124149



<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1725862730.pdf>

nature medicine

Mpox è un'emergenza di sanità pubblica: cosa succede ora?

Il CDC africano ha dichiarato la sua prima emergenza di sanità pubblica per la sicurezza continentale.
Di

[Nicaise Ndembi](#)

Il 13 agosto 2024, noi dell'Africa Centres for Disease Control and Prevention (Africa CDC) abbiamo dichiarato le epidemie di mpox in corso un'emergenza di sanità pubblica per la sicurezza continentale (PHECS). Questa dichiarazione segna un momento importante nella storia della sanità pubblica in Africa e mostra la gravità della situazione e la necessità di una risposta unificata e continentale a questa malattia in rapida diffusione. L'epidemia di mpox in Africa ha finora infettato oltre 17.500 persone solo nel 2024, un aumento del 160% dei casi rispetto allo stesso periodo del 2023, con i bambini (in particolare quelli di età inferiore ai 15 anni) colpiti in modo sproporzionato. La rapida diffusione dell'epidemia è stata associata a crisi umanitarie in regioni come il Sud Kivu nella Repubblica Democratica del Congo, che hanno complicato gli sforzi per tracciare e curare le infezioni in modo efficace e sono state prese in considerazione per la dichiarazione di emergenza.

Ora c'è un urgente bisogno di azioni coordinate a livello nazionale, regionale e internazionale per fermare la diffusione del virus mpox. La decisione di dichiarare un PHECS è stata guidata da criteri che coprono nove aree, sviluppati dall'Africa CDC Emergency Consultative Group. Questi criteri mirano a migliorare la sorveglianza, migliorare i test e la diagnostica, espandere il tracciamento dei contatti e garantire un equo accesso al vaccino, in particolare per le popolazioni vulnerabili. Ora devono essere adottate misure da parte dell'Africa CDC per implementare queste raccomandazioni.

I preparativi sono già iniziati. Un [workshop è stato tenuto dall'Africa CDC](#), in collaborazione con l'US National Center for Biotechnology Information (parte degli US National Institutes of Health), nel giugno 2024, ad Addis

Abeba, in Etiopia, per formare i partecipanti alla condivisione in tempo reale di dati sui patogeni, che saranno cruciali per le minacce alla salute pubblica come l'mpox. Quell'evento si è basato sul supporto dell'African CDC agli Stati membri dell'Unione Africana nello sviluppo e nell'istituzione di [sistemi di informazione e tecnologia di alta qualità](#) per migliorare la raccolta, la segnalazione e l'analisi dei dati.

I sistemi sanitari devono essere rafforzati per gestire il crescente onere di gestione della malattia di mpox. Ciò include garantire la disponibilità delle necessarie forniture mediche, espandere le capacità ospedaliere, fornire una formazione adeguata per gli operatori sanitari e rafforzare i sistemi sanitari della comunità per gestire i casi lievi a casa e ridurre la pressione sugli ospedali. Sono necessari maggiori investimenti per questi [programmi di personale sanitario della comunità guidati dall'Africa CDC](#).

Africa CDC sta collaborando con partner globali, tra cui l'Autorità per la preparazione e la risposta alle emergenze sanitarie della Commissione europea e Bavarian Nordic, per garantire oltre 215.000 dosi del vaccino MVA-BN, che è stato approvato per mpox dalla Food and Drug Administration statunitense e dall'Agenzia europea per i medicinali. Africa CDC garantirà che questi vaccini siano distribuiti equamente, [dando priorità alle esigenze locali](#) negli Stati membri interessati, tra cui popolazioni vulnerabili, persone immunodepresse e operatori sanitari.

La comunicazione sull'mpox deve essere adattata alle diverse comunità africane. È necessario un coinvolgimento precoce della comunità per prevenire la disinformazione, la cattiva informazione, lo stigma e la discriminazione. Africa CDC accelererà le azioni del suo recente workshop di Kampala per la [comunicazione del rischio e il coinvolgimento della comunità](#).

Africa CDC sta [potenziando la sorveglianza transfrontaliera](#) negli Stati membri dell'Unione Africana rafforzando la sorveglianza nei punti di ingresso, formando il personale e migliorando il coordinamento con i sistemi nazionali di sorveglianza delle malattie, oltre a supportare la ricerca operativa, la condivisione delle conoscenze e la collaborazione regionale. Collaborazione, cooperazione, coordinamento e condivisione dei dati tra paesi confinanti sono essenziali per garantire che le misure di controllo delle epidemie di mpox siano coerenti ed efficaci.

Mpox è stato dichiarato PHECS in parte per sbloccare l'accesso alle risorse di emergenza, tra cui finanziamenti, personale e supporto tecnico, ma le epidemie di mpox in Africa sono una preoccupazione globale, con il potenziale di diffusione internazionale. Africa CDC sta lavorando con le leadership dei paesi africani per mobilitare risorse nazionali, schierare team di risposta rapida, istituire centri operativi di emergenza e stabilire piani di emergenza per potenziali scenari di epidemie.

Le epidemie di Mpox possono avere conseguenze economiche e sociali di vasta portata, anche per il commercio e i viaggi e attraverso interruzioni dei servizi essenziali. Secondo le raccomandazioni permanenti per Mpox del direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità, in conformità con i regolamenti sanitari internazionali, non ci saranno restrizioni di viaggio. Ciò promuoverà la continuità dei servizi sanitari essenziali e garantirà la stabilità sociale.

Il successo dipende dalla collaborazione tra gli Stati membri dell'Unione Africana, dall'allocazione efficiente delle risorse e dal coinvolgimento coerente della comunità. Solo uno sforzo unificato porterà al contenimento a lungo termine del virus mpox e proteggerà vite e mezzi di sostentamento. Africa CDC chiede ai suoi partner globali di stare al fianco dell'Africa in quest'ora critica: sono necessarie più risorse per frenare questa epidemia.

<https://www.nature.com/articles/d41591-024-00063-9>

COMMENTO · Volume 45, 101052, ottobre 2024 · [Accesso Libero](#)

Il vaccino modificato di terza generazione contro il vaiolo vaccino Ankara è efficace nel prevenire la trasmissione del virus mpox

[Mingwang Shen](#)^{a, b}, [Lei Zhang](#)^{a, c, d} 

Mpox è una malattia zoonotica causata da orthopoxvirus e può essere trasmessa tramite contatto diretto con la pelle/mucose di individui infetti o indirettamente tramite contatto con materiali contaminati.

Mpox ha due tipi distinti, mentre il clade I può causare gravi complicazioni e morte (tasso di mortalità [CFR]: 1,4% a >10%), il clade II è relativamente lieve e più comune (CFR: 0,1%–3,6%). ^{1, 2}

Entro il 2 agosto 2024, più di 116 paesi/regioni hanno segnalato casi di mpox, con un totale di 99.176 casi confermati e 208 decessi a livello globale dal 1° gennaio 2022. ³

Il modello di trasmissione è passato dalla trasmissione omosessuale del clade II, in particolare negli uomini che hanno rapporti sessuali con uomini (MSM) durante l'epidemia del 2022, alla trasmissione eterosessuale del clade I nella popolazione generale da settembre 2023. ⁴

Per interrompere la trasmissione di mpox, il vaccino Vaccinia Ankara modificato di terza generazione prodotto da Bavarian Nordic (MVA-BN) è stato rapidamente implementato tra le popolazioni ad alto rischio in diversi paesi in Europa e Nord America nel 2022-23. ⁵

Le lezioni apprese dai precedenti programmi di vaccinazione contro mpox possono fornire preziose informazioni sulla prevenzione e il controllo della nuova epidemia di mpox.

In uno studio recente su *The Lancet Regional Health–Europe*, Ghosn e colleghi hanno valutato gli effetti della vaccinazione sul comportamento sessuale e sull'incidenza di mpox tra gli MSM in Francia. ⁶

I partecipanti a questo studio provengono da una sperimentazione clinica che valutava l'efficacia della profilassi post-esposizione alla doxiciclina e/o del vaccino contro il meningococco B MenC4B tra gli MSM che stanno utilizzando la profilassi pre-esposizione all'HIV (PrEP) e hanno una storia di infezioni a trasmissione sessuale (IST).

Lo studio ha mostrato che il comportamento sessuale degli MSM è cambiato significativamente dopo il 9 maggio 2022 (la data di inizio di questa epidemia di mpox in Europa).

Inoltre, l'incidenza di mpox è diminuita da 67,4 per 1000 mesi-persona (pm) prima della vaccinazione (9 maggio-10 luglio 2022, periodo-1) a 24,4 per 1000 pm dopo la vaccinazione (11 luglio-20 settembre 2022, periodo-2), con un rapporto di tasso di incidenza di 0,36.

Questi risultati hanno indicato che la rapida distribuzione del vaccino MVA-BN e il cambiamento nel comportamento sessuale potrebbero causare una drastica riduzione dell'incidenza di mpox.

Lo studio ha scoperto che la vaccinazione tempestiva ha svolto un ruolo chiave nel ridurre la trasmissione di mpox in Francia.

Tuttavia, l'effetto osservato può dipendere da diversi fattori. Innanzitutto, di solito ci vogliono almeno 14 giorni dalla vaccinazione alla protezione e quindi i dati sui casi di mpox entro 0-13 giorni dalla vaccinazione dovrebbero essere modificati quando si calcola l'incidenza di mpox e l'efficacia del vaccino. ⁷

In secondo luogo, i dati mancanti (>40%) sul comportamento sessuale potrebbero portare a qualche distorsione e i questionari sul comportamento ogni 3 mesi potrebbero non catturare il cambiamento di comportamento durante il breve focolaio.

Sono necessari dati dettagliati, completi e frequenti sul comportamento sessuale per valutarne accuratamente il ruolo. In terzo luogo, l'impatto sulla popolazione della vaccinazione e il cambiamento nel comportamento sessuale dovrebbero essere valutati in modo completo.

Il modello compartimentale di trasmissione dinamica o il modello basato sugli individui potrebbero essere utili per catturare questi impatti confrontando scenari con o senza vaccinazione e cambiamento nel comportamento sessuale. ⁸

Il clade I mpox continua a diffondersi dalla Repubblica Democratica del Congo (RDC) ai quattro paesi confinanti (Burundi, Kenya, Ruanda e Uganda) che non hanno segnalato casi di mpox in precedenza. ⁹

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato nuovamente l'attuale epidemia di mpox un'emergenza sanitaria pubblica di interesse internazionale (PHEIC) il 14 agosto 2024.

I paesi a basso reddito che non hanno concesso la propria approvazione per i vaccini mpox potrebbero dover approvare l'uso di emergenza per controllare l'epidemia.

È necessaria una valutazione dell'efficacia del vaccino nel mondo reale del vaccino MVA-BN per la prevenzione della trasmissione del clade I.

Poiché il vaccino deve essere conservato a una temperatura di -20 °C~-80 °C entro 3~9 anni (durata di conservazione), lo stoccaggio dei vaccini mpox per potenziali focolai di mpox in contesti con risorse limitate dovrebbe prendere in considerazione strategie di vaccinazione convenienti per bilanciare il costo di stoccaggio del vaccino e i costi medici causati da futuri focolai. ¹⁰

L'assegnazione del vaccino dovrebbe prendere in considerazione anche altre popolazioni ad alto rischio, come le lavoratrici del sesso (FSW), poiché la trasmissione eterosessuale sta diventando sempre più dominante.

Nel complesso, questo studio ha scoperto che il rapido lancio della vaccinazione contro l'mpox ha ridotto sostanzialmente l'incidenza durante l'epidemia di mpox del 2022.

Un sistema di allerta precoce per la diagnosi e la sorveglianza dell'mpox è necessario per monitorare l'epidemia, in modo che le autorità sanitarie pubbliche possano raggiungere e vaccinare tempestivamente le popolazioni chiave.

Lo stoccaggio e l'assegnazione ottimali dei vaccini devono tenere in considerazione non solo la loro durata di conservazione, ma anche la potenziale portata della popolazione interessata.

[https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(24\)00219-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(24)00219-9/fulltext)

la Repubblica

Nuova impennata Covid, cosa può accadere se non ci vacciniamo

Donatella Zorzetto

Mentre gli Usa fanno scorta di nuovi vaccini Pfizer e Moderna, i casi in crescita in Italia allertano gli esperti: "Alto rischio per fragili e over75, costi sociali in aumento"

Gli americani stanno già porgendo il braccio: nel giro di pochi giorni potranno ricevere le versioni aggiornate dei vaccini mRNA contro il Covid, di Pfizer e Moderna. Le immunizzazioni per la stagione 2024-25 saranno disponibili in farmacia. Perché, come aveva anticipato, la [Food and Drug Administration \(Fda\)](#) americana ha dato il via libera ai nuovi vaccini in anticipo rispetto allo scorso anno, anche in risposta alla forte ondata di casi di Covid che insiste in Usa. Casi che aumentano a vista d'occhio anche grazie alle nuove varianti. E in Italia? Pure qui l'impennata è in corso. L'ultimo aggiornamento del ministero della Salute, relativo alla settimana dal 22 al 28 agosto, riporta 15.221 nuovi casi Covid (+11,2% rispetto alla settimana precedente) e 135 decessi (+36,4%). Di conseguenza cosa accadrebbe se non ci vaccinassimo?

I nuovi vaccini

Torniamo ai vaccini approvati dalla Fda. Si tratta dei prodotti Pfizer e Moderna, in lavorazione da mesi, che mirano alla variazione di Omicron KP.2, diffusa dal maggio scorso. Ora però, a circolare maggiormente sono altre mutazioni, con in testa la KP.3.1.1. particolarmente infettiva. Secondo Pfizer e Moderna tuttavia, le versioni aggiornate dei loro vaccini potranno comunque produrre una risposta immunitaria più forte dei precedenti anche contro le nuove varianti. A tale proposito, i [Cdc \(Centers for disease control and prevention\)](#) hanno raccomandato le vaccinazioni contro il virus Sars-Cov-2 per tutti dai 6 mesi in su.

La variante Xec complica le cose

Intanto, una nuova variante Covid, chiamata Xec, complica la situazione. Perché sta emergendo come potenziale dominante nel panorama europeo, segnando un possibile cambiamento significativo nelle dinamiche di diffusione del virus. La Xec si distingue per essere una combinazione di due varianti preesistenti e questa particolare mescolanza le conferisce caratteristiche uniche che potrebbero spiegarne la rapida ascesa tra le concorrenti. Mentre i ricercatori continuano a studiarne le caratteristiche specifiche per comprenderne meglio l'impatto sulla diffusione dei contagi, gli esperti invitano a "mantenere misure preventive efficaci e a essere pronti ad adattare le strategie vaccinali se necessario per contrastare questa nuova minaccia virale".

Cosa accade se non ci vacciniamo

A questo punto la domanda che ci si può porre è: cosa succederebbe se non ci vaccinassimo, con riferimento sia al nostro organismo, sia a quello che ci sta intorno? Virologi ed epidemiologi si dividono. Fabrizio Pregliasco, direttore sanitario dell'Ospedale Galeazzi-Sant'Ambrogio di Milano, precisa: "Dopo 201 giorni, 4 o 6 mesi, sia dalla guarigione da malattia che dalla vaccinazione anti-Covid, il vaccino comincia a perdere efficacia grazie alle nuove varianti immunoelusive. E negli anziani il rischio di mortalità è alto. Inoltre, diversi studi confermano che vaccinandosi la probabilità di contrarre il Long Covid si abbassa".

Quanto agli effetti sociali della mancata vaccinazione, Pregliasco sottolinea: "Sul tessuto sociale si riversa sotto forma di problema di sanità pubblica: parlo di assenteismo, costi della sanità e mancata operatività - prosegue Pregliasco -. Se non interveniamo bloccando il virus questi costi non verranno mai abbattuti".

E le mascherine?

Per Massimo Ciccozzi, ordinario di Epidemiologia e Statistica medica alla Fondazione Policlinico universitario Campus Bio-Medico di Roma, il nodo di fondo è uno: "Dobbiamo tener conto del fatto che, se dobbiamo vaccinare, bisogna farlo sulle persone fragili", dice. Proseguendo: "Nel prossimo autunno arriveranno tanti virus respiratori, perciò gli anziani over 75 e i fragili, sarebbe meglio vaccinarli. Non farlo darebbe luogo a problemi importanti, anche in presenza di semplici sintomi simil influenzali, come la febbre".

Ciccozzi precisa: "Se non ci vacciniamo il virus è vero che circola di più, ma va considerato che il vaccino non evita il contagio: serve solo ad attenuare i sintomi della malattia. Tuttavia, a giovani e adulti sani il vaccino non lo consiglierei, visto che hanno un fisico forte e possono rispondere bene all'impatto con il virus".

Quanto agli effetti della mancata vaccinazione sul tessuto sociale, Ciccozzi spiega: "L'impatto economico sicuramente c'è, ma consideriamo che può essere assorbito dallo smart working". E conclude: "Se non ci si vuole ammalare c'è un modo: mettere la mascherina quando si frequentano luoghi affollati. Perché ricordiamoci che ci si può vaccinare e infettare ugualmente".

Il rischio aumenta a scuola

Infine c'è il rischio di ammalarsi a scuola. Ne parla l'epidemiologo Pier Luigi Lopalco. "Con la ripresa delle attività lavorative e scolastiche potrebbe esserci una anticipazione della circolazione virale che abbiamo visto particolarmente sostenuta in estate - evidenzia Lopalco -. Il rischio individuale resta sempre lo stesso: Covid è una malattia potenzialmente grave per anziani e pazienti fragili. Purtroppo i livelli di vaccinazione della campagna vaccinale dello scorso autunno sono stati risibili, e questo oggi si traduce in una popolazione a rischio molto ampia".

"Il prossimo autunno-inverno, quindi, corriamo il rischio di osservare una nuova stagione di infezioni respiratorie particolarmente accentuata - aggiunge Lopalco -, dove l'infezione Covid andrà a sommarsi all'influenza in arrivo e alla ripresa della circolazione del virus respiratorio sinciziale". Concludendo con un appello: "Solo una campagna vaccinale condotta con serietà potrà limitare l'impatto di queste patologie sul sistema sanitario".

https://www.repubblica.it/salute/2024/09/05/news/impennata_covid_vaccini-423479049/?ref=RHLF-BG-P15-S1-T1

Experience of Hospital Staffs during the COVID-19 Pandemic: Phase of Initial Crisis to Phase of Adaptation

Kalpana paudel Aryal¹, Ratna Shila Banstola², Durga Laxmi Shrestha³, Madhusudan Subedi⁴

¹Assoc. Professor, Tribhuvan University, Institute of Medicine, Birgunj Nursing Camus

²Faculty, Child Health Nursing, Tribhuvan University, Institute of Medicine, Pokhara Nursing Camus

³Chief Hospital Nursing Administrator, Bheri Hospital, Nepalgunj, Banke

⁴Professor and Chair of Department of Community Health Sciences, and Coordinator of School of Public Health – Patan Academy of Health Sciences, Nepal / Central Department of Sociology, Tribhuvan University, Nepal

Introduzione:

In tutto il mondo, il personale sanitario in prima linea nella battaglia contro il COVID-19 ha dovuto affrontare sfide multiformi. La situazione era più critica per i paesi con risorse limitate.

Sebbene la preoccupazione fosse focalizzata sulla fornitura di dispositivi di protezione e vaccinazioni, è più importante tenere conto della salute mentale del personale ospedaliero.

Pertanto, questo studio mirava a esplorare l'esperienza del personale che lavorava in un ospedale governativo di terzo livello durante la pandemia.

Materiali e metodi:

Lo studio è stato condotto tra 29 membri del personale dell'ospedale di Bheri, Nepalgunj.

I dati sono stati raccolti dal 23 al 25 luglio 2022 attraverso tre discussioni di gruppo focale utilizzando linee guida di discussione di gruppo focale semi-strutturate.

È stato utilizzato un metodo di analisi del contenuto qualitativo per analizzare i dati.

Risultati:

L'analisi del contenuto dei dati ha rivelato le esperienze approfondite del personale ospedaliero, ovvero dalla fase iniziale di crisi e caos alla fase finale di accettazione e adattamento.

Sono stati generati quattro temi principali:

- 1) crisi e ambiente di lavoro spaventoso;
- 2) impatto sulla vita personale, familiare, sociale e professionale;
- 3) fase di accettazione e adattamento;
- 4) raccomandazioni future.

Conclusione:

L'intera storia è iniziata con un viaggio dalla fase di paura estrema, stress, sensazione di minaccia e ansia alla fase finale di accettazione e adattamento, compresi sentimenti di orgoglio e soddisfazione.

La mancanza di conoscenza della malattia appena emersa e l'incertezza della sua prognosi erano la ragione dietro l'intensa paura tra il personale ospedaliero.

Pertanto, il supporto al personale, incluso l'affrontare il benessere emotivo e la salute mentale del personale sanitario durante qualsiasi pandemia, è molto cruciale.

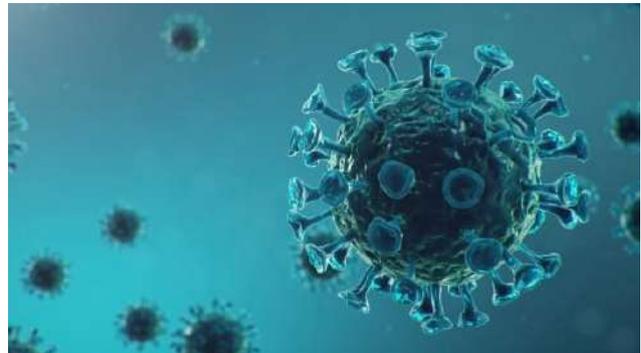
Correspondence:

Ratna Shila Banstola, PhD

Tribhuvan University, Institute of Medicine,

Pokhara Nursing Campus

E-mail: bastolaratna@gmail.com



I 25 migliori articoli sul COVID-19 del 2023

I 25 articoli di *Nature Communication* più scaricati * sul COVID-19 pubblicati nel 2023 illustrano gli sforzi in corso della comunità internazionale per affrontare e riflettere sulla pandemia di coronavirus. Questi documenti evidenziano preziose ricerche sulla biologia, la rilevazione e il trattamento dell'infezione da coronavirus, nonché sullo sviluppo di vaccini e sull'epidemiologia della malattia.

<https://www.nature.com/collections/gajjhfcha>

Il danno cerebrale parainfettivo nel COVID-19 persiste al follow-up nonostante le risposte attenuate di citochine e autoanticorpi

Il COVID-19 può essere associato a complicazioni neurologiche. Qui gli autori mostrano che i marcatori di danno cerebrale, ma non i marcatori immunitari, sono elevati nel sangue dei pazienti con COVID-19 sia precocemente che mesi dopo l'infezione da SARS-CoV-2, in particolare in quelli con disfunzione cerebrale o diagnosi neurologiche.

Benedetto D. Michael, Cordelia Dunai ... Davide K. Menon

Rischio di morte a seguito della vaccinazione COVID-19 o del test SARS-CoV-2 positivo nei giovani in Inghilterra

Effetti collaterali rari ma gravi di malattie cardiache sono stati collegati alle vaccinazioni contro il COVID-19, soprattutto nei giovani. Qui, gli autori trovano pochissime prove di un'associazione tra vaccinazione e mortalità, fatta eccezione per le donne dopo un vaccino non mRNA, ma mostrano un rischio aumentato di morte a seguito di infezione da COVID-19

Vahe Nafilyan, Carlotta R. Bermingham ... Il dottor James C. Doidge

Valutazione della mortalità attribuibile alla somministrazione del vaccino SARS-CoV-2 utilizzando i dati a livello nazionale del Qatar

Questo studio valuta la probabilità che i decessi successivi a una vaccinazione contro il COVID-19 siano attribuibili al vaccino. Gli autori esaminano tutti i decessi avvenuti entro 30 giorni dalla ricezione del vaccino in Qatar fino a giugno 2022 e scoprono che i decessi attribuibili alla vaccinazione sono estremamente rari.

Adeel A. Culo, di Mylai D. Guerrero ... Abdul-Badi Abou-Samra

Il peso dei sintomi post-acuti del COVID-19 in un'analisi di coorte di rete multinazionale

La condizione post-acuta di COVID-19 è difficile da quantificare perché include una gamma di sintomi che possono avere altre cause. In questo studio, gli autori utilizzano dati di assistenza primaria da Inghilterra e Catalogna, Spagna, per stimare l'incidenza della condizione e identificare i sintomi che si verificano più frequentemente dopo l'infezione rispetto ai controlli non infetti.

La mia vita è bella, Elena Roel ... Annika M. Jödicke

I vaccini mRNA SARS-CoV-2 separano l'immunità antivirale dall'autoimmunità umorale

Mentre i vaccini mRNA SARS-CoV-2 hanno dimostrato efficacia nel ridurre la gravità dell'infezione, la ricerca ha dimostrato che l'infezione da SARS-CoV-2 è associata a nuovi autoanticorpi. Non è chiaro se ciò si osserverebbe anche durante la vaccinazione mRNA. Qui, gli autori utilizzano una piattaforma di screening degli autoanticorpi per monitorare le risposte degli autoanticorpi in una coorte eterogenea durante la vaccinazione.

Jillian R. Jaycox, Carolina Lucas ... Anello Aaron M.

Prove di protezione permeabile a seguito della vaccinazione COVID-19 e dell'infezione da SARS-CoV-2 in una popolazione carceraria

Misurare il livello di esposizione di un individuo al COVID-19 è difficile e quindi non è chiaro se un'elevata esposizione possa avere un impatto sull'immunità. Qui, gli autori indagano questa questione utilizzando i dati di un istituto penitenziario nel Connecticut, USA, confrontando i tassi di infezione in persone che condividono celle, blocchi di celle e senza esposizione nota.

Margaret L. Lind, Murilo Dorion ... Alberto I. Ko

Impatti a lungo termine sulla salute del COVID-19 tra 242.712 adulti in Inghilterra

La durata del COVID-19 sintomatico e i suoi impatti sulla salute e sulla qualità della vita non sono ben compresi. In questo studio, gli autori riportano i risultati di un sondaggio su circa 275.000 adulti in Inghilterra e scoprono che il COVID-19 persistente è relativamente raro ma è associato a una salute mentale peggiore e a una qualità della vita correlata alla salute.

Cristina J. Atchison, Bethan Davies ... Paolo Elliott

Sorveglianza ambientale in tempo reale degli aerosol SARS-CoV-2

Il rapido rilevamento di patogeni respiratori che circolano in ambienti chiusi potrebbe facilitare risposte migliori alla prevenzione delle infezioni. In questo studio proof-of-concept, gli autori sviluppano un monitor della qualità dell'aria per i patogeni per il rilevamento diretto in tempo reale degli aerosol di SARS-CoV-2 e dimostrano la sua applicazione nelle stanze delle persone con infezioni da SARS-CoV-2.

Giuseppe V. Puthussery, Dishit P. Ghumra ... di Rajan K. Chakrabarty

Esiti gastrointestinali a lungo termine del COVID-19

L'infezione da SARS-CoV-2 può portare a vari sintomi post-acutei nei polmoni e in altri organi, incluso il sistema gastrointestinale. Qui gli autori stimano i rischi e gli oneri a 1 anno di una serie di esiti gastrointestinali incidenti pre-specificati a seguito di infezione da SARS-CoV-2 in uno studio di coorte basato su cartella clinica elettronica.

Evan Xu, Yan Xie & Ziyad Al-Aly

Tempistica ottimale del trattamento con nirmatrelvir/ritonavir dopo l'insorgenza dei sintomi o la diagnosi di COVID-19: emulazione di uno studio clinico mirato

Nirmatrelvir/ritonavir può ridurre la gravità del COVID-19 se iniziato entro cinque giorni dall'insorgenza dei sintomi, ma il momento ottimale entro questa finestra è sconosciuto. Qui, gli autori emulano uno studio randomizzato utilizzando cartelle cliniche elettroniche di Hong Kong e trovano prove di un beneficio dell'inizio precoce del trattamento.

Carlos KH Wong, di Jonathan J. Lau ... Giuseppe T. Wu

Sherpabody trimerico intranasale inibisce SARS-CoV-2, comprese le recenti sottovarianti immuno-evasive di Omicron

In questo studio gli autori descrivono una piccola proteina simile a un anticorpo in grado di prevenire l'infezione da parte di diverse varianti di SARS-CoV-2 in colture cellulari e nei topi trattati per via intranasale con questo inibitore prima o subito dopo l'esposizione al virus.

Anna R. Makela, Hasan Ugurlu ... Kalle Saksela

Prevalenza effettiva del COVID lungo in uno studio di coorte di popolazione a livello nazionale

Determinare la prevalenza del Long COVID è difficile perché molti sintomi attribuiti alla sindrome potrebbero avere altre cause. Qui, gli autori stimano la prevalenza del Long COVID in Scozia confrontando i tassi di sintomi segnalati da persone con e senza anamnesi di infezione da SARS-CoV-2.

Claire E. Hastie, Davide J. Lowe ... di Jill P. Pell

La neuroinvasione e l'anosmia sono fenomeni indipendenti in seguito all'infezione da SARS-CoV-2 e dalle sue varianti

In questo studio, Dias de Melo et al. valutano le condizioni cliniche, olfattive e neuroinfiammatorie dei criceti dorati infettati da SARS-CoV-2 wt e VOC e riferiscono che i virus possono infettare i neuroni, viaggiare all'interno degli assoni e invadere il sistema nervoso centrale.

Guilherme Dias de Melo, Vittoria Perraud ... di Hervé Bourhy

Evoluzione accelerata del SARS-CoV-2 nei cervi dalla coda bianca che vivono allo stato brado

I cervi dalla coda bianca sono un importante serbatoio di SARS-CoV-2 negli USA ed è necessario un monitoraggio continuo del virus nelle popolazioni di cervi. In questo studio di epidemiologia genomica dall'Ohio, gli autori dimostrano che il virus è stato introdotto più volte nei cervi dagli esseri umani e che si è evoluto più rapidamente nei cervi.

di Dillon S. McBride, Sofya K. Garushyants ... Andrea S. Bowman

I neutrofilii umani e dei topi condividono programmi trascrizionali fondamentali sia in contesti omeostatici che in quelli infiammati

Si possono incontrare difficoltà quando si traduce la ricerca tra cellule di animali e umani a causa delle differenze di espressione genica. Qui gli autori eseguono un'analisi trascrittomica integrativa da neutrofilii umani e di topo e identificano un programma di infiammazione di base condiviso tra contesti infiammati.

Nicola S. Hackert, di Felix A. Radtke ... Ricardo Grieshaber-Bouyer

Maschera intranasale per la protezione delle vie respiratorie dagli aerosol virali

La diffusione di molte malattie infettive si basa sostanzialmente sulla trasmissione di aerosol al tratto respiratorio. Qui, gli autori progettano una maschera intranasale con la capacità di intercettare gli aerosol virali, intrappolare e inattivare il virus, prevenendo così l'infezione del tratto respiratorio.

Xiaoming Hu, Il signor Shuang Wang ... Wei-Wei

Un vaccino mucosale mirato a FcRn contro l'infezione e la trasmissione di SARS-CoV-2

Qui gli autori sviluppano un vaccino SARS-CoV-2 mucosale e mostrano immunogenicità e protezione nei topi, nonché una ridotta trasmissione del virus nei criceti. Questo vaccino proteico è costituito da una proteina spike stabilizzata fusa con Fc IgG monomerica, che supporta il suo trasporto attraverso le barriere epiteliali legandosi al recettore Fc neonatale.

Li Weizhong, Il signor Tao ... Zhu Xiaoping

Trasmissione del SARS-CoV-2 nei cervi dalla coda bianca allo stato brado negli Stati Uniti

È stato documentato che il virus SARS-CoV-2 si trasmette tra esseri umani e animali, offrendo opportunità per serbatoi virali. Qui, gli autori mostrano i lignaggi SARS-CoV-2 nei cervi dalla coda bianca che vivono allo stato brado negli Stati Uniti, molto tempo dopo che i lignaggi erano diminuiti nelle popolazioni umane.

Aijing Feng, Sara Bevins ... Il signor Xiu Feng Wan

L'isolamento può selezionare un picco di carico virale più precoce e più elevato, ma una durata più breve nell'evoluzione del SARS-CoV-2

La pandemia di COVID-19 ha visto l'emergere di diverse varianti. Analizzando l'evoluzione dal ceppo di Wuhan alla variante Delta, i dati clinici rivelano un aumento di cinque volte del picco di carica virale e un tempo di picco di 1,5 volte più rapido.

Il signor Junya Sunagawa, Parco Hyeongki ... Ryo Yamaguchi

Caratteristiche virologiche della variante XBB del SARS-CoV-2 derivata dalla ricombinazione di due sottovarianti di Omicron

XBB è la prima variante ricombinante e globalmente dominante di SARS-CoV-2. Qui, gli autori esaminano le origini e le proprietà virologiche della variante, dimostrando che si tratta del primo esempio di SARS-CoV-2 che migliora la sua idoneità attraverso la ricombinazione.

Tomokazu Tamura, Jumpei Ito ... Kei Sato

Rischio COVID a lungo termine e vaccinazione pre-COVID in uno studio di coorte basato su EHR del programma RECOVER

La misura in cui la vaccinazione contro il COVID-19 protegge dal COVID lungo non è ben compresa. Qui, gli autori utilizzano i dati delle cartelle cliniche elettroniche degli Stati Uniti e scoprono che, per le persone che hanno ricevuto la vaccinazione prima dell'infezione, la vaccinazione era associata a una minore incidenza di COVID lungo.

Signor Daniel Brannock, Robert F. Masticare ... Consorzi RECOVER

La resilienza immunitaria nonostante lo stress infiammatorio promuove la longevità e risultati favorevoli per la salute, inclusa la resistenza alle infezioni

La risposta alle sfide infettive e infiammatorie varia da persona a persona, ma le ragioni di ciò sono poco chiare. Qui gli autori esplorano l'impatto di variabili come età, sesso e capacità di controllare l'infiammazione e mantenere l'immunocompetenza, collegando questa capacità a risultati di salute e durata della vita favorevoli.

di Sunil K. Ahuja, Muthu Saravanan Manoharan ... Lui è Weijing

Una somministrazione selettiva polmonare di mRNA che codifica un anticorpo ampiamente neutralizzante contro l'infezione da SARS-CoV-2

Gli autori utilizzano nanoparticelle lipidiche (LNP) che si accumulano prevalentemente nei polmoni per fornire mRNA che codifica per l'anticorpo ampiamente neutralizzante 8-9D e ottenere un'inibizione superiore dell'infezione da SARS-CoV-2 nei topi rispetto alle LNP di controllo.

Il Tai di Wanbo, Kai Yang ... Gong Cheng

Efficacia del secondo richiamo COVID-19 contro Omicron: uno studio di coorte su larga scala in Cile

Questo studio valuta l'efficacia di un secondo vaccino mRNA booster COVID-19 contro la malattia grave utilizzando dati provenienti dal Cile. Gli autori hanno scoperto che l'efficacia del secondo mRNA booster era elevata con una gamma di diversi schemi di vaccinazione di base, ma c'erano prove di un calo nel tempo.

Alessandro Jara, Cristobal Cuadrado ... Raffaello Araos

COMMENTO - Online per la prima volta, il 9 settembre 2024

Antivirali SARS-CoV-2 e condizione post-COVID-19

Ziyad Al-Aly ^{a, b, c, d, e}

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

La condizione post-COVID-19 (nota anche come COVID lungo), termine che racchiude gli effetti sulla salute a lungo termine causati dall'infezione da SARS-CoV-2, è una malattia cronica multi sistemica complessa con conseguenze profonde. ^{1,2}

Poco dopo la prima segnalazione del COVID lungo, è iniziata la ricerca di agenti farmaceutici per prevenirlo e curarlo.

Poiché il SARS-CoV-2 stesso è l'agente causale del COVID lungo e poiché si postula che la persistenza virale svolga un ruolo importante nella patogenesi della condizione, gli antivirali, che bloccano la replicazione virale, sono stati visti come potenziali candidati per la prevenzione e il trattamento del COVID lungo.

Le prime promettenti prove di efficacia sono emerse da analisi osservative che hanno dimostrato che tra gli individui non ospedalizzati (con COVID-19 da lieve a moderato) che presentano almeno un fattore di rischio per lo sviluppo di COVID-19 grave, l'uso degli antivirali SARS-CoV-2 (nirmatrelvir potenziato con ritonavir e molnupiravir) nella fase acuta potrebbe ridurre il rischio di COVID lungo. ³⁻⁵

In questo numero di *The Lancet Infectious Diseases*, Victoria Harris e colleghi ⁶ riportano i risultati di un follow-up esteso dello studio PANORAMIC, che, a conoscenza degli autori, è il primo studio randomizzato controllato a valutare gli effetti del molnupiravir sui risultati sanitari a lungo termine a 3 e 6 mesi dalla randomizzazione. ⁶ Questo studio in aperto ha incluso persone con infezione da SARS-CoV-2 nella comunità e almeno un fattore di rischio per la progressione verso una forma grave di COVID-19. ⁶

I risultati di un'analisi predefinita mostrano che le persone assegnate in modo casuale a molnupiravir durante la fase acuta di COVID-19 hanno avuto risultati migliori a 3 e 6 mesi rispetto a quelle assegnate in modo casuale alle cure abituali, tra cui un migliore benessere auto-riferito, sintomi associati a COVID-19 meno numerosi e meno gravi, un minore utilizzo dell'assistenza sanitaria, un minore assenteismo dal lavoro o dallo studio e una migliore qualità della vita.

Le dimensioni dell'effetto includevano una stima mediana di 0,74 per i sintomi persistenti e 0,8 per i sintomi gravi a 6 mesi, che si traducevano rispettivamente in 2,5 e due casi in meno ogni 100 persone trattate.

I promettenti risultati dello studio PANORAMIC sono coerenti con i risultati di analisi osservative ben condotte, in quanto entrambi convergono nel rilevare un modesto effetto del molnupiravir nel ridurre il rischio di COVID lungo in individui ad alto rischio.

Tuttavia, sono state sollevate preoccupazioni sulla mutagenicità del molnupiravir. Inoltre, l'efficacia del molnupiravir (o di altri antivirali SARS-CoV-2 tra cui ritonavir e nirmatrelvir) nel ridurre il rischio di COVID lungo in popolazioni a basso rischio, compresi individui più giovani senza condizioni mediche comorbide, non è stata valutata.

Negli individui a rischio, il simnotrelvir ha determinato una riduzione più precoce della carica virale e una risoluzione più rapida dei sintomi acuti rispetto al placebo, ⁷ ma la sua efficacia contro il COVID lungo non è stata ancora valutata.

L'espansione della pipeline di antivirali SARS-CoV-2 e la valutazione della loro efficacia nel ridurre il rischio di COVID lungo in varie popolazioni, compresi i gruppi a basso rischio, dovrebbero essere considerate prioritarie dalle agenzie di finanziamento e dall'industria farmaceutica.

Oltre a prevenire il COVID lungo, gli antivirali SARS-CoV-2 sono in fase di valutazione per il trattamento del COVID lungo. Sono in corso diversi studi randomizzati con risultati di uno studio che segnala che il trattamento con nirmatrelvir e ritonavir per 15 giorni non ha migliorato i sintomi del COVID lungo.⁸

Tuttavia, lo studio ha arruolato persone con una media di 17,5 mesi dopo l'infezione indotta da SARS-CoV-2. La chiave per il successo degli studi di trattamento dipenderà probabilmente (tra le altre cose) dal colpire la malattia in anticipo; si dovrebbe valutare se un inizio precoce della terapia antivirale, una durata più lunga del trattamento o una combinazione di diversi antivirali (con diversi meccanismi di azione) producano una migliore efficacia nel ridurre il rischio di COVID lungo. Identificare (o almeno stratificare il rischio) gli individui con persistenza virale potrebbe aiutare a selezionare gli individui che potrebbero rispondere più favorevolmente alla terapia antivirale.

L'uso di antivirali per ridurre il rischio di COVID lungo si basa sull'ipotesi che la persistenza virale e la possibile replicazione in corso di SARS-CoV-2 siano i principali meccanismi responsabili del COVID lungo.

Le prove di questa ipotesi stanno aumentando. I dati provenienti da più contesti hanno mostrato prove di persistenza virale (vale a dire, persistenza di frammenti di RNA o proteine virali) per mesi o anni in più sistemi di organi tra cui intestino, cervello, reni e vasi sanguigni.^{9,10}

Le prove suggeriscono anche la presenza di RNA subgenomico (un marcatore surrogato della replicazione virale) nel tessuto solido ottenuto mesi dopo l'infezione da SARS-CoV-2.⁹

Uno studio recente di quest'anno ha mostrato la persistenza dell'RNA virale SARS-CoV-2 e l'attivazione sostenuta (fino a 2 anni) delle cellule T basate sui tessuti nelle persone con COVID-19 acuto lieve; e che queste anomalie sembrano correlarsi con la sintomatologia del COVID lungo.¹⁰

Questo studio ha anche mostrato la presenza di RNA a doppio filamento in alcuni pazienti fino a quasi 2 anni dopo l'infezione iniziale; l'RNA a doppio filamento è presente durante l'attività di trascrizione e traduzione virale attiva o durante la replicazione virale.¹⁰

Nel complesso, questi dati suggeriscono un'attività di replicazione o trascrizione in corso e una possibile persistenza di serbatoi attivi di SARS-CoV-2 che potrebbero causare disturbi immunitari tissutali a lungo termine e aumentano la plausibilità che colpire la persistenza virale (tramite antivirali) potrebbe essere una strada terapeutica fondamentale per prevenire e curare il COVID lungo.

Nel complesso, la base di prove sta crescendo per un ruolo degli antivirali SARS-CoV-2 nella prevenzione del COVID lungo. L'ipotesi che i pazienti con COVID lungo accertato e prove di persistenza virale possano anche rispondere alla terapia antivirale è plausibile e dovrebbe essere valutata attentamente.

Abbiamo fatto notevoli progressi negli ultimi anni nel caratterizzare l'epidemiologia e i meccanismi del COVID lungo, ma c'è ancora molto da fare nella prevenzione e nel trattamento della condizione. Affrontare le esigenze di ricerca e assistenza delle persone con COVID lungo deve rimanere una priorità elevata per i governi. La salute e il benessere di milioni di persone ora e in futuro dipendono da noi nel compiere questi progressi.

[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(24\)00436-5/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(24)00436-5/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

CORRISPONDENZA - Volume 45, 101060, ottobre 2024 - Accesso Libero

Mortalità in eccesso modesta o significativa dovuta ai decessi per COVID-19 in Europa

Joan B. Soriano ^{a, b, c}, Adrián Peláez ^{c, d}, Sara Lumberras ^e, Esteve Fernández ^{c, f, g, h}, Giulio Ancochea ^{a, b, c}

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

Abbiamo letto con grande interesse l'eccellente articolo di Pizzato M et al., ¹ che fornisce un racconto affascinante sulla distribuzione dei decessi in eccesso per COVID-19 durante i primi quattro anni della pandemia in 29 paesi europei. Questa mortalità in eccesso è stata altamente variabile ma ampiamente spiegata da indicatori socioeconomici, interventi e vaccinazioni a livello nazionale.

Tuttavia, siamo rimasti sorpresi dal fatto che la Spagna non fosse tra i primi paesi con decessi in eccesso, anche nel 2020 e nel 2021, contrariamente alle nostre osservazioni. ^{2, 3} Riteniamo che questa discrepanza possa derivare da diversi metodi di calcolo dei decessi in eccesso, confrontando un aumento relativo dei decessi osservati dal 2010 al 2019, ¹ rispetto ai decessi effettivi per COVID-19 definiti come decessi derivanti da una malattia clinicamente compatibile, in un caso probabile o confermato di COVID-19, a meno che non vi sia una chiara causa alternativa di morte che non può essere correlata alla malattia da COVID-19, ad esempio un trauma, ³ come approvato da EUROSTAT. Queste due metriche, sebbene correlate, misurano cose diverse. Tuttavia, almeno in Spagna non può essere semplicemente che la prima sia inferiore alla seconda nel 2020 e nel 2021, e probabile nel 2022 e nel 2023 ([Tabella 1](#)). ^{1, 3, 4}

Anno	Decessi in eccesso ¹		Morti effettive ³			Totale
	n (95% CI)	% (95% CI)	N (%) ^{UN}	N (%) ^B	N (%) ^C	
2020	61.437 (59.362; 63.511)	14,0 (13,5; 14,6)	60.358 (12,2%)	14.481 (2,9%)	0 (0,0%)	74.839 (15,1%)
2021	17.690 (15.352; 20.027)	4,1 (3,6; 4,7)	39.444 (8,8%)	595 (0,1%)	44 (0,0%)	40.083 (8,9)
2022	27.176 (24.518; 29.833)	6,3 (5,6; 6,9)	31.606 (6,8%)	66 (0,0%)	25 (0,0%)	31.697 (6,8%)
2023	-740 (-3718; 2238)	-0,2 (-0,8; 0,5)	7885 (1,8%)	7 (0,0%)	6 (0,0%)	7898 (1,8%)
Totale	105.561 (95.531; 115.590)	6,1 (5,5; 6,7)	139.293 (7,6%)	15.149 (0,8%)	75 (0,0%)	154.517 (8,4%)

Tabella 1

Decessi in eccesso rispetto ai decessi effettivi dovuti al COVID-19 in Spagna dal 2020 al 2023.

Nota : i decessi in eccesso sono stati estratti dalle tabelle 1 e 2 di Pizzato M et al. ¹ Decessi effettivi in Spagna nel 2020 e nel 2021 secondo Soriano JB et al., ³ con

Il linguaggio utilizzato nel documento, come "... Circa mezzo milione di decessi in eccesso si sono verificati in ciascuno dei primi tre anni di pandemia, mentre solo un eccesso modesto è stato osservato nel 2023"; "... il suo impatto è stato modesto nel 2023, indicando una tendenza verso i livelli pre-pandemia"; "... mentre un eccesso minore è stato stimato per il 2023 (108.629 decessi, +2,1%)" merita un'attenta considerazione. Descrivere l'eccesso di mortalità del 2023 come "modesto" potrebbe essere fuorviante, poiché rischia di sminuire il significato dei decessi in eccesso osservati.

È importante affrontare tali caratterizzazioni con precisione, assicurandosi che la terminologia rifletta accuratamente i dati e le loro implicazioni

[https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(24\)00227-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(24)00227-8/fulltext)

Comprendere l'eccesso di mortalità in Europa durante la pandemia di COVID-19

Lasse S. Vestergaard   Richard G. Pebody

La pandemia di COVID-19 ha avuto conseguenze profonde e di vasta portata per i paesi e le persone, mentre si diffondeva in Europa e nel resto del mondo dall'inizio del 2020 in poi. ¹

L'impatto della pandemia è stato senza precedenti almeno dalla pandemia influenzale del 1918, ma lo sono state anche le conseguenze dirette e indirette delle risposte di sanità pubblica messe in atto dai governi nazionali, sebbene implementate con tempi e rigore diversi.

Rimangono importanti interrogativi sulle differenze nell'impatto della pandemia, ma anche sulle strategie di intervento ottimali. La mortalità rimane una misura chiave della gravità di qualsiasi nuova pandemia, ma anche dell'effetto di qualsiasi intervento.

In questo numero di *Lancet Regional Health Europe*, Pizzato et al. hanno analizzato le differenze nell'eccesso di mortalità per tutte le cause in 29 paesi in tutta Europa durante i primi quattro anni della pandemia di COVID-19, 2020-2023, che mettono in relazione con indicatori socioeconomici, interventi non farmaceutici e assunzione di vaccinazioni contro il COVID-19. ²

Gli autori hanno utilizzato stime di decessi in eccesso per tutte le cause per fornire una misura più completa e imparziale della mortalità pandemica rispetto ai decessi per causa specifica.

Analisi retrospettive come questa sono fondamentali per comprendere meglio in che modo la pandemia ha avuto un impatto diverso sui paesi e per identificare potenziali fattori esplicativi.

Gli autori stimano oltre 1,6 milioni di decessi in eccesso, ovvero l'8,0% in più rispetto alle attese, nei 29 paesi nel periodo di 4 anni, con circa mezzo milione di decessi in eccesso verificatisi durante ciascuno dei primi tre anni della pandemia (2020, 2021 e 2022), con solo un piccolo eccesso nel 2023.

Gli autori hanno scoperto che la mortalità in eccesso relativa nell'intero periodo era complessivamente più alta nei paesi dell'Europa orientale rispetto a quella occidentale, settentrionale e meridionale.

Esaminando i fattori esplicativi, hanno scoperto che la povertà era significativamente associata a una mortalità in eccesso più elevata, mentre un prodotto interno lordo (PIL) pro capite più elevato, una maggiore

spesa sanitaria e una maggiore assunzione di vaccino COVID-19 erano tutti associati a una minore mortalità in eccesso.

È interessante notare che non hanno rilevato alcuna associazione significativa né con la severità degli interventi non farmaceutici implementati né con la densità di popolazione nell'intero periodo di studio.

I risultati dell'autore si aggiungono al quadro generale di una variazione sorprendentemente ampia nell'impatto sulla mortalità della pandemia di COVID-19 in tutta Europa, anche tra paesi di stretta prossimità e somiglianza.

Ciò è probabilmente attribuibile a molteplici fattori demografici sociali e della popolazione, ma anche a differenze nella capacità dei servizi sanitari e a diverse risposte nazionali alla pandemia. Nel 2020, prima della disponibilità di vaccini COVID-19 autorizzati, i paesi si sono affidati a una serie di interventi non farmaceutici per mitigare l'impatto sulla salute.

È in qualche modo sorprendente che non sia stata trovata alcuna associazione con il rigore degli interventi implementati, come sollevato anche dagli autori. Infatti, sebbene l'analisi dei fattori di rischio non fosse stratificata per anno, in questo primo anno c'erano chiare differenze nell'impatto sulla mortalità per paese. La scoperta degli autori di una forte associazione tra la vaccinazione COVID-19 e una minore mortalità in eccesso pandemica è supportata da un altro recente studio a livello europeo sulle vite salvate dalla vaccinazione COVID-19, con risultati simili di più decessi evitati per i paesi che hanno raggiunto un'elevata e precoce copertura vaccinale dei gruppi vulnerabili. ³

In situazioni di pandemia, l'eccesso di mortalità per tutte le cause fornisce una misura più completa della mortalità per causa specifica, non limitata dalla disponibilità di test diagnostici, strategie di test applicate e qualità dei sistemi di sorveglianza.

La mortalità per tutte le cause riflette anche meglio gli effetti diretti e indiretti della pandemia correlati ai cambiamenti temporali nell'epidemiologia di altre malattie trasmissibili e non trasmissibili, conseguenze di servizi sanitari inadeguati, cambiamenti nel comportamento di ricerca della salute ecc.

In Europa, le stime settimanali dell'eccesso di mortalità per tutte le cause fornite durante la pandemia di COVID-19 in tempo reale da organizzazioni come l'European Mortality Monitoring Network (EuroMOMO) sono diventate uno strumento ampiamente utilizzato per l'"allerta precoce", che ha informato sia la comprensione pubblica che la risposta della sanità pubblica. ^{4,5}

Tuttavia, si dovrebbe anche essere consapevoli dei problemi metodologici nella stima dell'eccesso di mortalità, con metodi diversi applicati da gruppi diversi durante la pandemia, che a volte portano a risultati contrastanti. ⁶⁻⁸

Questi possono derivare da differenze nelle fonti di dati utilizzate e/o scelte negli approcci di modellazione, ad esempio relativi alla stima del livello previsto di decessi in una popolazione definita. ⁹

Non sapremo mai il numero reale di decessi causati dalla pandemia di COVID-19; tuttavia, le stime di mortalità in eccesso specifiche per paese presentate da Pizzato et al. aggiungono ulteriore valore al lavoro globale esistente ¹⁰ e alla nostra comprensione dell'impatto della pandemia di COVID-19 in Europa, di ciò che ha funzionato per ridurla durante le fasi prima e dopo la disponibilità di vaccini efficaci, ma anche, cosa importante, del ruolo dei fattori economici sottostanti e della capacità dei sistemi sanitari.

Tale conoscenza ci aiuterà a prepararci meglio per le pandemie del futuro e ad assicurare maggiore equità nella risposta alle future emergenze sanitarie globali.

Tuttavia, date le sfide metodologiche, saranno necessarie ulteriori analisi retrospettive per comprendere appieno la mortalità in eccesso dovuta alla pandemia di COVID-19 e l'effetto degli interventi implementati.

[https://www.thelancet.com/journals/lanpe/article/PIIS2666-7762\(24\)00220-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpe/article/PIIS2666-7762(24)00220-5/fulltext)

Antimicrobico resistenza. Arrivano le linee guida Oms per frenare l'inquinamento derivante dalla produzione di antibiotici

“I rifiuti farmaceutici derivanti dalla produzione di antibiotici possono facilitare l'emergere di nuovi batteri resistenti ai farmaci, che possono diffondersi a livello globale e minacciare la nostra salute. Il controllo dell'inquinamento derivante dalla produzione di antibiotici contribuisce a mantenere questi farmaci salvavita efficaci per tutti” ha dichiarato Yukiko Nakatani dell'Oms.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato le sue prime linee guida sull'inquinamento da antibiotici derivanti dalla produzione. Le nuove linee guida sulla gestione delle acque reflue e dei rifiuti solidi per la produzione di antibiotici fanno luce su questa sfida importante ma trascurata in vista della riunione di alto livello dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite (UNGA) sulla resistenza antimicrobica (Ame) che si terrà il 26 settembre 2024.

L'insorgenza e la diffusione della resistenza antimicrobica causata dall'inquinamento da antibiotici potrebbe compromettere l'efficacia degli antibiotici a livello globale, compresi i medicinali prodotti nei siti di produzione responsabili dell'inquinamento.

Nonostante gli elevati livelli di inquinamento da antibiotici siano ampiamente documentati, il problema è in gran parte non regolamentato e i criteri di garanzia della qualità in genere non riguardano le emissioni ambientali. Inoltre, una volta distribuiti, mancano le informazioni fornite ai consumatori su come smaltire gli antibiotici quando non vengono utilizzati, ad esempio quando scadono o quando un ciclo è terminato ma rimangono ancora antibiotici.

“I rifiuti farmaceutici derivanti dalla produzione di antibiotici possono facilitare l'emergere di nuovi batteri resistenti ai farmaci, che possono diffondersi a livello globale e minacciare la nostra salute. Il controllo dell'inquinamento derivante dalla produzione di antibiotici contribuisce a mantenere questi farmaci salvavita efficaci per tutti” ha dichiarato la dott.ssa Yukiko Nakatani, vicedirettore generale dell'Oms ad interim per la resistenza antimicrobica.

A livello globale, vi è una mancanza di informazioni accessibili sui danni ambientali causati dalla produzione di medicinali. “La guida fornisce una base scientifica indipendente e imparziale per le autorità di regolamentazione, gli appaltatori, gli ispettori e l'industria stessa per includere un solido controllo dell'inquinamento da antibiotici nei loro standard”, ha affermato la dott.ssa **Maria Neira**, direttore del Dipartimento dell'ambiente, dei cambiamenti climatici e della salute dell'Oms. “In modo critico, la forte attenzione alla trasparenza consentirà agli acquirenti, agli investitori e al pubblico in generale di prendere decisioni che tengano conto degli sforzi dei produttori per controllare l'inquinamento da antibiotici”.

Una serie di organismi internazionali hanno auspicato le definizioni di linee guida, tra cui il [Comitato esecutivo dell'OMS](#), i [ministri della salute del G7](#) e l'[UNEP](#). “Il ruolo dell'ambiente nello sviluppo, nella trasmissione e nella diffusione della resistenza antimicrobica richiede un'attenta considerazione poiché le prove stanno aumentando. C'è un ampio consenso sul fatto che l'azione in materia ambientale debba diventare una soluzione più incisiva. Ciò include la prevenzione e il controllo dell'inquinamento da sistemi municipali, siti di produzione, strutture sanitarie e sistemi agroalimentari”, ha affermato **Jacqueline Alvarez**, Capo della Divisione Industria ed Economia presso il Programma delle Nazioni Unite per l'Ambiente (UNEP).

La guida è stata sviluppata in stretta collaborazione con un gruppo eterogeneo di esperti internazionali che rappresentano il mondo accademico, le autorità di regolamentazione, gli ispettori, le organizzazioni internazionali come l'UNEP, Programma delle Nazioni Unite per l'Ambiente e altri settori. Il progetto è stato inoltre sottoposto a consultazione pubblica, ricevendo preziosi contributi dall'industria e da altre parti interessate. Anche l'industria ha raccolto questa sfida, attraverso un'iniziativa volontaria guidata dall'industria stessa che può essere aggiornata in alcuni settori per allinearsi alle nuove linee guida.

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=124052

Guidance on wastewater and solid waste management for manufacturing of antibiotics



UN
environment
programme

World Health
Organization

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1725355191.pdf>

quotidianosanità.it

Arbovirosi. Al 10 settembre in Italia 412 casi confermati di Dengue, 6 di Zika virus e 12 di Chikungunya. L'aggiornamento Iss

Segnalati inoltre 42 casi confermati di infezione neuro-invasiva - TBE (di cui 40 autoctoni) e 64 casi confermati di Toscana Virus (tutti autoctoni, età mediana di 53 anni, 67% di sesso maschile e nessun decesso). Per Dengue, Zika virus e Chikungunya si tratta per la quasi totalità di casi importati.

Dal 1° gennaio al 10 settembre 2024, al sistema di sorveglianza nazionale risultano:

- 412 casi confermati di Dengue (410 associati a viaggi all'estero e 2 casi autoctoni, età mediana di 40 anni, 48% di sesso maschile e nessun decesso);
- 6 casi confermati di Zika Virus (tutti associati a viaggi all'estero, età mediana di 49 anni, 50% di sesso maschile e nessun decesso);
- 12 casi confermati di Chikungunya (tutti associati a viaggi all'estero, età mediana di 49 anni, 50% di sesso maschile e nessun decesso);
- 42 casi confermati di infezione neuro-invasiva - TBE (40 casi autoctoni e 2 associati a viaggi all'estero, età mediana di 54 anni, 69% di sesso maschile e nessun decesso);
- 64 casi confermati di Toscana Virus (tutti autoctoni, età mediana di 53 anni, 67% di sesso maschile e nessun decesso).

Questo quanto riportato nell'aggiornamento dell'Istituto superiore di sanità.

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=124283

quotidianosanità.it

Anni di vita in buona salute. Eurostat: media europea 62,2 anni. E l'Italia ai primi posti con 67,8 per le donne e 67,1 per gli uomini

Gli anni di vita in buona salute, liberi da limitazioni di attività, rappresentano rispettivamente il 75% e l'80% dell'aspettativa di vita totale per donne e uomini. Pertanto, in media, gli uomini tendono a trascorrere una quota maggiore della loro vita, anche se questa risulta in media un po' più breve di quella delle donne, liberi da limitazioni di attività.

25 SET - Una vita lunga sì, ma quanta vita in Europa si trascorre in buona salute?

Secondo i nuovi dati [Eurostat](#), nel 2022, il numero di anni di vita in buona salute alla nascita nell'UE era in media di 62,6 anni, nel dettaglio 62,8 anni per le donne e 62,4 anni per gli uomini.

L'aspettativa di vita alla nascita per le donne nell'UE risulta, in media, 5,4 anni più lunga di quella per gli uomini (83,3 anni rispetto a 77,9 anni).

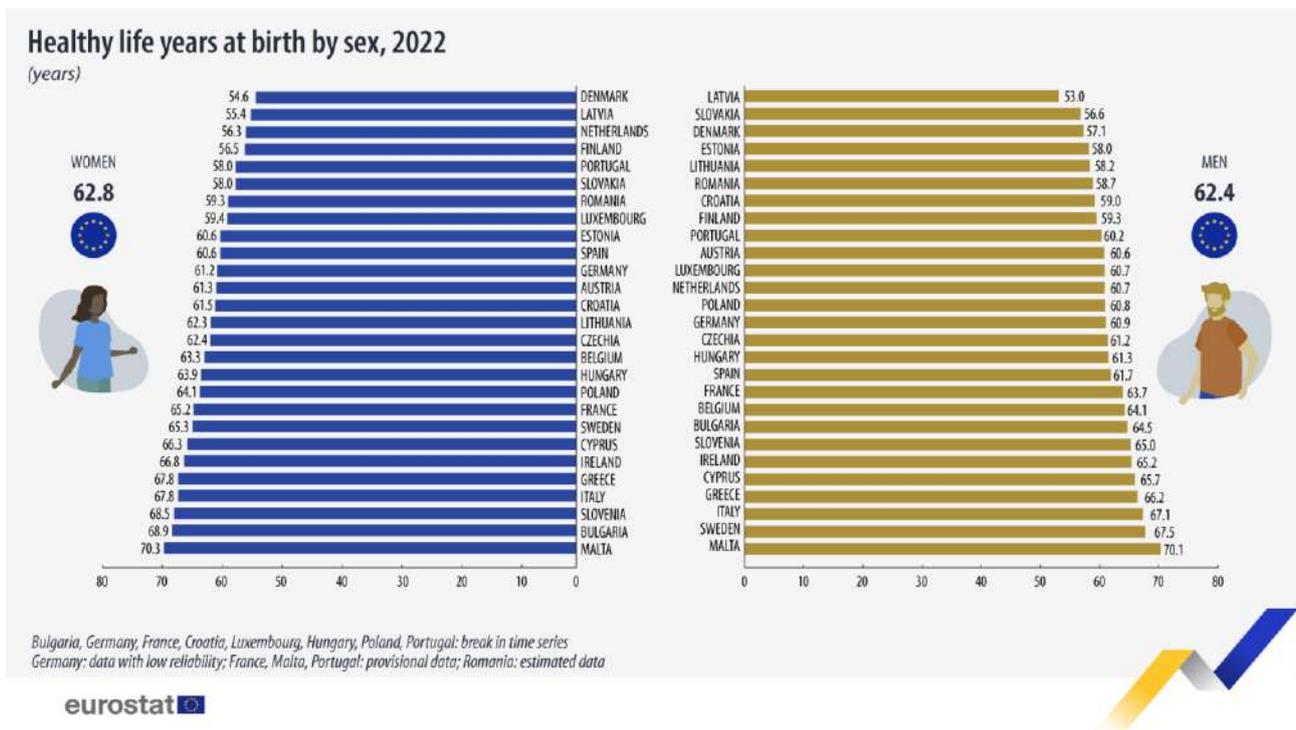
Gli anni di vita in buona salute, liberi da limitazioni di attività, rappresentano rispettivamente il 75% e l'80% dell'aspettativa di vita totale per donne e uomini.

Pertanto, in media, gli uomini tendono a trascorrere una quota maggiore della loro vita, anche se questa risulta in media un po' più breve di quella delle donne, liberi da limitazioni di attività.

Il nostro Paese si difende egregiamente in questa classifica: tra i paesi dell'UE, Malta ha registrato il numero più alto di anni di vita in buona salute alla nascita nel 2022 per le donne (70,3 anni), davanti a Bulgaria (68,9 anni), Slovenia (68,5 anni) e Italia (67,8)

Al contrario, la Danimarca ha avuto il numero più basso di anni di vita in buona salute per le donne (54,6 anni), seguita da Lettonia (55,4 anni) e Paesi Bassi (56,3 anni).

Il numero più elevato di anni di vita in buona salute per gli uomini è stato registrato anche a Malta (70,1), seguita da Svezia (67,5) e Italia (67,1), mentre quelli più bassi sono stati riscontrati in Lettonia (53 anni), Slovacchia (56,6 anni) e Danimarca (57,1 anni).



https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=124587



Dati comparabili sui risultati riferiti dai pazienti nel mondo reale in diverse condizioni sanitarie, contesti e paesi: la collaborazione internazionale PROMIS

[Caroline B. Terwee](#), [Sara Ahmed](#), [Rehab Alhasani](#), [Jordi Alonso](#), [Susan J. Bartlett](#), John E. Chaplin, [Juhee Cho](#), +18, e [David Cella](#)

Publicato il 21 agosto 2024

NEJM Catal Innov Care Deliv 2024 ; 5 (9)

Astratto

La voce del paziente è fondamentale per ottenere un'assistenza basata sul valore, migliorare i risultati sanitari e far progredire la ricerca medica. Tuttavia, una sfida fondamentale è come tradurre questa "voce" in dati scientificamente validi che possano informare le decisioni cliniche basate sulle prove.

Uno degli ostacoli più grandi è la grande varietà di risultati riferiti dal paziente (PRO) e misure di risultati riferiti dal paziente (PROM) disponibili e le sfide associate di traduzione, convalida, implementazione e interpretazione, rendendo difficile ottenere risultati sanitari validi e comparabili.

Gli autori presentano un approccio globale armonizzato alla standardizzazione internazionale di PRO e PROM. Questo approccio ha il potenziale per accelerare l'assistenza incentrata sul paziente facilitando la raccolta di prove del mondo reale accurate e comparabili sui risultati sanitari più importanti per i pazienti.

Questo approccio proposto è costituito da due elementi: un processo di raccolta dati basato su un set comune di PRO e un approccio di misurazione all'avanguardia basato sulla teoria della risposta agli item. In primo luogo, ci sono sempre più prove che risultati come dolore, affaticamento, ansia, depressione, disturbi del sonno, funzionalità fisica e capacità di partecipare a ruoli e attività sociali sono rilevanti per la maggior parte delle persone, indipendentemente dalle loro condizioni di salute.

Misurare questi risultati di routine in tutti i pazienti potrebbe aumentare la comparabilità dei risultati e l'utilità per una serie di parti interessate. In secondo luogo, una strategia di misurazione basata su un approccio psicometrico all'avanguardia, che utilizza anche di elementi basate sulla teoria della risposta agli item (IRT), offre PROM brevi, flessibili, sostenibili e universalmente applicabili con solide proprietà di misurazione e una scala di misurazione comune.

L'integrazione unica di questi due elementi offre il potenziale per raccogliere dati PROM comparabili tra pazienti e fornitori per supportare un processo decisionale condiviso, che può portare a risultati migliori.

Il Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) è un esempio di tale approccio utilizzato a livello globale. Le misure del profilo PROMIS servono come risorsa per misurare un set di base armonizzato di PRO tra condizioni mediche, lingue e paesi.

Per raggiungere l'obiettivo di sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite di garantire vite sane e promuovere il benessere per tutti, a tutte le età, è necessario uno sforzo collaborativo per raggiungere un consenso sulla standardizzazione internazionale di PRO e PROM per accelerare l'assistenza incentrata sul paziente in tutte le condizioni di salute, gli ambienti e i paesi.

Gli autori propongono di misurare regolarmente un set di base di PRO ampiamente rilevanti in tutti i pazienti, indipendentemente dalle loro condizioni di salute, con PROM basati su IRT universalmente applicabili.

https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.24.0045?query=CON&ssotoken=U2FsdGVkX19nB%2BEUzKHqfwO7s6Niu81aREjDeYnnW0d%2Fk2BbC55e0OaJrUPP19WmjRWJxQqcEYdgiDJXENwSeSdNHCFOMlxx8k9AZt4nE0uuiWH7kAHQNwDzM5DOPasbGMQcW3DZN%2B2lhi5Z8Po0pSvuZk aK3u55qNXPFIHFrWYYFex8aSfSI6zPvL0%2BhvQCEpJ90JOoo3z%2FXSCf5Lcy6A%3D%3D&cid=DM2358711_Catalyst_Non_Subscriber&bid=-1781566630

L'ospedale che cambia



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Danno morale e crisi globale del personale sanitario: approfondimenti da una partnership internazionale

Wendy Dean, Deborah Morris, Pierre-Michel Llorca, Simon G. Talbot, Guillaume Fond, Antoine Duclos. e Laurent Boyer

Pubblicato il 31 agosto 2024

N inglese J Med 2024 ; 391 : 782-785

DOI: 10.1056/NEJMp2402833

La forza lavoro sanitaria negli Stati Uniti e in Europa sta lottando e si sta riducendo a ritmi insostenibili.

Un medico su cinque e un infermiere su quattro potrebbero abbandonare la professione nei prossimi 3-5 anni. ¹

Molti osservatori attribuiscono questo esodo al burnout, aumentato durante e dopo la pandemia di Covid.² Il burnout si verifica quando le richieste superano le risorse dei lavoratori e si è dimostrato ostinatamente resistente agli interventi.

Tuttavia, non considerando il ruolo dei valori compromessi, dell'etica e del significato esistenziale come fattori scatenanti del disagio, "burnout" offre un resoconto incompleto della crisi della forza lavoro sanitaria.

Al contrario, "danno morale" descrive il disagio basato sui valori insito nell'abbandono del principio fondamentale delle professioni sanitarie: il patto di cura.

Questa esperienza è radicata in rotture relazionali e dilemmi etici che riflettono il significativo significato personale che le persone attribuiscono a trasgressioni e tradimenti percepiti. Tali

esperienze di "significato allegato" sono distinte dallo "squilibrio transazionale", o disallineamento tra domanda e risorse, del burnout, sebbene spesso coesistano con tale squilibrio.

Comprendere i fattori comuni del danno morale in vari tipi di sistemi sanitari è fondamentale per identificare soluzioni efficaci per garantire una forza lavoro fiorente e un'assistenza ottimizzata ai pazienti.

Jonathan Shay ha definito il danno morale come le conseguenze psicologiche ed emotive sperimentate da soldati e veterani derivanti da un tradimento percepito da un'autorità in una situazione ad alto rischio. Il tradimento porta a violare convinzioni morali profondamente radicate e quindi genera ferite emotive durature.

Nell'assistenza sanitaria, quelle convinzioni fondamentali profondamente radicate sono incarnate nei giuramenti che i professionisti prendono per dare priorità alle esigenze dei pazienti; questi principi fondano i nostri quadri decisionali etici e danno significato alle nostre azioni.³

Nell'assistenza sanitaria, ci sono alcune situazioni moralmente complesse inevitabili che gli operatori sanitari si aspettano e sono addestrati ad affrontare.

Ma i medici sono sempre più esposti a conflitti morali evitabili generati da decisioni organizzative, guidate da un focus sul risultato finale, che compromettono l'assistenza in vari modi.

Gli effetti di tali decisioni possono includere carenza di personale, scarsa infrastruttura fisica, risorse inadeguate, modelli di servizio inappropriati o carenza di posti letto che portano a sovraffollamento cronico e risultati clinici compromessi.

Che le decisioni siano tentativi di massimizzare i ricavi nei sistemi finanziarizzati (quelli in cui il processo decisionale finanziario domina i pensieri e le pratiche dei dirigenti o in cui il settore finanziario è profondamente investito) o riflettano fallimenti nel finanziare adeguatamente o fornire una gestione fiscale efficace nei sistemi pubblici, possono ostacolare la capacità dei professionisti sanitari di fornire un'assistenza sicura, ottimale o persino adeguata ai loro pazienti.

Tali conflitti si accumulano, portando in ultima analisi a danni morali e sentimenti di rabbia, frustrazione, colpa e vergogna.

Gli imperativi aziendali delle entità sanitarie finanziarizzate negli Stati Uniti portano simultaneamente a incongruenze transazionali che causano burnout e complicano l'impegno degli operatori sanitari nei confronti dei loro giuramenti, predisponendoli al danno morale.

Creano alleanze concorrenti e forniscono incentivi alla collusione nel profitto.⁴

I sistemi finanziati con fondi pubblici, in cui i pazienti teoricamente non vengono sfruttati per massimizzare la posizione finanziaria di un'organizzazione, potrebbero essere tenuti a proteggere i lavoratori dal danno morale.

Ad esempio, né l'assicurazione sanitaria obbligatoria in Francia né il National Health Service (NHS) nel Regno Unito hanno il compito di generare profitto. Eppure gli operatori sanitari in tutti e tre i paesi concordano fermamente sul fatto di subire un danno morale.⁵

I servizi sanitari finanziati con fondi pubblici affrontano notevoli sfide organizzative a causa dei vincoli di bilancio pubblico. L'assistenza sanitaria francese, ad esempio, un tempo celebrata per la sua accessibilità e qualità, affronta le sfide dell'"industrializzazione" dell'assistenza sanitaria e di un modello simile a DRG (gruppo correlato alla diagnosi) che enfatizza la produttività rispetto ai valori incentrati sul paziente.

Gli operatori sanitari affrontano budget in calo, ambienti di lavoro in deterioramento e carenze di personale. L'attenzione all'efficienza ha sollevato preoccupazioni sulla sostenibilità di elevati standard di assistenza. Nel Regno Unito, l'NHS affronta sfide mai incontrate prima.

La pandemia di Covid ha esposto e ampliato le crepe nell'infrastruttura per l'assistenza sanitaria e sociale e ha esacerbato i principali fattori trainanti delle disuguaglianze sanitarie.

Anni successivi di tagli al bilancio e di cattiva gestione fiscale che ha dato priorità a obiettivi politici a breve termine hanno spianato la strada alla crescente privatizzazione dell'assistenza sanitaria. I fornitori quotati in borsa di proprietà internazionale con azionisti ora mettono a confronto dividendi, espansione e redditività con valori incentrati sul paziente.

Mentre i sistemi sanitari francese e britannico diventano sempre più privatizzati e finanziarizzati, rispecchiando il sistema statunitense, il potenziale per conflitti morali e danni morali tra amministratori, medici, pazienti, pagatori e venditori crescerà.

Come ha riassunto Eric Reinhart in un saggio *del New York Times*, i dottori non sono esauriti; siamo demoralizzati da un sistema sanitario che antepone i profitti ai pazienti.

La nostra alleanza internazionale mira a trovare punti in comune tra paesi culturalmente diversi con modelli di finanziamento ampiamente disparati per chiarire la complessità e la natura multistrato del danno morale in modo da poter sviluppare soluzioni efficaci alla crisi di disagio tra gli operatori sanitari.

Riassumiamo gli approcci attuali e proposti per mitigare e prevenire il burnout e il danno morale nel [diagramma](#).

Interventi focalizzati individualmente come il supporto tra pari, la consapevolezza, la gestione del carico di lavoro, la tenuta di un diario della gratitudine e lo yoga sono stati i capisaldi degli sforzi per affrontare il burnout.

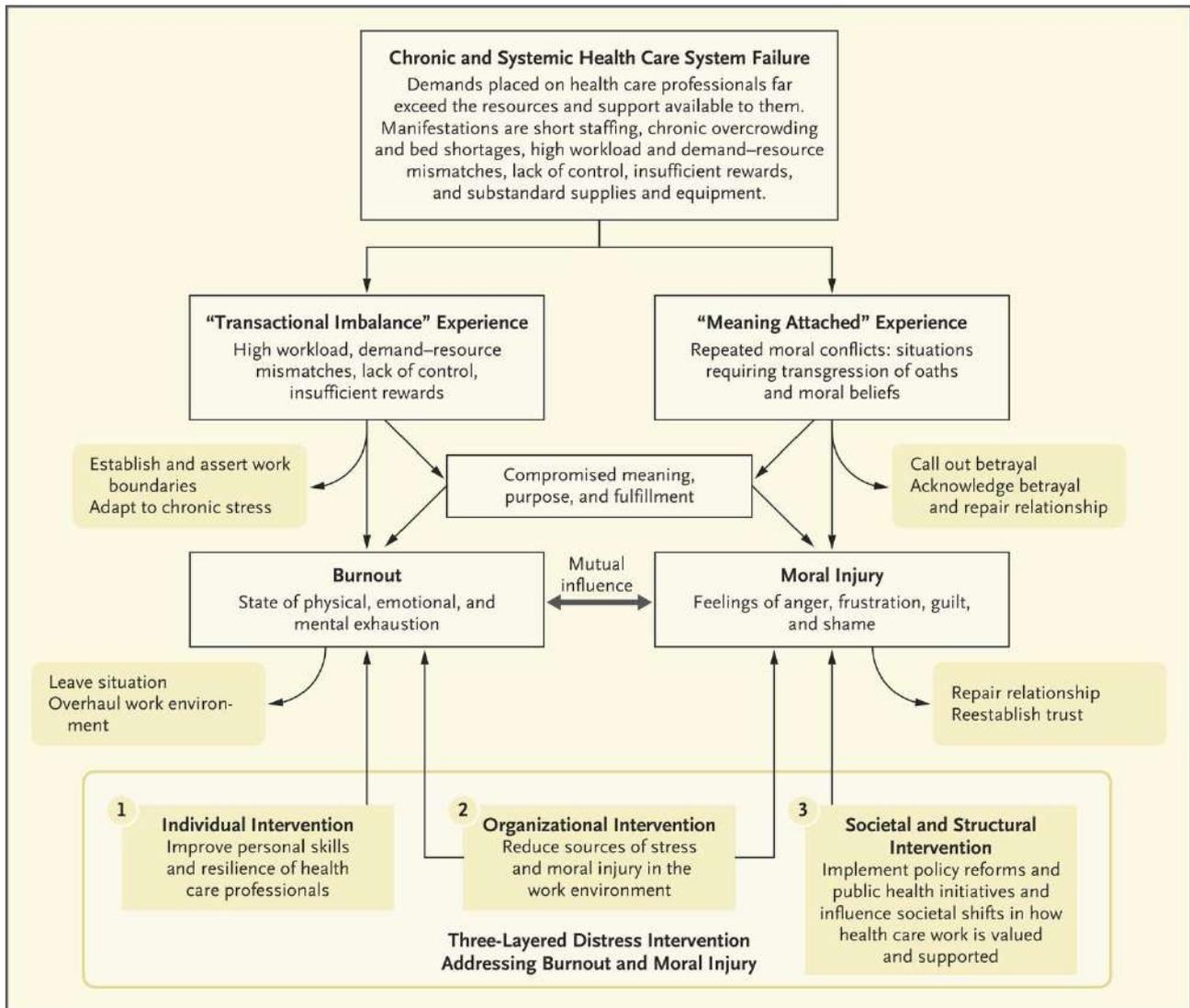
Riteniamo che gli approcci al danno morale debbano invece concentrarsi sul livello organizzativo per ridurre le fonti evitabili di conflitti morali, tra cui il disallineamento tra valori aziendali e sanitari, valori e comportamento organizzativo, silenziamento e lamentele non affrontate che danneggiano la fiducia, e promuovere una cultura incentrata sulla moralità.

I leader dei sistemi sanitari, delle società professionali e delle agenzie nazionali devono riconoscere il danno morale come un'esperienza separata e distinta dal burnout, che pertanto non può essere efficacemente riparato all'interno del quadro del burnout. In relazione a ciò, è fondamentale che la nostra comprensione del danno morale mantenga integrità e chiarezza concettuali; si dovrebbero evitare fenomeni di creep e diluizione dei concetti.

Attualmente, non esiste né una definizione culturalmente inclusiva e consensuale di danno morale nell'assistenza sanitaria né un approccio accettato per misurarlo.

Stabilire entrambi è una priorità per un programma di ricerca internazionale completo.

Indagini internazionali, studi longitudinali e approcci qualitativi a cui partecipano operatori sanitari e amministratori possono essere utilizzati per identificare fattori comuni di disagio, effetti, meccanismi di protezione e risultati in vari modelli aziendali per l'erogazione dell'assistenza.



Un quadro teorico per affrontare il burnout e il danno morale tra i professionisti sanitari.

Oltre alla definizione e alla misurazione, ci sono scarse prove riguardo agli interventi efficaci, dato che il "danno morale" fa parte del lessico sanitario solo da circa 5 anni.

Quindi, una volta gettate le basi, crediamo che alcune strategie organizzative chiave debbano essere implementate e che si debbano raccogliere dati sulla loro efficacia.

Queste misure danno priorità a fiducia, trasparenza, comunicazione aperta e cicli di feedback efficaci, poiché si concentrano su cambiamenti strutturali e allineamento etico.

Il primo è ripristinare il fondamento morale storico dell'assistenza sanitaria adottando, in tutte le organizzazioni sanitarie, gli stessi obblighi e valori che i professionisti sanitari giurano di sostenere, che danno priorità alle esigenze dei pazienti. Tale impegno ridurrà il disallineamento tra gli obblighi dei professionisti e i principi di gestione delle loro organizzazioni.

Una seconda strategia chiave è stabilire quadri etici organizzativi.

Alcuni fattori di stress morale nell'assistenza sanitaria sono inevitabili. Riteniamo che i leader debbano sforzarsi di creare una cultura che accetti le diverse risposte dei lavoratori alle situazioni difficili senza patologizzarle. Invece, offrire un linguaggio descrittivo e fornire quadri etici e intellettuali appropriati e condivisi per queste esperienze, insieme a opportunità di elaborarle con altri, può essere riparativo.

In terzo luogo, la leadership clinica dovrebbe essere rafforzata.

I leader clinici con forti capacità etiche e gestionali possono sostenere il benessere del clinico e del paziente nel processo decisionale. Tale sostegno aumenterà la fiducia nei confronti degli operatori sanitari in prima linea e sosterrà le decisioni incentrate sul paziente.

Infine, i dirigenti sanitari, i legislatori e i pagatori federali dovrebbero impegnarsi per migliorare il dibattito pubblico sui determinanti strutturali della salute.

Le esigenze sanitarie sono illimitate, indipendentemente dai modelli di finanziamento; ci sarà sempre tensione tra esigenze e risorse disponibili. Evitare le conversazioni pubbliche sull'allocazione delle risorse lascia decisioni pesanti e moralmente rischiose ai decisori politici o ai singoli clinici, aumentando il rischio di danni morali per i clinici.

Discussioni aperte e ampiamente inclusive sui determinanti strutturali della salute e sull'allocazione delle risorse sono fondamentali per riallineare i valori dell'assistenza sanitaria con le esigenze delle persone che serviamo.

Analogamente, il dibattito futuro sul danno morale deve riconoscere che le risorse sono finite e continuare a confrontarsi con la fornitura di assistenza morale ed etica, garantendo al contempo l'uso responsabile e trasparente dei soldi pubblici.

Solo attraverso il dialogo, il rispetto reciproco e un impegno collettivo per un'assistenza etica possiamo gettare le basi per sistemi sanitari resilienti, equi e veramente incentrati sulla moralità.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2402833?query=TOC&ssotoken=U2FsdGVkX19nB%2BEUzKHqfwO7s6Niu81aREjDeYnnW0d%2Fk2BbC55e0OaJrUPP19WmjRWJxQqcEYdgiDJXENwSeSdNHCFOMlxx8k9AZt4nE0uuiWH7kAHQNwDzMSDOPasbGMQcW3DZN%2B2lhi5Z8Po0pSvuZkaK3u55gNXPFiHFrWYYFex8aSfSI6zPvL0%2BhvQCEpJ90JOoo3z%2FXSCf5Lcy6A%3D%3D&cid=DM2358870 Non Subscriber&bid=-1778377805>



Nasce Value Based Healthcare Italian Center: presentato a Roma il primo network nazionale dell'ecosistema salute Italia

giovedì 26 Settembre 2024

Migliorare l'esperienza di cura del paziente, ridurre il costo dell'assistenza, garantire la sostenibilità del sistema sanitario attraverso un modello orientato alla generazione di valore: sono questi, tra gli altri, gli obiettivi del [VBHC Italian Center](#), il primo centro italiano dedicato al Value-Based Healthcare, presentato oggi a Roma e nato dalla collaborazione tra FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere) e Telos Management Consulting, avviata già nel 2021 con l'intento di creare una comunità professionale value based oriented e la realizzazione di un progetto di ricerca che ha coinvolto numerosi ospedali italiani.

Il Summit di oggi a Roma è l'occasione per condividere la visione di tutti i partecipanti al network, nonché le pratiche nazionali e internazionali. Tra gli ospiti, oltre ai promotori dell'iniziativa, Giovanni Migliore, presidente nazionale FIASO e Alessandro Bacci, CEO Telos Management Consulting, numerosi Direttori Generali di Organizzazioni sanitarie e vertici di Istituzioni pubbliche e private. Al centro congressi Roma Eventi Fontana di Trevi sono presentate le prospettive della Valued Based Healthcare in Italia e le esperienze dirette sul campo. Attraverso il lavoro guidato in tavole rotonde suddivise per direttrici tematiche sarà realizzato poi un documento, che sarà presentato ai diversi interlocutori istituzionali con lo scopo di favorire lo sviluppo e la diffusione di un orientamento VBHC del Sistema Sanitario Nazionale.

“Il presente e soprattutto il futuro del nostro servizio sanitario e della salute dei cittadini dipendono da quanto saremo in grado di abbandonare la logica attuale della rincorsa alle prestazioni, per orientarci invece verso una reale produzione di valore.” – dichiara Giovanni Migliore – “Fiaso, da molti anni, è in prima linea per

promuovere in tutte le aziende sanitarie e ospedaliere un approccio realmente ‘value based’, basato cioè sulla massimizzazione del valore dei servizi erogati ai pazienti.

Un modello sempre più diffuso a livello internazionale a cui guardiamo con interesse per portare avanti una trasformazione del modo di pensare, programmare ed erogare l’assistenza sanitaria. Per questo siamo particolarmente soddisfatti dell’avvio del Vbhc Italian center, il primo network del nostro sistema salute disegnato per individuare e condividere le scelte ad alto valore di qualità da diffondere in tutto il territorio nazionale. Il workshop di oggi presenta le migliori esperienze già realizzate dalle aziende del servizio sanitario pubblico, offrendo spunti di discussione su temi, modelli e aspetti specifici, per poter fare sempre meglio con le risorse disponibili. Una grande sfida – continua – per i manager della sanità, che ci appassiona da sempre e che vogliamo condividere con tutti coloro che come noi giocano o fanno il tifo per il servizio sanitario nazionale pubblico e per la tutela della salute”.

“Il passaggio alla Vbhc come nuovo modo di pensare, gestire e immaginare la sanità ha un carattere di urgenza oltre che di opportunità. Il Vbhc Italian center rappresenta uno strumento molto potente per rendere operative nuove strategie di orientamento al valore salute” dichiara Alessandro Bacci. “Per farlo il primo passo è fare Sistema ed è per questo che i principali attori dell’ecosistema salute si riuniscono in modo integrato, ognuno con la sua visione e competenza, per tracciare sinergicamente i confini ed i contenuti di un nuovo modo di pensare ed organizzare il sistema salute”.

“Rivedere l’organizzazione, garantire una reale integrazione, abbattere ogni forma di silos, potenziare la trasversalità di azione, rendere il paziente soggetto attivo e consapevole, raccogliere dati e soprattutto misurare: questi – conclude – sono solo alcuni ingredienti di un passaggio ad un nuovo modo di intendere i concetti di Valore, Salute e Sanità”.

In un momento in cui il settore sanitario sta affrontando sfide senza precedenti, è importante adottare approcci innovativi per migliorare l’efficienza, la qualità e l’accesso alle cure. I sistemi sanitari di tutte le economie sviluppate, nonostante le loro differenze organizzative e gestionali, secondo gli ultimi dati disponibili si trovano oggi ad affrontare le stesse sfide: progressivo invecchiamento della popolazione con aumento delle patologie che richiedono più contatti con le strutture sanitarie, riduzione del numero delle nascite con conseguente aumento delle persone anziane, un aumento della spesa sanitaria generato dallo sviluppo dell’innovazione.

Tutti questi fattori, nel tempo, hanno contribuito a far lievitare la spesa sanitaria, minacciando la sostenibilità dei sistemi sanitari: si stima che circa il 20% della spesa pubblica non produce alcun ritorno in termini di salute.

Il Value-Based Healthcare Italian Center, attraverso il coinvolgimento dei principali player della filiera salute, intende lavorare per sviluppare e implementare un modello basato sul valore, indirizzando le attività:

- allo sviluppo di una dimensione culturale, attraverso azioni volte alla sensibilizzazione, formazione e condivisione della cultura di assistenza Value Based
- all’applicazione concreta e contestualizzata della presente metodologia, attraverso azioni volte alla sperimentazione, misurazione dei risultati, Value KPI, benchmarking e partnership internazionali.

Nel 2023, la comunità professionale FIASO ha instaurato rapporti internazionali, promuovendo lo scambio di pratiche con il Portogallo e la Catalogna, considerati un’eccellenza nel campo della Value-Based Healthcare.

Oggi la rete del VBHC Italian Center coinvolge istituzioni ed enti, sistema e associazioni, ricerca e innovazione, industrie, aziende sanitarie, con oltre 150 tra professionisti e personale formato.

<https://www.fiaso.it/nasce-value-based-healthcare-italian-center-presentato-a-roma-il-primo-network-nazionale-dellecosistema-salute-italia/>

Nascerà a Viareggio il primo ospedale "virtuale" d'Italia

a cura della redazione di Firenze

Per la Regione Toscana ci sarebbe un risparmio di 211 milioni, per il sistema sanitario nazionale di 2,64 miliardi. Si potrà accedere tramite videochiamate, chat, e-mail o applicazioni mobili

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

È quanto emerso nell'ambito della Festa della salute *Icare* di Viareggio dove Claudio Zanon, direttore scientifico di Motore Sanità, ha illustrato il progetto pilota.

Una vera e propria rivoluzione quella già sperimentata all'estero con gli ospedali virtuali, spiega una nota, che ora si preparano ad aprire in Italia.

"Il primo progetto - ha spiegato Zanon - partirà proprio da Viareggio, con un piano che, in base alle nostre stime, potrà portare un risparmio per la Regione Toscana di 211 milioni di euro".

Il modello è il *Mercy virtual Hospital*, operativo dall'autunno del 2015 negli Stati Uniti. Il progetto pilota si avvarrà di una struttura inizialmente di circa 1.000 metri quadri. L'ospedale virtuale sarà replicabile in ogni territorio.

I pazienti, attraverso l'ospedale virtuale, possono accedere a servizi medici online tramite videochiamate, chat, e-mail o applicazioni mobili. Possono ricevere consultazioni mediche, prescrizioni, monitoraggio delle condizioni di salute, e gestione delle malattie croniche da remoto.

Possono essere seguiti da un team medico virtuale per la gestione delle loro esigenze mediche, con visite di follow-up regolari e supporto continuo. E poi ci sono i risparmi per il Servizio sanitario.

"Basandosi su una stima di 527.050 ricoveri evitabili per malattie croniche e un costo medio di 5.000 euro per ricovero - si sottolinea - i potenziali risparmi per il sistema sanitario italiano ammonterebbero a circa 2,64 miliardi di euro".

"Per Viareggio - prosegue Zanon - abbiamo già preso contatti con il sindaco, con le autorità sanitarie. E poi ci sono altri due progetti: il primo, nella città di Como, il terzo a Cosenza".

"Dobbiamo fare in modo che la tecnologia sia la più inclusiva possibile - aggiunge il sottosegretario all'Innovazione, Alessio Butti - la tecnologia è una sorella maggiore che dobbiamo considerare con molta attenzione e allo stesso tempo con molta fiducia".

Giorgio Del Ghingaro, sindaco di Viareggio, si è detto *"orgoglioso di ospitare il primo ospedale virtuale d'Italia, un progetto innovativo che permetterà ai cittadini di accedere a cure mediche di qualità direttamente da casa".*

https://firenze.repubblica.it/cronaca/2024/09/23/news/viareggio_ospedale_virtuale_telemedicina_progetto_medico-423516793/?ref=RHVS-BG-P7-S1-T1

ACADEMIA

Le barriere tra medici nell'assistenza sanitaria: uno studio fenomenologico

Cornelis AJ DeJong, Els M. Soeters, Leendert van Rij, Dario Jokubonis, Piscina Grieteke

Astratto

Obiettivi: Questo studio esamina gli atteggiamenti costituiti da catene di pensieri, sentimenti e comportamenti (TFB) sperimentati nell'immaginazione dai medici prima e durante il loro trattamento come pazienti e prima e durante il trattamento di altri medici come pazienti. **Metodi:** Novantasei medici di tre paesi hanno compilato un questionario sui loro atteggiamenti immaginati in quattro situazioni: "prima e durante la tua visita da un medico come paziente" e "prima e durante una visita a te, come medico, da parte di un altro medico in qualità di paziente". Questi questionari sono stati analizzati retrospettivamente e qualitativamente. **Risultati:** Tutte e quattro le situazioni hanno evocato catene di reazioni TFB negative e/o stressanti.

Alcune di queste catene erano correlate al contesto di due medici che si incontrano, come sentimenti di vergogna nel chiedere cure mediche a un altro medico e paura di fallire come medico consulente. **Conclusione:** Esistono barriere specifiche ai medici che cercano cure da altri medici e forniscono cure ad altri medici, in particolare sentimenti di vergogna da entrambe le parti. Un questionario basato su questi risultati potrebbe essere utilizzato per studiare popolazioni più ampie e diversificate. Gli aspiranti medici possono imparare cosa significa chiedere un trattamento medico in quanto medici, riducendo potenzialmente l'ansia o l'insicurezza e promuovendo una maggiore compassione per i loro pazienti. L'attenzione a questi problemi potrebbe essere incorporata nella formazione sulla comunicazione all'interno del curriculum medico.

Salute mentale e benessere accademico

Volume 1; Numero 2 doi.org/10.20935/MHealthWellB7337

1. Introduzione

In questo studio, esamineremo le ragioni per cui i medici hanno difficoltà a cercare cure mediche da un altro medico e a fornire cure a un altro medico.

Le persone tendono spesso a evitare di cercare aiuto per disturbi fisici o psicologici [1]. L'intenzione di cercare aiuto dipende dall'atteggiamento di una persona verso il comportamento, dalla norma soggettiva e dal controllo comportamentale percepito sull'impegno in quel comportamento [2 , 3]. Chiedere aiuto può implicare incompetenza, avere un impatto negativo sull'immagine pubblica di una persona o minare la sua autostima, poiché può essere percepito come un'ammissione di incompetenza e inferiorità [4]. Dopo aver ricevuto aiuto, una persona può sentirsi in colpa nei confronti di chi l'ha aiutato perché non è stata in grado di avere successo senza assistenza [5]. Gli ostacoli alla ricerca di aiuto possono includere vergogna, un atteggiamento negativo verso i professionisti sanitari, esperienze negative e scarso riconoscimento dei problemi di salute. Lo stigma e le convinzioni negative verso i servizi e i professionisti della salute mentale sono ostacoli per gli adolescenti che cercano aiuto per problemi di salute mentale [6]. I facilitatori della ricerca di aiuto includono esperienze precedenti positive, un buon riconoscimento dei sintomi e la familiarità con le fonti di aiuto disponibili [6].

I medici sono esposti allo stress sul lavoro, con conseguente aumento del rischio di burnout [7 , 8]. Fino all'80% dei medici manifesta sintomi di burnout [9]. Gli ostacoli all'auto-cura e alla ricerca di aiuto sono comuni tra i residenti e possono essere più pronunciati in coloro che soffrono di burnout [10].

I medici sono una professione a rischio di suicidio [11 , 12], così come gli infermieri [13]. A causa del loro background professionale, i medici possono incontrare barriere uniche e significative nel cercare aiuto esterno e possono trovare difficile assumere il ruolo di un paziente [14-16]. I medici spesso si autodiagnosticano, si automedicano e/o non si prendono il tempo di fissare un appuntamento con un medico (collega) [16 , 17]. Molti professionisti sanitari danno priorità alle esigenze degli altri rispetto alle proprie [18].

Un altro problema riguarda la vergogna [19]; circa il 70% dei medici si vergogna di vedere un altro medico [14], temendo di potersi presentare con una malattia banale o di aver fatto un'autodiagnosi o un trattamento errato. Hanno anche paura di gravare su un altro medico impegnato, di creare un'immagine negativa di sé

stessi o di rischiare di perdere il loro diritto di esercitare [20]. I sentimenti negativi riguardo a un disturbo da uso di sostanze fungono anche da importante barriera alla richiesta di aiuto [21]. Queste barriere, a loro volta, possono portare a una qualità inferiore del trattamento e a una prognosi peggiore, soprattutto per problemi di salute mentale [14 , 15].

Esistono anche ostacoli per il medico curante quando cura un collega medico. Il medico curante può affrontare sfide significative, come la salvaguardia dei confini, l'evitamento di ipotesi sulle conoscenze mediche e sul comportamento sanitario del medico-paziente e la gestione dell'accesso a consultazioni informali e risultati dei test. Il medico curante può anche preoccuparsi che la sua prestazione venga valutata dal medico-paziente [22].

La ricerca sul comportamento di ricerca di aiuto medico o di erogazione di cure non sempre distingue tra genere, età e background culturale. Le donne sono più propense a cercare aiuto, anche da professionisti medici [20]. Prima di cercare un trattamento per la depressione, il comportamento di ricerca di aiuto degli uomini è influenzato negativamente dalle norme maschili interiorizzate [23]. I costi sociali della ricerca di aiuto per gli uomini possono essere più elevati [4], rendendoli meno propensi a cercare aiuto. Anche altri determinanti, come il grado occupazionale, possono svolgere un ruolo [24 , 25]. Le donne di età inferiore ai 65 anni erano le più propense a cercare aiuto e si vergognavano meno di farlo. I medici senior erano più propensi a cercare aiuto rispetto ai loro colleghi meno esperti o più giovani [20], in linea con l'associazione positiva tra età avanzata e un maggiore bisogno di aiuto [4]. Il background culturale può influenzare la percezione della salute e della malattia, comprese le spiegazioni delle malattie, le opzioni di trattamento e il comportamento di ricerca e fornitura di aiuto [26 – 28]. In alcuni paesi, i pazienti cercano prima assistenza medica presso i guaritori tradizionali e possono avere una visione più negativa dei servizi medici, il che può causare ritardi [29].

In questo studio, abbiamo mirato a esaminare più da vicino perché i medici trovano difficile chiedere o fornire cure mediche a un altro medico. Esaminiamo questo problema dal punto di vista della terapia cognitivo comportamentale (CBT), poiché la CBT può aiutare gli individui a eliminare i comportamenti evitanti che impediscono l'autocorrezione di convinzioni errate, facilitando così la gestione dello stress e riducendo i disturbi correlati allo stress [30 – 32]. Le catene di pensieri, sentimenti e comportamenti (TFB) che stiamo esaminando si allineano bene con il concetto di atteggiamenti impliciti, definiti come tracce introspektivamente non identificate (o identificate in modo impreciso) di esperienze passate che mediano sentimenti, pensieri o azioni favorevoli o sfavorevoli verso oggetti sociali [33]. Nel resto dell'articolo, "atteggiamenti" e "catene TFB" si riferiranno allo stesso fenomeno. La domanda principale è quali catene specifiche vengono attivate nel contesto della relazione tra due medici, dove uno è il paziente e l'altro è il medico curante.

2. Materiali e metodi

2.1 Progettazione

Questo studio di campionamento qualitativo di convenienza riguarda uno studio fenomenologico retrospettivo [34] [35] sui significati che i medici attribuiscono alla ricerca di un trattamento da un collega medico o alla fornitura di un trattamento a un collega medico. Abbiamo adottato un approccio fenomenologico per comprendere l'essenza delle barriere che esistono quando due medici interagiscono, uno dei quali è il paziente. Un questionario con domande aperte è stato utilizzato come compito nella formazione CBT; questi questionari sono stati successivamente analizzati per esplorare i modelli nelle risposte come descritto dai partecipanti. Gli intervistati hanno registrato le loro risposte in base ai ricordi di esperienze personali o alla loro immaginazione, se non avevano tali esperienze.

2.2 Partecipanti

[La Tabella 1](#) mostra le caratteristiche sociodemografiche del campione di convenienza, ovvero casi facilmente accessibili e poco costosi da studiare. Il campione è costituito da questionari compilati da 96 medici junior che frequentano corsi introduttivi di psicoterapia, 37 specializzandi in psichiatria dall'Indonesia, 42 specializzandi in medicina delle dipendenze dai Paesi Bassi e 14 specializzandi in psichiatria dalla Lituania. I dati sono stati raccolti nel 2019 e nel 2021.

2.3. Procedura di raccolta dei dati

In preparazione per un workshop introduttivo di un giorno sulla CBT (tenuto dal CDJ), ai medici è stato chiesto di compilare un questionario con domande aperte e di inviarlo al formatore. L'analisi degli incarichi potrebbe anche fornire informazioni importanti sulle barriere sanitarie tra medici. L'analisi dei dati è stata giustificata eticamente perché non è stato assegnato alcun punteggio all'incarico; le risposte sono state inizialmente utilizzate durante i workshop, ad esempio, in esercizi di role-play, il che significa che compilare il modulo non è stato un onere aggiuntivo; e il formatore del workshop non aveva alcuna relazione gerarchica con gli studenti. Per questa ricerca, ha reso anonimi i dati, dopodiché gli altri ricercatori li hanno inseriti nel software. Lo studio è stato approvato dall'Institutional Review Board (IRB) della Lithuanian University of Health Sciences di Kaunas (PK 19-01). Abbiamo monitorato la qualità dello studio utilizzando la checklist completa dei Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) [36, 37] (Tabella S1, Materiali supplementari).

Tabella 1

Dati demografici degli intervistati

	Indonesia (n= 37/4)		Lituania (n= 14/4)		Paesi Bassi (n= 45/8)	
	Totale	Ricco	Totale	Ricco	Totale	Ricco
Maschio o femmina (non disponibile)	29/6 (2)	1/3	5/9 (0)	1/3	21/22 (2)	3/5
Età *						
20–29	4	(1)	13	(4)	2	(0)
30–39	24	(2)	0	(0)	16	(2)
40–49	7	(1)	1	(0)	11	(4)
Oltre 50	0	(0)	0	(0)	13	(2)

* Non si conosce l'età di uno dei casi nei Paesi Bassi.

Nota: il numero di casi ricchi di informazioni per gruppo è indicato nelle colonne Ricco.

2.4. Questionario

Nel nostro studio, non abbiamo utilizzato un questionario in senso stretto con dati storici sulla sua affidabilità o validità. Invece, come è comune nelle interviste nella ricerca qualitativa, abbiamo utilizzato quattro domande strutturate. Inoltre, il questionario aperto era basato sui principi fondamentali della CBT; le domande sono state poste nel seguente ordine: pensieri, sentimenti e comportamento (TFB) ed erano quadruple:

"Immagina di essere un paziente: vado dal medico come un paziente: PRIMA/DURANTE la visita ho i seguenti pensieri, sentimenti e comportamenti": ... e "Immagina di essere un medico, incontrerò un collega medico come paziente nel mio studio: PRIMA/DURANTE la visita ho i seguenti pensieri, sentimenti e comportamenti":

...

Prima di utilizzare questo metodo con i gruppi di intervistati, abbiamo chiesto ai colleghi non coinvolti nello studio o nei corsi se il modo in cui abbiamo posto queste domande fosse accettabile e comprensibile, e loro hanno concordato. Sottolineiamo che chiedere aiuto è inteso in senso medico generale e non si limita all'aiuto per problemi psicologici o psicoterapeutici. Abbiamo ipotizzato che quasi tutti i partecipanti abbiano a un certo punto della loro vita, come pazienti, cercato assistenza sanitaria da un medico. Poiché fornire aiuto a un altro medico potrebbe non essere un'esperienza condivisa da tutti, la domanda per quello scenario era: "Supponiamo che tu abbia una consulenza con un altro medico:...". Agli intervistati indonesiani e lituani è stato chiesto di scrivere le loro risposte in inglese. I questionari olandesi sono stati tradotti in inglese da uno dei ricercatori (ES).

2.5. Analisi

Due degli autori (EMS e LVR) hanno identificato casi ricchi di informazioni combinando campionamento di intensità e campionamento di variazione massima [38]. Questi erano i questionari che sono stati completati in modo più dettagliato, sia con risposte più approfondite sia con più TFB per ogni situazione immaginata. Per ogni caso ricco di informazioni, i TFB sono stati registrati ed esaminati per catene di reazione, ovvero pensieri che hanno portato a un certo sentimento o comportamento, con particolare attenzione a quelli correlati all'essere un medico. Quando non sono state trovate nuove risposte, i dati sono stati considerati saturi. I dati degli altri questionari sono stati analizzati attentamente con ATLAS.ti (versione 9: ATLAS.ti Scientific Software Development, Berlino, Germania) per possibili aggiunte ai casi ricchi di informazioni e per determinare se questi hanno portato a nuove intuizioni.

3. Risultati

Nel gruppo totale di 96 intervistati, ne abbiamo identificati 16 come ricchi di informazioni (Lituania 4, Indonesia 4 e Paesi Bassi 8). Dopo aver analizzato questi questionari ricchi di informazioni, abbiamo considerato i dati saturi. La valutazione dei restanti 80 casi non ha rivelato nuovi temi nelle catene TFB e ha confermato ciò che avevamo già trovato. Undici dei casi ricchi sono stati scritti da donne e cinque da uomini. Cinque sono stati scritti da intervistati di età compresa tra 20 e 29 anni, quattro da quelli di età compresa tra 30 e 39 anni, cinque da quelli di età compresa tra 40 e 49 anni e due da persone di età pari o superiore a 50 anni.

Pensieri diversi portano a sentimenti diversi, che a loro volta danno origine a comportamenti diversi. I sentimenti più segnalati in entrambe le condizioni sono stati ansia, paura, insicurezza e nervosismo. Alcune delle catene TFB sembrano essere correlate al background culturale, al genere o all'età. Sono stati segnalati anche sentimenti positivi "durante l'appuntamento".

Nelle sezioni seguenti, descriviamo in dettaglio le catene TFB. [La Tabella 2](#) riassume i pensieri generali e specifici dei dottori nelle quattro situazioni: prima e durante una visita in cui una persona assume il ruolo di dottore e l'altra quello di paziente. "Generale" si riferisce ai pensieri che qualsiasi paziente potrebbe avere, mentre "specifico" si riferisce ai pensieri che si verificano solo quando entrambi gli individui sono dottori.

Prima di visitare un medico come paziente, pensieri come "Ho pensato alla mia malattia, è grave o no?", "Questo medico può curarmi bene?", "Ho bisogno di aiuto", "Non so più cosa fare" o "Ho fatto tutto", hanno portato a sentimenti di paura, nervosismo e ansia. Questi sentimenti negativi, riguardanti una diagnosi, l'incertezza sul successo del trattamento o la competenza del medico, hanno portato alla sottomissione o alla volontà di essere aiutati. Abbiamo fatto riferimento a queste catene di reazioni o atteggiamenti come atteggiamenti generali nell'incontro con un medico.

Alcuni degli atteggiamenti si riferiscono specificamente alla situazione in cui due medici si incontrano. Ansia e dubbio erano preceduti da pensieri come "Posso fidarmi di questo collega?", "Sono un medico; cosa penserò di me?" o "Spero che questo non cambi il modo in cui mi vede come collega", e sono stati seguiti da un comportamento attento, più silenzioso o più cauto. Il pensiero "Spero di non sembrare troppo esigente" ha portato a insicurezza ed è stato seguito da una preparazione approfondita per la consulenza, sia prendendo in considerazione una diagnosi differenziale sia cercando di raccogliere quante più informazioni possibili su una diagnosi. Il pensiero "Avrei dovuto risolvere questo problema da solo" ha portato a insicurezza, in particolare la loro identità professionale. Un pensiero come "il collega dirà che sto sopravvalutando i miei sintomi" ha portato alla paura di essere giudicati come medico e ha comportato ritardi nella ricerca di aiuto. Abbiamo fatto riferimento a questi atteggiamenti come atteggiamenti specifici nel contesto di medici che incontrano un altro medico come paziente.

Pensieri come "Spero di non essere sminuito ma trattato in gergo medico" si sono verificati solo tra gli olandesi, mentre gli indonesiani hanno spesso avuto pensieri come "Posso fidarmi di questo medico?" e i lituani hanno avuto spesso pensieri terrificanti come "Il medico dirà che sopravvaluto i miei sintomi e sarò giudicato". Le donne hanno spesso dubitato di essere giudicate come medico-paziente e avevano paura che il medico curante avrebbe minimizzato i loro sintomi. Al contrario, gli uomini hanno indicato che avrebbero minimizzato i loro sintomi e diagnosticato se stessi. È stato notato che preoccupazioni sulla riservatezza, sull'essere giudicati e sull'essere fraintesi sono state segnalate dagli intervistati di età compresa tra 20 e 29 anni. Tra gli intervistati di età compresa tra 20 e 29 anni e 40 e 49 anni, è stato notato che pensavano che i loro sintomi sarebbero stati minimizzati, che avrebbero dovuto risolvere il problema da soli e che mettevano

in dubbio l'adeguatezza delle competenze del medico. Gli over 40 spesso si autodiagnosticano o prescrivono farmaci. Gli intervistati di età superiore ai 50 anni e inferiore ai 30 anni si sono preparati attentamente per l'incontro, determinati a porre numerose domande e a elaborare le proprie soluzioni.

Tabella 2

Pensieri generali e specifici dei medici in quattro situazioni: prima e durante una visita in cui una persona assume il ruolo di medico e l'altra quello di paziente

Situazione	Natura dei pensieri	Pensieri
1. Il medico nel ruolo del paziente: prima della visita	Generale	A: "Ho pensato alla mia malattia, è grave o no?" B: "Posso essere curato bene da questo medico?" C: "Ho bisogno di aiuto" D: "Non so più cosa fare" E: "Ho fatto tutto"
	Specifico	F: "Posso fidarmi di questo collega?" G: "Sono un medico; cosa penserà di me?" H: "Spero che questo non cambierà il modo in cui mi vede come collega" I: "Spero di non sembrare troppo esigente". J: "Avrei dovuto risolvere questo problema da solo" K: "Il collega dirà che sto sopravvalutando i miei sintomi" L: "Spero di non essere sminuito ma trattato in gergo medico"
2. Il medico nel ruolo del paziente: durante la visita	Generale	A: "Questo dottore sembra in grado di aiutarmi, sembra intelligente e il suo comportamento mi ha mostrato che ci tiene" B: "È gentile" C: "Fa troppe domande personali" D: "Mi lascerà finire?" E: "Devo spiegare tutto di nuovo"
	Specifico	F: "Avrei potuto inventarmelo da sola, lo sapevo!" G: "Spero che non mi veda come qualcuno troppo debole per fare il mio lavoro" H: "Cosa penserebbe di me come medico ora che sono un paziente?" I: "Il medico non si fida di me come paziente all'interno della mia specializzazione medica"
3. Il medico incontra un paziente che è anche medico: prima della visita	Specifico	A: "Cosa posso consigliare al mio collega, dovrei leggere di più a riguardo" B: "Come si comporterà questo medico come paziente?" C: "E se ne sapesse più di me?" D: "Ho paura di fare una diagnosi sbagliata al collega" E: "Sono un medico incompetente?" F: "Oddio, e se non fossi abbastanza bravo come medico" G: "Ne sa più di me" H: "E se litigasse con me, cosa dovrei fare?" I: "Questo medico ha seri problemi, quindi vuole incontrare il suo collega" J: "Peccato che abbia questo problema, pur essendo un

Situazione	Natura dei pensieri	Pensieri
4. Il medico incontra un paziente che è anche medico: durante la visita	Specifico	medico?" K: "È più facile spiegare le circostanze a un collega" L: "Potrebbe non dire la verità o nascondere i sintomi" M: "Qual è lo scopo della sua visita?" A: "Deve essere brutto andare da un collega per chiedere aiuto" B: "Ha davvero bisogno di aiuto" C: "Lui ne sa più di me e dubiterà delle mie decisioni" D: "Il mio collega accetterebbe la mia valutazione e il mio piano di trattamento" E: "Ho paura di offendere il collega" F: "Voglio metterlo a suo agio, voglio chiarire che non lo sto liquidando come medico a priori"

"Generale" si riferisce ai pensieri che qualsiasi paziente potrebbe avere, mentre "specifico" si riferisce ai pensieri che si presentano solo quando entrambi gli individui sono medici.

Durante un appuntamento, gli intervistati avevano atteggiamenti generali più fiduciosi e confortevoli con pensieri come "Questo dottore sembra essere in grado di aiutarmi, sembra intelligente e il suo comportamento mi ha mostrato che ci tiene" e "È gentile". Questi pensieri li hanno fatti sentire rassicurati e presi sul serio, portando a un comportamento rilassato e all'accettazione della situazione. Tuttavia, c'erano anche atteggiamenti generali negativi. Pensieri come "Fa troppe domande personali", "Mi lascerà finire?" e "Devo spiegare tutto di nuovo", hanno portato a irritazione e comportamenti come comportarsi come un "paziente perfetto", fingere di non essere successo nulla o cercare di mantenere la calma. Un intervistato ha detto di aver pensato a ciò che non voleva sentire dal medico curante, il che lo ha turbato, ma ha anche cercato di mantenere la calma. Un altro partecipante ha pensato a ciò che voleva ottenere, il che lo ha reso più determinato.

Durante una visita, si sono verificati anche atteggiamenti specifici positivi. Un'intervistata, dopo aver ricevuto la conferma dal medico della sua diagnosi e soluzione, ha pensato "Avrei potuto trovare questa soluzione da sola, lo sapevo!" e ha provato un senso di trionfo. Un'altra intervistata si è sentita sollevata perché credeva che il medico curante non avesse bisogno di sentire una soluzione da lei.

Sono stati riscontrati anche atteggiamenti negativi specifici. Pensieri come "Spero che non mi veda come qualcuno troppo debole per fare il mio lavoro", "Cosa penserebbe di me come medico ora che sono un paziente?" o "Il medico non si fida di me come paziente all'interno della mia stessa specializzazione medica", hanno portato ad ansia, vergogna e insicurezza, nonché a riluttanza e anticipazione nell'osservare il medico durante l'appuntamento.

Durante la visita, gli uomini sembrano valutare le competenze del medico curante, mentre le donne sono più caute e si chiedono se possono fidarsi del medico. Sebbene entrambi i gruppi abbiano sperimentato sensazioni più positive rispetto a prima dell'appuntamento, come sentirsi a proprio agio e rilassati, le donne hanno anche riferito ansia e gli uomini a volte si sono sentiti in imbarazzo. È stato notato che gli intervistati di età compresa tra 30 e 49 anni spesso si aspettavano di sentirsi in imbarazzo e insicuri durante l'appuntamento, temendo di non essere presi sul serio, di essere giudicati e di essere inclini a non raccontare tutto.

Prima di una visita con un altro medico che è un paziente, il medico consulente segnala atteggiamenti negativi specifici per questa situazione. Pensieri come "Cosa posso consigliare al mio collega, dovrei leggere di più", "Come si comporterà questo medico come paziente?" e "E se ne sapesse più di me?", hanno portato a insicurezza, paura o ansia. Questi sentimenti li hanno portati a prepararsi più a fondo, ad esempio, programmando più tempo per esaminare attentamente la cartella, ricercando il paziente sui social media o cercando informazioni da altri. Inoltre, pensieri come "Ho paura di fare una diagnosi sbagliata al collega", "Sono un medico incompetente?", "OMG, e se non fossi abbastanza bravo come medico", "Lui ne sa più di

me" e "E se litigasse con me, cosa dovrei fare?", hanno evocato paura, ansia e confusione, rendendoli nervosi e spingendo a una migliore preparazione. Pensieri come "Potrebbe non dire la verità o nascondere i sintomi" e "Qual è lo scopo della sua visita?", hanno generato sospetti e li hanno resi più attenti al comportamento dell'altra persona durante l'appuntamento.

C'erano anche atteggiamenti positivi. Pensieri come "Questo dottore ha seri problemi, quindi vuole incontrare il suo collega" o "Peccato che abbia quel problema, pur essendo un dottore?", hanno reso orgogliosi gli intervistati e li hanno spinti ad agire in modo professionale e compassionevole. Il pensiero "È più facile spiegare le circostanze a un collega" li ha rallegrati e ha portato a un incontro fluido e a discussioni dettagliate. Alcune donne immaginavano se avrebbero potuto aiutare le loro colleghe e se avrebbero ottenuto buoni risultati. Alcuni uomini pensavano a cosa stesse causando i sintomi, a come mostrare empatia e a come trattare le loro colleghe come pazienti normali.

Durante un appuntamento, sono stati osservati sia atteggiamenti positivi che negativi. Sentimenti di compassione ed empatia seguivano pensieri come "Deve essere brutto andare da un collega per chiedere aiuto" e "Ha davvero bisogno di aiuto". Ciò ha portato a sforzi per mettere a proprio agio il paziente e lavorare insieme per trovare una soluzione. Al contrario, pensieri come "Lui ne sa più di me e dubiterà delle mie decisioni", "Il mio collega accetterebbe la mia valutazione e il mio piano di trattamento" e "Ho paura di offendere il collega" hanno portato a insicurezza e ansia. Ciò ha portato a un comportamento più cauto, spiegazioni aggiuntive rispetto al solito e un maggiore sforzo per connettersi con le conoscenze pregresse del paziente e chiedere esplicitamente al riguardo.

Alcune donne hanno comunque provato paura e ansia durante l'appuntamento, mentre gli uomini hanno riferito di aver provato queste sensazioni meno frequentemente. Invece, alcuni uomini hanno riferito di aver provato più empatia, insicurezza e vergogna. Gli uomini hanno indicato di aver cercato attivamente di essere empatici.

4. Discussione

I 96 medici intervistati hanno sperimentato un'ampia varietà di atteggiamenti, costituiti da TFB in tutte e quattro le situazioni. In primo luogo, c'erano atteggiamenti generali, simili a quelli che qualsiasi paziente potrebbe avere quando vede un medico, inclusi sentimenti di paura e insicurezza. In secondo luogo, sentimenti specifici erano collegati all'identità del medico e ai dubbi associati che sorgono quando si chiede aiuto a un altro medico o quando si fornisce aiuto a un collega. Un'ulteriore categorizzazione è stata difficile perché le catene di TFB erano molto diverse. Ad esempio, il comportamento agitato era accompagnato da sentimenti, come ansia o confusione, preceduti da pensieri come "Cosa mi succederà" o "Paura che la malattia sia incurabile". Ci aspettiamo che con una popolazione di studio più ampia, potrebbe essere possibile trovare categorie di atteggiamenti più specifiche.

Nel ruolo di un paziente, i loro atteggiamenti erano per lo più negativi *prima* dell'appuntamento. *Durante* l'appuntamento, sembrava esserci un leggero spostamento verso atteggiamenti più positivi. I sentimenti più comunemente segnalati erano ansia, paura, insicurezza, nervosismo e vergogna, che si allineano con le barriere generali alla ricerca di cure mediche in diverse popolazioni di pazienti [[1](#), [6](#)]. I sentimenti positivi, come speranza, sollievo e orgoglio, erano associati al comportamento rilassato del medico e all'accettazione della situazione, mentre i sentimenti negativi erano collegati al distanziamento, alle preoccupazioni sull'affidabilità del medico e ai dubbi sulla riservatezza della consultazione.

La vergogna segnalata sembra essere associata a pensieri di incompetenza come medico [[19](#)], portando infine a timori circa l'impatto sul loro diritto di esercitare [[20](#)]. Tali sentimenti di vergogna e paura della squalifica sono barriere specifiche e degne di nota per i medici che chiedono aiuto per se stessi.

Il medico che fornisce un trattamento a un collega sperimenta anche sentimenti negativi legati ai dubbi sulla propria competenza come medico. Questi problemi differiscono dalle situazioni in cui il paziente non è un medico. Tuttavia, quando il paziente è un medico, il medico consultato può essere più vulnerabile a tendenze di evitamento, stress, ansia e vergogna, insieme a preoccupazioni sull'incompetenza. In altre parole, una relazione di aiuto tra due medici può essere suscettibile alla negazione o all'evitamento di sentimenti vulnerabili e negativi, portando potenzialmente a un "ritardo del paziente" [[39](#)] da parte del paziente e a un aumento del rischio di abbandono del trattamento [[40](#)].

Sebbene abbiamo menzionato alcune differenze sorprendenti nelle risposte dei rispettivi Paesi, ci siamo astenuti dall'esaminare queste variabili in dettaglio in questo studio. Tuttavia, i nostri risultati potrebbero incoraggiare ulteriori indagini sulle possibili differenze nel modo in cui i medici di varie culture cercano e forniscono cure mediche.

La valutazione dei corsi CBT non fa parte di questo disegno di ricerca e pertanto va oltre lo scopo di questo articolo. Tuttavia, la maggior parte dei partecipanti ha notato che discutere le quattro situazioni in coppia è stata un'esperienza utile. Un partecipante l'ha espressa in questo modo: "Non avrei mai pensato che i pazienti potessero provare le stesse sensazioni che provavo io prima e durante una visita. In effetti, non ho mai pensato a come mi sento prima o durante una visita con un medico".

Il nostro studio presenta diverse limitazioni. Il questionario iniziava con "Immagina...", il che limita la generalizzabilità dei risultati a situazioni di vita reale. Tuttavia, ci ha consentito di includere medici che non hanno mai avuto un altro medico come paziente nella sala di visita. Chiedendo agli intervistati di ricordare una situazione in cui hanno dovuto cercare aiuto da un altro medico, non abbiamo evitato il bias di ricordo. Tuttavia, questo approccio ci avvicina alla comprensione del motivo per cui i medici trovano tali situazioni difficili. Il nostro studio si è concentrato esclusivamente su specializzandi piuttosto giovani in psichiatria e medicina delle dipendenze, quindi non è chiaro se i risultati potrebbero essere applicati anche a medici più anziani o a quelli di altre specialità. Infine, gli intervistati indonesiani e lituani hanno compilato il questionario in una lingua non nativa (vale a dire l'inglese), il che potrebbe aver portato a risposte che non rappresentavano esattamente i loro veri pensieri o sentimenti.

5. Conclusioni

In questa sezione esamineremo due importanti spunti per la formazione universitaria, l'aggiornamento continuo e la ricerca di follow-up.

Innanzitutto, l'applicazione pratica del nostro approccio. In preparazione per un workshop introduttivo di un giorno sulla CBT (tenuto da CDJ), ai medici è stato chiesto di compilare un questionario con domande aperte e di sottoporlo al formatore. Questo esercizio ha accresciuto la loro consapevolezza delle barriere alla ricerca di aiuto. Durante questa e molte sessioni di formazione successive, abbiamo anche lavorato sul riconoscimento e sulla discussione delle barriere personali alla richiesta e all'offerta di aiuto a un altro medico durante la formazione stessa. Ad esempio, ai partecipanti viene chiesto di discutere di un problema fisico o psicologico personale con un collega, prestando molta attenzione al TFB che tale esercizio evoca in entrambi i partecipanti. Sebbene non abbiamo formalmente studiato questo aspetto, sia le nostre impressioni che quelle dei partecipanti suggeriscono che discutere di tutti i tipi di barriere in una conversazione sicura e individuale, come riportato nei risultati del nostro studio, è altamente illuminante.

I principi della CBT su cui si basava il questionario in questo studio sono stati utili anche per esplorare gli atteggiamenti che contribuiscono alle barriere sanitarie tra medici durante la formazione. Ci sono atteggiamenti specifici che innalzano barriere per i medici sia nel cercare un trattamento da altri medici che nel fornirlo ad altri medici. Come pazienti, i medici spesso provano vergogna associata a pensieri di incompetenza. Allo stesso modo, i medici che forniscono un trattamento ad altri medici provano sentimenti negativi correlati a dubbi sulla propria competenza. Sensazioni positive possono svilupparsi in entrambi i ruoli durante una consulenza, potenzialmente dovute al riconoscimento delle dinamiche complesse coinvolte quando due medici si incontrano, con uno che assume il ruolo del paziente. Discutere di questi aspetti del comportamento di ricerca di aiuto può aiutare ad abbassare la soglia di queste barriere.

Gli esperimenti mentali, come quelli utilizzati nel nostro studio, hanno prodotto molte informazioni preziose su ostacoli come gli atteggiamenti negativi sperimentati dai medici quando cercano cure mediche da o forniscono cure mediche ad altri medici. Queste intuizioni possono essere facilmente incorporate nella formazione sulla comunicazione all'interno del curriculum medico. I giovani medici possono trarne beneficio, soprattutto quando il loro TFB su questo argomento viene esplorato e affrontato utilizzando i principi della CBT. Inoltre, non solo imparano cosa significa chiedere cure mediche come medici, ma possono anche sviluppare compassione per altri tipi di pazienti che sperimentano catene di reazione simili. Tali esercizi non sono solo utili per studenti di medicina e giovani professionisti, ma possono anche essere integrati in sessioni di formazione medica continua. Questo approccio può aiutare a impedire ai medici di isolarsi quando hanno bisogno di aiuto e non sono in grado di chiederlo.

Sulla base dei risultati di questa ricerca, suggeriamo che i medici che vedono un altro medico nella sala di visita, sia come pazienti che come medici curanti, dovrebbero prestare attenzione alle dinamiche uniche e ai sentimenti risultanti di questa situazione. Discutere di questo contesto può aiutare sia il medico curante che il medico-paziente a ridurre l'ansia e l'incertezza reciproche e può promuovere un processo decisionale condiviso appropriato.

Nel nostro studio qualitativo, abbiamo raccolto le esperienze, le percezioni e i comportamenti dei partecipanti. Risponde al "perché e come" piuttosto che al "quanto o quanti".

Il passo successivo potrebbe essere pianificare uno studio più quantitativo, in cui i problemi che abbiamo trovato vengono presentati a un gruppo rappresentativo di dottori tramite un questionario. Questo risponderebbe a domande sulla frequenza e sui tipi di barriere che sperimentano nei ruoli sia di paziente che di dottore. Ciò può essere ottenuto incorporando i risultati di questo studio qualitativo in un questionario, che è un metodo comune per studiare gruppi più ampi.

Un questionario di questo tipo offrirebbe l'opportunità di esaminare gruppi più diversificati e raccogliere informazioni demografiche, culturali e contestuali dettagliate sui partecipanti, come il loro ambiente di lavoro, il carico di lavoro e l'accesso a risorse per la salute mentale o supporti sul posto di lavoro come programmi di benessere. Queste informazioni potrebbero aiutare a comprendere in che modo i diversi contesti lavorativi influenzano le esperienze e gli atteggiamenti dei medici e potrebbero potenzialmente informare la progettazione dei sistemi sanitari.

Ringraziamenti

Gli autori desiderano ringraziare Hugh Claridge, Population Health Research Institute, St George's, University of London, e Michael Kaufmann, Medical Director Emeritus, Physician Health Program, Ontario Medical Association, per la revisione linguistica e i commenti su una versione precedente di questo articolo. Hanno dato il loro consenso scritto per essere riconosciuti.

Finanziamento

Gli autori dichiarano di non fornire alcun sostegno finanziario alla ricerca, alla redazione o alla pubblicazione del presente articolo.

<https://www.academia.edu/2997-9196/1/2/10.20935/MHealthWellB7337>

la Repubblica

Soldi per 30 mila assunzioni “Ma negli ospedali pubblici non vuole venire nessuno”

Michele Bocci

Fondi per detassare le buste paga L'emergenza resta alta nella medicina d'urgenza. Il nodo delle Regioni

La sanità italiana ha bisogno di soldi. Per rispondere prima e meglio ai cittadini e per assicurare assistenza di qualità in tutto il territorio, riducendo le evidenti diseguaglianze che ci sono oggi, talvolta anche all'interno della stessa Regione. Per crescere è necessario investire nel rinnovamento del patrimonio immobiliare e tecnologico, nel personale, e anche in una nuova organizzazione sia dell'assistenza ospedaliera che di quella sul territorio, che può beneficiare dei fondi del Pnrr.

Smosso dalle proteste di sindacati e associazioni di medici e infermieri, delle Regioni, delle organizzazioni di cittadini e pure della la politica, il governo Meloni si è convinto che qualcosa bisogna investire. L'idea sarebbe

quella di aumentare il Fondo sanitario nazionale di [2 miliardi](#) di euro rispetto agli attuali 135. Il ministro alla Salute Orazio Schillaci avrebbe incassato un via libera dal collega responsabile del Mef, Giancarlo Giorgetti. Si punta tutto sul personale, cioè di usare i soldi in più per pagare un po' meglio chi c'è già e per assumere alcune decine di migliaia di professionisti, fino a 30 mila.

In Italia mancano medici e soprattutto infermieri. In particolare, i camici bianchi sono carenti in certe specialità, quelle tipiche del servizio pubblico, come la medicina di emergenza e urgenza, la rianimazione, la radioterapia e così via.

Talvolta il lavoro in sanità non attrae più i giovani, soprattutto quando si tratta di fare turni pesanti, magari di notte e comunque quando è difficile arrotondare con l'attività privata o in intramoenia. E così circa 380 milioni di euro verranno investiti per detassare la cosiddetta indennità di specificità, passando da un prelievo fiscale del 42% al 15%. In questo modo medici e infermieri potrebbero guadagnare circa 200 euro in più netti al mese. La misura è stata richiesta dai sindacati, in particolare da quelli dei medici ospedalieri come l'Anaa. Si tratta di un modo per aumentare lo stipendio di base e non, come fatto fino ad ora, per remunerare di più il lavoro straordinario, che visti gli organici ridotti è molto faticoso per i professionisti.

Il resto dei soldi dovrebbe servire ad assumere. Visto che un medico appena arruolato guadagna circa 80 mila euro e un infermiere 40 mila, si stima che con un miliardo e 600 mila euro si potrebbero assumere 20 mila infermieri e 10 mila camici bianchi. Si tratta di una misura che va però costruita. Intanto va calata all'interno delle Regioni, visto che non tutte sono nella stessa situazione riguardo agli organici. Inoltre va combinata con la decisione, contenuta nel decreto liste di attesa approvato prima dell'estate, di togliere il tetto alle assunzioni. Ovviamente, una volta che si aumentano gli organici poi la spesa va sostenuta anche nel futuro, quindi l'incremento di fondi deve diventare stabile.

Al contrario di quello che si potrebbe pensare, inoltre, i sindacati non sono soddisfatti dell'idea delle assunzioni. "Prima — spiega Pierino di Silverio dell'Anaa — bisognerebbe rendere la professione medica più appetibile. Oggi ci sono concorsi che vanno deserti e non è che le cose cambierebbero se si decidesse di assumere più persone". La soluzione passa sempre dai soldi, visto che gli stipendi dei camici bianchi italiani sono tra i più bassi d'Europa. "Bisogna rendere ancora più facile per gli specializzandi lavorare nelle strutture del sistema sanitario — dice il sindacalista — Poi è fondamentale aumentare gli stipendi e infine va depenalizzato l'atto medico. Solo così le persone torneranno a richiedere l'assunzione nel sistema sanitario".

https://www.repubblica.it/economia/2024/09/09/news/sanita_manovra_assunzioni-423486313/?ref=RHLF-BG-P8-S4-T1

quotidianosanità.it

La formazione manageriale: la ennesima cosa "all'italiana"?

Claudio Maria Maffei

Gentile direttore,

in due recenti interventi qui su Qs ho trattato alcune delle criticità legate alle procedure di selezione dei Direttori di struttura complessa.

Nel [primo](#) ho trattato soprattutto la questione della enorme variabilità tra le varie Regioni nel peso dato al curriculum colloquio rispetto al colloquio, con Regioni in cui le Aziende possono dare un peso dell'80% al colloquio, come fa l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena, a Regioni in cui il rapporto si inverte, come il Veneto che attribuisce un massimo di 50 punti al curriculum e di 30 al colloquio.

Nel [secondo](#) ho trattato della necessità di darsi nuove regole più esplicite e più omogenee per rendere meno facile la forzatura dei "concorsi" in una direzione predefinita.

Questo terzo e ultimo approfondimento riguarda il ruolo della formazione manageriale nella selezione dei direttori di struttura complessa, o meglio della non-formazione visto che l'attestato di formazione

manageriale in queste selezioni non è un requisito di ammissione, essendo previsto nella pratica totalità dei bandi che esso debba essere acquisito entro un anno dall'eventuale inizio dell'incarico.

Trascrivo quanto riportato ad esempio nelle Linee di indirizzo della Regione Marche del 2023 per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa per la dirigenza medica, veterinaria e sanitaria del SSR che prevede che nei relativi avvisi si debbano dare informazioni relativamente "all'obbligo dell'attestato del corso di formazione manageriale, di cui all'art. 5 comma 1 lett.d) del D.P.R. n. 484/1997, che dovrà essere conseguito entro un anno dall'inizio dell'incarico di struttura complessa, ai sensi dell'art. 15 comma 8 del D.Lgs. 502/1992".

In pratica è come se la Patente di guida venisse data dopo una prova pratica su strada e i quiz dovessero essere fatti e superati entro un anno, un anno durante il quale il neo guidatore incontrerà migliaia di cartelli, supererà altrettanti incroci e affrontato altrettante rotatorie.

In pratica si può diventare direttrice o direttore di unità operativa complessa senza essersi formato sulle competenze manageriali (o gestionali, i due termini vengono usati spesso in modo intercambiabile nel linguaggio delle burocrazie aziendali).

La cosa è evidentemente illogica a meno che non si ritenga che il possesso del titolo comunque favorirebbe comunque la/il candidata/o in sede di valutazione del curriculum e del colloquio.

Purtroppo le Commissioni "di concorso" non sempre condividono questa logica, come è capitato nella vicenda locale che ha innescato questa mini-serie di interventi, vicenda in cui la competenza manageriale di un candidato senza attestato e senza esperienza gestionale è stata valutata al colloquio meritevole di un punteggio molto più alto rispetto a quella di un candidato con attestato e lunga esperienza gestionale, gran parte della quale maturata proprio nella Azienda che poi non ne ha tenuto conto.

Ma torniamo al discorso generale del significato da dare al fatto che la formazione manageriale non costituisca nel Ssn un prerequisito essenziale alla partecipazione ai concorsi (tolgo le virgolette) per la direzione di strutture complesse.

Essendo ormai attivi da decenni i Corsi di formazione manageriale in tutte le Regioni non regge più l'ipotesi che accettando che l'attestato venga preso "dopo" si evita che vengano esclusi bravi candidati che non hanno trovato il tempo e il modo di parteciparvi.

La spiegazione più semplice è che gli attestati di formazione manageriale sono considerati ormai un proforma, e forse questo vale ormai anche per i Direttori (da quelli Generali agli altri ai vertici aziendali e regionali), anche loro spesso scelti o esclusi in base a criteri di "fidelizzazione" o "vicinanza" quando non letteralmente di "parentela".

Ma questa sottovalutazione delle competenze manageriali con le scelte sbagliate che ne derivano ha risultati molto negativi a tutti i livelli con un impatto complessivo negativo su tutto il sistema.

Sicuramente il Ssn è sottofinanziato e sicuramente il trattamento economico di professionisti e operatori è inadeguato, ma è anche molto mal programmato e altrettanto mal gestito.

Prendo solo alcuni esempi "ufficiali" tra gli innumerevoli possibili (trascurando qui la grande variabilità tra Regioni): le reti cliniche comprese quelle [tempo dipendenti](#) che in molte Regioni non funzionano, i gravissimi ritardi nella traduzione operativa del [Piano Nazionale della cronicità](#), il mal funzionamento anche per scelte programmatiche e organizzative inadeguate [dei Pronto Soccorso](#) e l'elevato numero di strutture con [volumi di attività chirurgica oncologica sotto soglia](#).

Ma le cose non vanno meglio per i processi con una forte valenza di tipo tecnico-amministrativa se pensiamo ai tragici [ritardi nella gestione dei programmi di edilizia sanitaria](#) e ai ritardi nella messa a regime del [fascicolo sanitario elettronico](#), per fare due esempi clamorosi sotto gli occhi di tutti.

Insomma, il Ssn al di là della grave e colpevole carenza di risorse funziona "male" troppo spesso, su troppi temi e da troppe parti. L'apparato manageriale ai vari livelli (centrali, regionali, aziendali e operativi) dovrebbe avere l'obiettivo di farlo funzionare meglio e pensare che le competenze per svolgere questa funzione siano "naturali" è un grave errore, a partire dalla selezione dei dirigenti.

Perché il Ssn è in crisi anche per la crescita della mediocrazia nei ruoli chiave.

Lo [scrivevo 5 anni fa](#) e oggi lo penso anche con maggior forza.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=124509

Università: sono quasi 21mila (+1.231) i posti disponibili per Medicina e Chirurgia

Sono 20.867 le nuove immatricolazioni previste per il corso di laurea in Medicina e Chirurgia per il 2024-2025. Oltre 1.200 in più rispetto al precedente anno accademico. Per il corso di laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria i posti sono più di 1.500. Quasi 1.300 i posti per Medicina Veterinaria.

Il ministro dell'Università e della Ricerca, Anna Maria Bernini, ha firmato i decreti numero 1.101 e 1.102 che fissano i posti definitivi disponibili per l'accesso al corso di laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e Protesi dentaria (lingua italiana e lingua inglese) e Medicina veterinaria (lingua italiana), destinati ai candidati dei Paesi UE e dei Paesi non UE, residenti in Italia e per i candidati dei Paesi non UE residenti all'estero. I posti sono stati attribuiti agli atenei a seguito dell'assunzione dell'Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano per la determinazione dei fabbisogni.

“Fin dall'inizio del mio mandato al ministero dell'Università abbiamo avviato un percorso che mira a una nuova programmazione dell'accesso a Medicina che tenga conto del fabbisogno reale delle strutture sanitarie e delle capacità del sistema universitario di formare bravi professionisti- scrive Bernini su X -. Abbiamo superato il numero chiuso aumentando i posti e ora puntiamo a superare i test di ingresso. Come ho detto nel question time a Montecitorio, dopo l'apertura di Medicina stiamo lavorando ad una fase due che riguarda la formazione specialistica. Abbiamo reso più snella l'assunzione degli specializzandi con un provvedimento per introdurre il prima possibile i giovani nei reparti ma al tempo stesso garantendo l'eccellenza della formazione dei giovani. È una rivoluzione che mette al centro i ragazzi, i loro sogni, il loro futuro”.

Per Medicina e Chirurgia - sottolinea il Mur - dei 20.867 posti disponibili, 19.467 sono destinati ai candidati dei Paesi UE e dei Paesi non UE residenti in Italia, mentre 1.400 sono riservati agli studenti dei Paesi non UE residenti all'estero. Nel precedente anno accademico i posti disponibili per i candidati dei Paesi UE e non UE residenti in Italia sono stati 18.331, mentre 1.305 le immatricolazioni a disposizione dei candidati dei Paesi non UE residenti all'estero.

Le nuove immatricolazioni previste per il corso di laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria sono 1.535 di cui 116 riservate ai candidati dei Paesi non UE residenti all'estero. Lo scorso anno erano stati assegnati 1.276 posti ai candidati dei Paesi UE e non UE residenti in Italia e 110 posti per i candidati dei Paesi non UE residenti all'estero.

Sono 1.272 i posti disponibili per il corso di laurea in Medicina Veterinaria per il 2024-2025. Di questi posti: 1.209 sono previsti per gli studenti dei Paesi UE e non UE residenti in Italia e 63 sono per i candidati dei Paesi non UE residenti all'estero. A fronte dei 1.082 posti del precedente anno accademico per i candidati dei Paesi UE e non UE residenti in Italia e dei 59 posti per i candidati dei Paesi non UE residenti all'estero.

“Come previsto - ricorda il Mur - dal calendario delle selezioni per i corsi di laurea ad accesso programmato ieri, martedì 30 luglio, si è tenuta la seconda delle due prove per i Corsi di laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia e in Odontoiatria e Protesi dentaria, erogati in lingua italiana. Oggi, invece, la seconda prova di ammissione ai Corsi di laurea a ciclo unico in Medicina Veterinaria. Per Medicina e Chirurgia e Odontoiatria e Protesi dentaria erogati in lingua inglese, le prove sono previste martedì 17 settembre 2024”. Gli aspiranti medici hanno tempo fino alle 15.00 del 2 settembre 2024 per esprimere le preferenze degli Atenei ai fini dell'iscrizione. La scelta può essere fatta tramite l'apposita piattaforma online.

L'8 agosto, ricorda il ministero, è calendarizzata la pubblicazione dei risultati in forma anonima e il 28 agosto il candidato può prendere visione del proprio elaborato e del proprio punteggio. Mentre il 10 settembre prossimo sarà pubblicata la graduatoria nazionale di merito.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-07-31/universita-sono-quasi-21mila-1231-posti-disponibili-medicina-e-chirurgia-181439.php?uuid=AFhTLJAD&cmpid=nlqf>

Così il post professionalismo supera le barriere e promuove sinergie

Renzo Ricci *

Le professioni sanitarie non possono più rimanere ancorate a modelli statici e rigidamente definiti. L'evoluzione costante della tecnologia e le mutevoli necessità della società richiedono un ripensamento profondo dei confini che tradizionalmente delimitano le responsabilità e le competenze professionali. Proprio la natura della loro principale vocazione, la salute, con tutta la sua variabilità ed evoluzione continua, non consente di rimanere chiusi dentro a uno "spazio" di rigide gabbie organizzative che limitano la flessibilità e l'adattabilità ai bisogni dinamici ed in continua evoluzione del sistema sanitario.

Nonostante molte professioni abbiano storicamente eretto muri invisibili per proteggere la propria identità e autonomia, questi confini sono oggi sotto pressione, resi permeabili da cambiamenti demografici, tecnologici e organizzativi.

L'avanzamento tecnologico (come l'AI o la robotica), i cambiamenti demografici e la carenza di personale hanno eroso i confini tradizionali tra le discipline, richiedendo una rielaborazione dei ruoli e delle competenze. Alcune barriere tra professioni dovranno essere abbattute, non per annullare l'identità professionale, ma per favorire una maggiore flessibilità, adattabilità e collaborazione interdisciplinare.

Nasce, con questo, l'esigenza di un nuovo concetto: il post-professionalismo.

Il post-professionalismo rappresenta una risposta alla necessità di superare il modello tradizionale di professionalismo tradizionale. Non si tratta più di difendere territori limitati da confini rigidi, ma di facilitare la permeabilità delle competenze.

Le professioni sanitarie non potranno più limitarsi a un sapere chiuso, ma dovranno abbracciare un modello che consenta la continua evoluzione delle competenze e delle responsabilità, per rispondere alla mutevolezza del settore.

Lo scenario emergente richiede un passaggio dal "professionalismo tradizionale" al "post-professionalismo", inteso come un modello più fluido e adattabile. Questo nuovo paradigma sposta l'attenzione dalle competenze individuali e dalla protezione dei confini professionali verso la creazione di sinergie interdisciplinari.

Il post-professionalismo non è una semplice evoluzione delle competenze esistenti, ma un cambiamento radicale del modo in cui le professioni operano e interagiscono. Le competenze non devono più essere considerate come esclusiva proprietà di una singola professione, ma dovranno essere condivise e adattate in funzione delle esigenze del contesto. Questo approccio richiederà un cambiamento culturale profondo, che vedrà la formazione continua non solo come aggiornamento delle competenze, ma come un processo di trasformazione costante della propria identità professionale.

In conclusione, come anche indicato nel [documento della Fno Tsrn e Pstrp sulla evoluzione dei profili professionali](#), il futuro delle professioni sanitarie dipenderà dalla capacità di andare incontro al cambiamento e di adattarsi ai nuovi scenari: una nuova visione proattiva e innovativa, in cui le professioni non si limiteranno a rispondere ai cambiamenti, ma li anticipano e li guidano.

Questo richiederà non solo nuove competenze, a partire da quelle certificate dall'istruzione universitaria, ma anche nuovi modelli organizzativi e una maggiore collaborazione tra i vari attori del sistema sanitario.

Solo attraverso una visione condivisa e una collaborazione stretta tra istituzioni, professionisti e società sarà possibile guidare questo processo di trasformazione e garantire che le professioni continuino a rispondere efficacemente ai bisogni della collettività.

* *Coordinatore del gruppo Dirigenti Fno Tsrn e Pstrp*

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2024-09-24/professioni-sanitarie-così-post-professionalismo-supera-barriere-e-promuove-sinergie-164550.php?uuid=AG7luyB&cmpid=nlqf>



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 Ispavi, 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#:~:text=Si%20calcola%20che%20la%20carenza,umane%20italiane%20in%20ambito%20sanitario. ISS

Arriva la revisione del profilo dell'OSS e viene istituita la nuova figura dell'assistente infermiere. Ecco tutte le novità

Dai corsi di formazione fino alla formazione continua arriva l'aggiornamento del profilo dell'Operatore socio sanitario e un decreto che istituisce la figura dell'assistente infermiere (o come è stato ribattezzato 'super OSS'). [I TESTI](#)

La cronica carenza di infermieri cui non si riesce a far fronte negli ultimi anni ha visto il progressivo sviluppo dell'Operatore sanitario e anche la necessità di istituire una nuova figura ancor più specializzata che prenderà la denominazione di 'assistente infermiere' o super OSS com'è stata ribattezzata. Dopo tanti rumors e fughe in avanti di alcune regioni ecco però che dal Ministero della Salute arrivano due decreti per rendere omogeneo lo sviluppo di questi di due profili. I provvedimenti sono ora all'attenzione delle Regioni e potrebbero a breve essere approvati in Conferenza Stato-Regioni.

Ma partiamo dalla revisione della figura dell'OSS. Essa nasce dalla "necessità di procedere con un aggiornamento del profilo nonché del percorso formativo il quale deve garantire una maggiore uniformità di contenuti. Secondo il provvedimento "l'operatore socio-sanitario è l'operatore che svolge attività finalizzate a soddisfare i bisogni primari e favorire il benessere e l'autonomia delle persone assistite in ambito sanitario, socio-sanitario e sociale". L'OSS svolge la propria attività in collaborazione con il professionista sanitario o sociale di riferimento, e in integrazione con gli altri operatori sanitari e sociali.

Gli ambiti di competenza sono quelli di:

- Aiutare la persona assistita nel soddisfacimento dei bisogni di base e alla vita quotidiana;
- Assicurare igiene, sicurezza e comfort degli ambienti di vita e di cura della persona;
- Svolgere attività di assistenza alla persona a carattere sanitario e socio-assistenziale;
- Svolgere attività finalizzate all'integrazione con altri operatori e al lavoro in team.

La formazione dell'operatore socio-sanitario sarà di competenza delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano. L'operatore socio-sanitario opererà nei contesti sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, presso i servizi e le strutture ospedaliere e distrettuali, territoriali, residenziali, semi-residenziali, presso le strutture scolastiche, le strutture penitenziarie, in strutture psichiatriche e setting ambulatoriali, a domicilio dell'assistito nonché presso ulteriori contesti che in ragione dell'evoluzione delle organizzazioni e delle necessità assistenziali potranno necessitare della presenza dell'operatore socio-sanitario.

Il corso di formazione avrà una durata complessiva non inferiore a 1000 ore, da svolgersi in un periodo di tempo non inferiore a 9 mesi e non superiore a 18 mesi. Il corso sarà strutturato in 2 moduli didattici: un modulo relativo alle competenze di base e un modulo relativo alle competenze professionalizzanti.

Sono ammessi all'esame di qualifica i corsisti che al termine del percorso formativo abbiano riportato valutazioni positive in tutte le materie di insegnamento e nel tirocinio.

Gli operatori socio-sanitari sono obbligati a frequentare eventi formativi di aggiornamento riguardanti gli ambiti operativi di competenza per una durata complessiva di almeno un'ora per ogni mese lavorato nell'anno di riferimento, con la possibilità di completamento della formazione nel triennio successivo, a partire dall'anno seguente a quello di conseguimento della qualifica.

Da sottolineare come la qualifica professionale di operatore socio-sanitario acquisita ai sensi del previgente Accordo stipulato in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano il 2 febbraio 2001 sarà equipollente alla qualifica professionale acquisita ai sensi del presente Accordo.

Ma se per l'OSS si tratta di una revisione la figura dell'assistente infermiere è una vera e propria novità.

L'Assistente infermiere è definito come un "operatore in possesso della qualifica di operatore socio sanitario che a seguito di un ulteriore percorso formativo consegue la qualifica di Assistente infermiere".

Le attività dell'Assistente infermiere sono rivolte alla persona, al fine di fornire assistenza diretta di tipo sanitario e supporto gestionale, organizzativo e formativo.

L'Assistente infermiere, in rapporto alla gravità clinica dell'assistito e all'organizzazione del contesto, svolge le proprie attività secondo le indicazioni dell'infermiere e in collaborazione e integrazione con gli altri operatori. È responsabile della correttezza dell'attività svolta.

L'Assistente infermiere opera nei contesti territoriali e ospedalieri, sanitari, socio-sanitari e sociali, presso servizi e strutture residenziali, semi-residenziali e diurne, a domicilio della persona, nelle strutture specificatamente dedicate alla disabilità, servizi ambulatoriali e in altri ambiti di intervento che le ragioni dell'evoluzione delle organizzazioni e delle necessità assistenziali possono necessitare dell'inserimento di Assistente infermiere.

Anche per l'AI sono previsti corsi di formazione. Per l'accesso ai corsi è richiesta la qualifica di operatore socio-sanitario o titoli equipollenti, ai sensi della normativa vigente, il possesso del diploma di scuola secondaria di secondo grado di durata quinquennale o di altro titolo di studio di pari livello conseguito all'estero ed esperienza professionale come operatore socio-sanitario di almeno 24 mesi.

Il corso di formazione ha una durata complessiva non inferiore a 500 ore, da svolgersi in un periodo di tempo non inferiore a 6 mesi e non superiore a 12 mesi.

Sono ammessi all'esame di qualifica gli studenti che al termine del percorso formativo abbiano riportato valutazioni positive in tutte le materie di insegnamento e nel tirocinio.

Gli Assistenti infermieri sono obbligati a frequentare eventi formativi di aggiornamento riguardanti gli ambiti operativi di competenza per una durata complessiva di almeno un'ora per ogni mese lavorato nell'anno di riferimento, con la possibilità di completamento della formazione nel triennio successivo, a partire dall'anno seguente a quello di conseguimento della qualifica.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=124013



Dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale
dip.programmazione@postacert.sanita.it

Direzione generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale
dgrups@postacert.sanita.it

Oggetto: Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento concernente "la revisione del profilo dell'operatore sociosanitario" istituito con Accordo sancito il 22 febbraio 2001;

Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento concernente "l'istituzione del profilo professionale di Assistente infermiere";

Il Ministero della salute, con nota dell'8 agosto 2024, ha trasmesso i documenti in oggetto, ai fini dell'acquisizione dei previsti Accordi in sede di Conferenza Stato - Regioni.

A tal fine, sono convocate due riunioni tecniche, in modalità videoconferenza, per il giorno 19 settembre 2024 a partire dalle ore 11.30, alla quale si chiede anche la partecipazione dei rappresentanti del Ministero dell'economia e delle finanze.

Pertanto, si invita a far pervenire, entro le ore 17.00 del 18 settembre 2024, all'indirizzo e-mail: m.melis@governo.it e m.merendino@governo.it, i nominativi dei rappresentanti che parteciperanno all'incontro ed i relativi indirizzi di posta elettronica, al fine dell'invio dei parametri di accesso che saranno comunicati entro le ore 9.00 del giorno della riunione la quale sarà aperta dalle ore 10.45, si ricorda che coloro che parteciperanno all'incontro, dovranno inserire espressamente il proprio nome al fine del riconoscimento.

Si chiede infine al Ministero della salute di far pervenire l'assenso tecnico del Ministero dell'economia e finanze qualora già acquisito e al Coordinamento tecnico alla Commissione salute, di far pervenire allo scrivente Ufficio, prima della riunione di cui sopra, eventuali osservazioni.

Tale documentazione è resa disponibile sul sito www.statoregioni.it con il codice: 4.10/2024/74; 4.10/2024/75.

Il Direttore del Servizio
Dott.ssa Anna Maria Cimini

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1725191288.pdf>

Assistente infermiere, istituita la nuova figura: chi è, come si forma e cosa fa

Il ministero della Salute ha emanato un decreto che istituisce la nuova figura professionale dell'**assistente infermiere**, ora in fase di approvazione dalla Conferenza Stato-Regioni. Si tratta di un provvedimento che si affianca a quello di **revisione del profilo dell'operatore socio-sanitario (oss)**, dopo tanti rumor e fughe in avanti di alcune Regioni che hanno istituito le figure denominate assistente infermiere o super oss. Di seguito le principali novità introdotte. Per un ulteriore approfondimento si rimanda invece al testo completo (vedi allegato).

Chi è l'assistente infermiere

L'assistente infermiere è un operatore di interesse sanitario in possesso della qualifica di oss, che a seguito di un ulteriore percorso formativo ha conseguito la qualifica di assistente infermiere. Collabora con l'infermiere, oltre a svolgere le attività proprie del profilo di oss. Le attività dell'assistente infermiere sono rivolte alla persona, al fine di fornire assistenza diretta di tipo sanitario e supporto gestionale, organizzativo e formativo. L'assistente infermiere, in rapporto alla gravità clinica dell'assistito e all'organizzazione del contesto, svolge le proprie attività secondo le indicazioni dell'infermiere e in collaborazione e integrazione con gli altri operatori. È responsabile della correttezza dell'attività svolta.

Formazione

La formazione dell'assistente infermiere è di competenza delle Regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano. Per l'accesso ai corsi è richiesta la qualifica di operatore socio-sanitario o titoli equipollenti, ai sensi della normativa vigente, il possesso del diploma di scuola secondaria di secondo grado di durata quinquennale o di altro titolo di studio di pari livello conseguito all'estero, nonché esperienza professionale come operatore oss di almeno 24 mesi.

In deroga, possono accedere al corso di assistente infermiere gli oss privi di scuola secondaria, ma con cinque anni di esperienza maturati negli ultimi otto anni. Per questi ultimi è previsto un modulo aggiuntivo di almeno 100 ore. Il corso di formazione ha una durata complessiva non inferiore a 50 ore, da svolgersi in un periodo di tempo non inferiore a 6 mesi e non superiore a 12.

L'assistente infermiere è obbligato a frequentare eventi formativi di aggiornamento riguardanti gli ambiti operativi di competenza, per una durata complessiva di almeno un'ora per ogni mese lavorato nell'anno di riferimento, con la possibilità di completare la formazione nel triennio successivo, a partire dall'anno seguente a quello di conseguimento della qualifica.

Competenze

Queste le competenze riconosciute alla nuova figura dell'assistente infermiere dal relativo decreto:

- rilevazione di parametri vitali, segni e funzioni;
- eseguire ECG;
- Rilevare parametri da puntura capillare;
- utilizzare dispositivi POCT;
- somministrare nutrizione enterale in caso di stabilizzazione clinica;
- effettuare aspirazioni delle secrezioni oro-faringee, naso-faringee, anche in assistiti con tracheostomia stabilizzata;
- effettuare cura e pulizia stomie;

- in caso di stabilità clinica, preparare e somministrare farmaci per via orale, oftalmica, vaginale, rettale, topica e tramite accessi enterali stabilizzati, sotto la supervisione dell'infermiere per via intramuscolare e sottocutanea;
- applicazione cannule nasali, maschere facciali per somministrazione ossigeno.

https://nursestimes.org/assistente-infermiere-istituita-la-nuova-figura-chi-e-come-si-forma-e-cosa-fa/180358/amp?fbclid=IwY2xjawFD3nVleHRuA2F1bQIxMQABHUxF67i2zVsYNsLwT_VO6YL6I1bsYqX2vMT5XpuudO6QifEiCkY35sqBUw_aem_54RhCrfwKKbMQspXPLFa-w



Professioni sanitarie: il 27 settembre gli esami di ammissione, 13.947 domande per 3.940 posti

Angelo Mastrillo*

Si terranno venerdì 27 settembre in ambito nazionale per le 35 Università statali gli esami di ammissione ai 98 Corsi delle 5 Classi di Laurea Magistrale per le Professioni Sanitarie Infermieristiche e Ostetriche, della Riabilitazione, Tecnico Assistenziali-Diagnostiche e della Prevenzione.

Le altre 4 Università non statali hanno svolto/svolgeranno gli esami in date diverse: Milano S. Raffaele il 7 settembre, Humanitas il 20, Roma Cattolica il 30 e Roma Campus Biomedico il 4 ottobre.

Sono in totale 13.957 i professionisti che hanno presentato domanda su 3.940 posti a bando di cui la maggioranza, 2.147 posti (54%), sono per Infermieristica-Ostetrica

La rilevazione dei dati, che è resa possibile grazie alla disponibilità e collaborazione da parte di tutte le Università, evidenzia in generale un calo medio del -9,7% delle domande presentate nelle Università, da 15.461 dello scorso anno ([Report 2023](#)) alle attuali 13.957, un trend ben diverso e all'opposto dell'aumento del +6,3% del precedente anno 2023 sul 2022 e in linea al calo del -3,7% registrato sulle Lauree triennali. Va tuttavia segnalato che si rileva l'ulteriore aumento dei posti a bando con +6,5%, da 3.699 a 3.940, con un rapporto delle domande su posto (D/P) pari a 3,5 che scende dal 4,2 del 2023.

Siamo al 21° anno di attivazione dei Corsi di Laurea Magistrale, dall'anno 2004 al 2024 durante i quali i posti messi a bando sono stati 49.469, meno dei 70.246 chiesti dalle Regioni (-29,6%), con una media di 2.356 posti/anno.

Di fatto, il numero di 3.940 posti del 2024 è decisamente insufficiente rispetto all'incremento del fabbisogno indicato dalla Conferenza Stato-Regioni, che ha aumentato da 10.248 dello scorso anno a 10.512, ed è inferiore anche alle attuali 13.974 domande di iscrizione.

Le Lauree Magistrali hanno tra i tanti scopi quello di formare i Dirigenti delle Professioni sanitarie e i Direttori e Docenti per i Corsi di Laurea triennale e Magistrale.

Nei 18 anni dal 2004 al 2022 ne sarebbero stati formati circa 33 mila, con media annuale di 1.833 di cui circa la metà, 900, sono per la classe Infermieristica-Ostetrica.

Guardando nello specifico le domande per ognuna delle 5 Classi di Laurea Magistrale, si rileva:

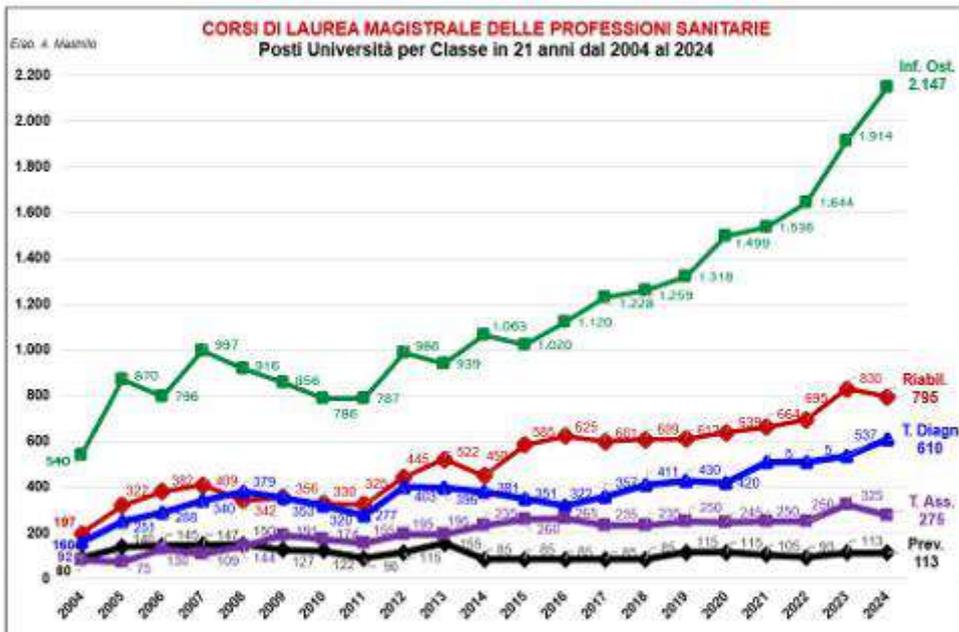
- I Classe Infermieristica-Ostetrica, -8,7%, da 12.095 domande (D) dello scorso anno (posti 1.914) alle attuali 11.044 su 2.147 posti (P). Pertanto, il rapporto D/P è oggi di 5,1 a fronte di 6,3 dello scorso anno; va segnalato tuttavia un aumento medio nazionale dei posti del +12% (da 1.914 a 2.147). Il rapporto D/P medio di 5,1 è diverso fra le Università del Nord con 5,0, del Centro 4,7 e 5,8 del Sud.
- II Classe Riabilitazione -20,1% da 1.753 dello scorso anno a 1.400 su 795 posti. Rapporto D/P di 1,8 più basso del 2,2 dello scorso anno, con riduzione media dei posti del -1,9% da 810 a 795.
- III Tecnico Diagnostica +14,4%, da 644 dello scorso anno a 737 su 610 posti. Rapporto DP di 1,2 come lo scorso anno, con aumento medio dei posti del +14%, da 537 a 610, per effetto dell'aumento di 2 nuovi Corsi delle Università di Catanzaro e di Cagliari.
- III Tecnico Assistenziale -7,1%, da 184 dello scorso anno a 171 su 113 posti come lo scorso anno. Rapporto D/P di 1,5 superiore a 1,6 dello scorso anno, a parità dei 113 posti a bando.
- IV Prevenzione -22,9%, da 785 dello scorso anno a 605 attuali su 275 posti. Rapporto D/P di 2,2 minore del 2,4 dello scorso anno, con riduzione media dei posti del -15%, da 325 a 275.

Per quanto riguarda la situazione delle Università fra le varie Regioni (Tab. 3) ci sono differenze fra le 5 con domande in aumento, come Friuli-Venezia Giulia +16,1% da 224 a 260 su 30 posti e D/P 8,7; Umbria +15,7% da 254 a 294, con D/P 3,9 che era di 3,3; Molise +87,2% da 172 a 322, con D/P 3,3 che era di 2,4, Campania +3,5% da 1.247 a 1.291 su 245 posti con D/P di 5,3 e della Sardegna +47%, da 557 a 818 su 150 posti a bando, con D/P 5,5 che era di 3,7.

Al contrario sono in calo tutte le altre 12 Regioni, in ordine geografico i valori medi: Piemonte con -7,1%, da 717 a 666 su 178 posti a bando con rapporto D/P di 3,7; Lombardia -14,2% da 1.413 a 1.273 su 322 posti a bando e D/P 3,8; Veneto -19,1% da 1.029 a 832 su 223 posti e D/P di 3,7; Liguria -32,4% da 392 a 265 su 85 posti a bando con rapporto D/P di 3,1; le Università dell' Emilia-Romagna -16% da 1.440 a 1.210 su 344 posti e D/P 3,5; Toscana -16,4% da 1.107 dello scorso anno alle attuali 926 su 278 posti e D/P 3,3; Marche -31,9% da 552 a 376 su 145 posti e D/P 2,6; quindi le 4 Università del Lazio -6,2% medio, da 2.356 a 2.211 su 716 posti e D/P 3,1; dell'Abruzzo -18,4% da 1.003 a 818 su 234 posti e D/P 3,5; Puglia -22,8% medio da 976 a 753 su 179 posti e D/P 4,2 che era 5,2 lo scorso anno; Calabria con -7,3% da 579 a 537 su 165 posti con D/P 3,3 che era 5,0 e della Sicilia -18,9% da 1.443 a 1.170 su 473 posti a bando e D/P 2,5 che era di 3,0.

**Docente in Organizzazione delle Professioni Sanitarie, Università di Bologna*

CORSI DI LAUREA MAGISTRALE PER LE PROFESSIONI SANITARIE DAL AA 2019-20 AL 2024-25																			
Domande su posti a bando																			
Esp. A. Maestro	Infermieristica e Ostetrica			Riabilitazione			Tecnico Diagnostica			Tecnico Assistenziale			Prevenzione			TOTALE			Differenza Domande vs anno precedente
	Domande	Posti	D/P	Domande	Posti	D/P	Domande	Posti	D/P	Domande	Posti	D/P	Domande	Posti	D/P	Domande	Posti	D/P	
2019-20	8.466	1.318	6,4	1.336	612	2,2	538	430	1,3	159	85	1,9	388	250	1,6	10.887	2.695	4,0	2.906 26,7%
2020-21	10.519	1.499	7,0	1.888	639	3,0	659	420	1,6	229	115	2,0	498	245	2,0	13.793	2.918	4,7	2.906 26,7%
2021-22	9.689	1.536	6,3	1.800	664	2,7	641	512	1,3	175	105	1,7	505	250	2,0	12.801	3.067	4,2	992 -7,2%
2022-23	11.583	1.644	7,0	1.641	695	2,4	666	512	1,3	195	93	2,1	510	250	2,0	14.595	3.194	4,6	1.794 14,0%
2023-24	12.095	1.914	6,3	1.753	810	2,2	644	537	1,2	184	113	1,6	785	325	2,4	15.461	3.699	4,2	866 5,9%
2024-25	11.044	2.147	5,1	1.400	795	1,8	737	610	1,2	171	113	1,5	605	275	2,2	13.957	3.940	3,5	-1.504 -9,7%
Differenza 2024 vs 2023	-1.051 -8,7%	233 12,2%	-1,2	-353 -20,1%	-15 -1,9%	-0,4	93 14,4%	73 13,6%	0,0	-13 -7,1%	0 0%	-0,1	-180 -22,9%	-50 -15,4%	-0,2	-1.504 -9,7%	241 6,5%	-0,6	



Corso di Laurea Magistrale Professioni Sanitarie per Regioni											
Esp. A. Maestro su dati Università	AA 2024-25			AA 2023-24			AA 2022-23			Differenza 2024 vs 2023	
	Domande	Posti	D/P	Domande	Posti	D/P	Domande	Posti	D/P	Domande	Posti
PIEMONTE	666	178	3,7	717	160	4,5	571	130	4,4	-51 -7,1%	18 11,3%
LOMBARDIA	1.213	322	3,8	1.413	309	4,6	1.520	305	5,0	-200 -14,2%	13 4,2%
VENETO	832	223	3,7	1.029	223	4,6	1.138	223	5,1	-197 -19,1%	0 0,0%
FRIULI	260	30	8,7	224	30	7,5	257	30	8,6	36 16,1%	0 0,0%
LIGURIA	265	85	3,1	392	85	4,6	341	70	4,9	-127 -32,4%	0 0,0%
EMILIA R.	1.210	344	3,5	1.440	306	4,7	1.263	283	4,5	-230 -16,0%	38 12,4%
MARCHE	376	145	2,6	552	155	3,6	341	80	4,3	-176 -31,9%	-10 -6,5%
TOSCANA	926	278	3,3	1.107	253	4,4	1.141	238	4,8	-181 -16,4%	25 9,9%
UMBRIA	294	76	3,9	254	76	3,3	273	76	3,6	-40 15,7%	0 0,0%
LAZIO	2.211	716	3,1	2.356	643	3,7	2.250	633	3,6	-145 -6,2%	73 11,4%
ABRUZZO	818	234	3,5	1.003	212	4,7	988	217	4,6	-185 -18,4%	22 10,4%
MOLISE	322	97	3,3	172	72	2,4	384	60	6,4	150 87,2%	25 34,7%
PUGLIA	753	179	4,2	976	188	5,2	728	129	5,6	-223 -22,8%	-9 -4,8%
CAMPANIA	1.286	245	5,2	1.247	245	5,1	1.338	225	5,9	-39 3,1%	0 0,0%
CALABRIA	537	165	3,3	579	115	5,0	413	50	8,3	-42 -7,3%	50 43,5%
SICILIA	1.170	473	2,5	1.443	477	3,0	1.281	395	3,2	-273 -18,9%	-4 -0,8%
SARDEGNA	818	150	5,5	557	150	3,7	368	50	7,4	261 47%	0 0,0%
TOTALE	13.957	3.940	3,5	15.461	3.699	4,2	14.595	3.194	4,6	-1.504 -9,7%	241 6,5%

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2024-09-24/professioni-sanitarie-27-settembre-esami-ammissione-13947-domande-3940-posti-141811.php?uuid=AGWJ6mB&cmpid=nlqf>

Professioni sanitarie: tutti i Fabbisogni formativi 2024-2025, si sale a 43.515 (+811)

Angelo Mastrillo *

Con Decreto del 24 giugno 2024 il Ministero dell'Università ha fissato per il 5 settembre la data per l'esame di ammissione ai corsi di laurea delle 22 Professioni sanitarie per le 41 Università statali e sta per emanare anche l'annuale Decreto sul numero di posti da mettere a bando.

Intanto sulla determinazione dei fabbisogni formativi da parte delle Regioni si rileva un aumento da parte di quasi tutte con +819 posti (+2,0%), dai 40.629 dello scorso anno agli attuali 41.448.

Aumenta del +1,5% anche il fabbisogno totale da parte delle Categorie: da 43.656 dello scorso anno agli attuali 44.304, di cui la maggioranza, 26.832, riguarda Infermieristica. La differenza fra le Regioni e le Categorie è di -2.856, pari a -6,4% e riguarda soprattutto Infermieristica. La determinazione finale e mediata per le 22 professioni è quella di 43.494 stabilita dall' Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 11 luglio 2024, n. 130, che invece doveva essere conclusa entro il 30 aprile, come da Decreto Legislativo 502 del 1999.

La determinazione dei Fabbisogni da parte della Conferenza Stato-Regioni che, per legge, dovrebbe costituire il riferimento per il Ministero dell'Università nella successiva ripartizione dei posti, vede un aumento di 790 posti, pari al +1,8% da 42.704 dello scorso anno agli attuali 43.494

(<https://www.statoregioni.it/media/fu3fg4zt/p-7-csr-atto-rep-n-130-11lug2024.pdf>).

L'aumento riguarda 16 professioni su 22, fra gli incrementi maggiori Tecnico di Neurofisiopatologia (+21% da 128 dello scorso anno a 155), Tecnico di Fisiopatologia Cardiocircolatoria (+15% da 225 a 258), Igienista dentale (+13% da 667 a 755), Educatore professionale (+12% da 1.799 a 2.013) e Terapista Neuro Psicomotricità età evolutiva (+10% da 440 a 485).

Seguono: Tecnico Audiometrista (+9,2% da 184 dello scorso anno agli attuali 201), Ortottista (+8,4% da 322 a 349), Tecnico di laboratorio (+8,3%, da 1.424 a 1.542), Tecnico Riabilitazione Psichiatrica (+7,9% da 543 a 586), Ostetrica (+7,6% da 1.190 a 1.281), Tecnico di Radiologia (+7,1% da 1.229 a 1.316), Dietista (+6,6% da 364 a 388), Infermiere pediatrico (+5,6% da 249 a 263), Podologo (+5,2% da 211 a 222).

Con valori minori seguono Logopedista (+2,5% da 891 dello scorso anni agli attuali 913) e Tecnico della Prevenzione (+2,1% da 851 a 869).

Sono solo 2 i casi di riduzione: per Infermiere con -0,2% da 26 899 dello scorso anno agli attuali 26.832 e per Tecnico ortopedico con -7,9% da 280 a 258. Infine, non vi è invece alcuna variazione per le quattro professioni di Assistente sanitario con 952, Fisioterapista 2.850, Tecnico Audioprotesista 476 e Terapista occupazionale 530. Intanto si attende di conoscere l'offerta formativa delle Università, che lo scorso anno fu di 34.453 posti a bando e che potrebbe aumentare, anche se di poco.

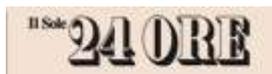
Come da prassi, il Ministero dell'Università dovrebbe decretare a breve l'offerta formativa dettagliata per ogni Università e per ogni professione, al fine di consentire a tutte le Università di emanare i bandi di ammissione entro i 30 giorni che precedono la data di ammissione del 5 settembre.

Per gli studenti diplomati alla Maturità interessati all'orientamento per la scelta fra i 22 Corsi di studio dell'area sanitaria, sono disponibili diverse pubblicazioni, fra cui anche i dati dello scorso anno 2023 (<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2023-11-08/report-annuale-professioni-sanitarie-aumenta-offerta-formativa-ma-c-e-calo-domande-084840.php?uuid=AFprvJYB>)

Nei bandi di ammissione, che in questi giorni sono in corso di pubblicazione da parte delle varie Università - con scadenza verso fine agosto - ci sono percorsi formativi che offrono la possibilità di scegliere al meglio fra una variegata tipologia di studio e di lavoro, che al termine della Laurea portano in generale verso sbocchi occupazionali certi e in tempi brevi, sia alle dipendenze del pubblico e del privato che come liberi professionisti. Va ricordato che secondo le indagini annuali di AlmaLaurea, [le professioni sanitarie hanno un tasso occupazionale del 77% a un anno dalla laurea](#) . Inoltre, occupano stabilmente e da sempre il primo posto assoluto rispetto al totale delle 16 aree disciplinari che hanno invece un tasso occupazionale medio del 39 per cento.

* *Docente in Organizzazione delle professioni sanitarie, Università di Bologna*

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-07-31/professioni-sanitarie-tutti-fabbisogni-formativi-2024-2025-regioni-e-si-aspetta-decreto-mur-111931.php?uuid=AFATew9C&cmpid=nlqf>



Carenza infermieri, da Commissione Ue 1,3 mln per potenziare l'attrattività dei sistemi sanitari e della professione. Kyriakides: «Nurse spina dorsale e fondamentali per cure di alta qualità»

La Commissione Ue ha firmato un accordo di contributo con l'ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) per sostenere gli Stati membri a trattenere infermieri nei rispettivi sistemi sanitari e rendere la professione più attraente.

L'accordo, finanziato con 1,3 milioni dal programma EU4Health, comporterà attività in tutti gli Stati Membri dell'Ue per un periodo di 36 mesi. Un'attenzione particolare sarà rivolta ai paesi che registrano notevoli carenze di operatori sanitari, in particolare di infermieri.

Stella Kyriakides, Commissaria per la Salute e la sicurezza alimentare, ha dichiarato: «Gli infermieri costituiscono la spina dorsale dei nostri sistemi sanitari e sono fondamentali per garantire che i pazienti ricevano un'assistenza professionale di alta qualità quando ne hanno bisogno.

L'iniziativa dimostra il nostro impegno ad affrontare i gravi problemi riguardanti il personale sanitario cui molti Stati Membri devono far fronte e a migliorare la resilienza dei sistemi sanitari in tutta l'Unione europea della salute.

Siamo lieti di collaborare con l'ufficio regionale per l'Europa dell'Oms a questa importante iniziativa».

Grazia alla stretta collaborazione con gli Stati Membri, le organizzazioni di infermieri e le parti sociali, l'iniziativa sarà adattata alle necessità specifiche a livello nazionale e subnazionale.

I finanziamenti saranno impiegati per ideare piani d'azione per il reclutamento e programmi di tutoraggio volti ad attrarre una nuova generazione di infermieri, per elaborare valutazioni d'impatto relative al personale infermieristico al fine di comprendere i problemi alla base di tali carenze strutturali e sviluppare strategie per migliorare la salute e il benessere degli infermieri, e per offrire opportunità di formazione e iniziative volte a garantire che il personale sanitario possa sfruttare i vantaggi della trasformazione digitale.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/europa-e-mondo/2024-09-02/carenza-infermieri-commissione-ue-13-mln-potenziare-l-attrattivita-sistemi-sanitari-e-professione-kyriakides-nurse-spina-dorsale-e-fondamentali-cure-alta-qualita-160608.php?uuid=AF6tpcfD&cmpid=nlqf>

quotidianosanità.it

Cure primarie. “Connettere e coalizzare le risorse per rilanciare il Ssn: l’avvio di un’azione comune”

Avviare un percorso collaborativo per la difesa, ripensamento e rilancio del Ssn e giungere a proposte unitarie e condivise, da porre ai decisori politici. Questo l’esito di un incontro promosso dall’Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia che ha visto la partecipazione di sindacati, ordini professionali, società scientifiche e associazioni

13 SET -

Condivisione di un documento sulla crisi del Ssn e su proposte per aumentarne la resilienza, la sostenibilità, l’equità e l’universalismo, stilato dall’Alleanza, ma aperto al contributo di tutte le organizzazioni interessate a collaborare al comune obiettivo di salvare “il diritto alla salute” nel nostro Paese.

Questo il tema dell’incontro promosso dalla Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia^[1] organizzato lo scorso 9 settembre. All’incontro hanno partecipato, oltre ai partner della Alleanza, anche rappresentanti di sindacati, ordini professionali, società scientifiche, associazioni: Cgil e Uil, Fvm, Fnofi, Simg, Simccp, Cittadinanzattiva, Forum Diseguaglianze e Diversità, Associazione L’altra Sanità, Coalizione Civica per Bologna, CrAMC.

Il Ssn da salvare: perché?

I presenti hanno convenuto che il Ssn è oggi “gravemente ammalato” e vive una situazione di profonda crisi che sta mettendo in discussione i principi fondamentali di universalità, di uguaglianza, di equità e di gratuità.

I problemi sono sotto gli occhi di tutti:

Liste d’attesa sempre più lunghe anche per accedere a servizi essenziali ed urgenti; Carenza di infermieri e di medici di famiglia, del pronto soccorso, di diverse branche specialistiche, ospedalieri; Organizzazione generale attuale del sistema delle cure primarie ormai inadeguata alle mutate esigenze della popolazione; Conseguente obbligato ricorso di una fetta sempre maggiore della popolazione a prestazioni a pagamento; Progressiva espansione della sanità privata, co-finanziata dalla fiscalità generale ma in concorrenza e a danno della sanità pubblica; Rinuncia alle cure di moltissimi cittadini che non sono più in grado di sostenerne i costi; Carenza di servizi per la salute mentale, di consultori familiari, di supporti per giovani e adolescenti sia per aspetti sanitari che per situazioni di disagio; Carenza e inadeguatezza dei servizi di assistenza domiciliare; Aumento delle diseguaglianze e delle fragilità.

Sanità e salute: molte proposte, ma poche iniziative unitarie

Numerose realtà si sono espresse sull’argomento: gruppi di operatori, ricercatori, scienziati, cittadini; società scientifiche; ordini professionali; organizzazioni sindacali; associazioni di malati e cittadini; giornalisti; persino la Corte dei Conti. Ma sono voci che si mobilitano in maniera separata, facendo spesso prevalere la visione delle rispettive identità a discapito di un interesse comune, dei cittadini in primo luogo. Ne consegue la scarsa capacità di incidere sui processi, di condizionare le scelte politiche e di invertire il declino del SSN. Ne consegue il potere quasi nullo di evocare risposte conseguenti da parte dei decisori politici.

Fare rete e costruire proposte condivise

I presenti hanno convenuto invece necessario ed urgente unire queste voci e realtà. Molte proposte che esse esprimono sono convergenti. La gravità della crisi in cui versa il SSN impone di individuare e valorizzare gli elementi comuni e di avviare un percorso unitario che porti alla condivisione tra tutte le diverse componenti delle medesime proposte. La difesa e la riorganizzazione per un moderno SSN accomuna tutti, si rende pertanto opportuno avviare un percorso per “connettere e coalizzare” le diverse realtà.

Un percorso condiviso

Sulla base di queste premesse, i partecipanti all'incontro hanno deciso di avviare un percorso collaborativo con l'obiettivo di connettere e coalizzare le risorse interessate e disponibili ad impegnarsi per la difesa, ripensamento e rilancio del SSN e giungere a proposte unitarie e condivise, da porre ai decisori politici, con la forza che queste acquisirebbero dall'unità delle tante voci.

Le azioni e scadenze individuate:

Attivare l'indirizzo e-mail il.ssn@gmail.com per corrispondenza e adesioni;

Una riunione via web il 25 settembre ore 18,00 per approfondire le convergenze sui contenuti del documento inizialmente proposto "Connettere e coalizzare le risorse per rilanciare il SSN";

Organizzazione di incontri pubblici di confronto -a Milano, a Roma e Bari- allargati alla platea più ampia possibile di Istituzioni, Organizzazioni professionali e sindacali, Società scientifiche, Associazioni di operatori sanitari, sociali, malati e cittadini.

[1] Aderiscono alla [Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia](#): *Campagna Primary Health Care Now or Never*; ACLI - Associazioni Cristiane Lavoratori Italiani; AICP - Accademia Italiana Cure Primarie; AslQuAS - Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale ETS; AIFeC – Associazione Infermieri di Famiglia e di Comunità; Associazione APRIRE – Assistenza Primaria In Rete; Associazione Comunità Solidale Parma; Associazione La Bottega del Possibile; Associazione Prima la Comunità; Associazione Salute Diritto Fondamentale; Associazione Salute Internazionale; CARD - Confederazione delle Associazioni Regionali di Distretto; Comitato Promuovere Case della Comunità a Parma e Provincia; EURIPA Italia - European Rural and Isolated Practitioners Association; Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri – IRCCS; Movimento Giotto; Movimento MMG per la Dirigenza; SItI - Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica; Slow Medicine ETS

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=124289

quotidianosanità.it

Conferenza Stato Regioni. Sì al riparto delle risorse per il potenziamento di Case di Comunità, Uca e Cot

Per il potenziamento dell'assistenza territoriale vengono ripartiti tra le Regioni, 250 milioni di euro per il 2025 e di 350 milioni a "decorrere" dal 2026. Via libera anche alle risorse ex articolo 20 per la realizzazioni di opere per il Centro di Protonterapia dell'Irccs IFO

12 SET -

Sì al riparto delle risorse per far marciare Unità di Continuità Assistenziale, Centrali Operative Territoriali, Case di Comunità Hib e Ospedali di comunità.

Dalla Conferenza Stato Regioni di oggi è arrivato parere positivo al [Decreto del ministro della Salute di concerto con il Mef relativo al riparto delle risorse per il potenziamento dell'assistenza territoriale](#), ai sensi dell'art. 1, comma 244 della legge n. 213 del 2023. Sul piatto per le Regioni ci sono 250 milioni di euro per il 2025 e 350 milioni a "decorrere" dal 2026 come specificato nel provvedimento.

Regione	Unità di Continuità Assistenziale			Centrali Operative Territoriali			Case di Comunità hub			Ospedali di Comunità			TOTALE	
	Numero di Unità di Continuità Assistenziale	2025	2026 e ss.	Numero Centrali Operative Territoriali	2025	2026 e ss.	Numero Case di Comunità hub	2025	2026 e ss.	Numero Ospedali di Comunità da attivare	2025	2026 e ss.	2025	2026 e ss.
Piemonte	43	3.064.504	2.499.308	43	710.689	579.614	82	9.127.861	14.357.021	27	3.175.682	4.770.408	16.078.735	22.206.351
Valle d'Aosta	2	142.535	116.247	1	16.528	13.479	2	222.631	350.171	1	117.618	176.682	499.311	656.579
Lombardia	100	7.126.753	5.812.343	101	1.669.292	1.361.419	187	20.815.976	32.741.011	60	7.057.070	10.600.908	36.669.091	50.515.681
Bolzano	6	427.605	348.741	5	82.638	67.397	10	1.113.154	1.750.856	3	352.854	530.045	1.976.251	2.697.039
Trento	6	427.605	348.741	5	82.638	67.397	10	1.113.154	1.750.856	3	352.854	530.045	1.976.251	2.697.039
Veneto	49	3.492.109	2.848.048	49	809.854	660.490	91	10.129.700	15.932.791	30	3.528.535	5.300.454	17.960.198	24.741.784
Friuli-Venezia Giulia	12	855.210	697.481	12	198.332	161.753	23	2.560.254	4.026.969	7	823.325	1.236.773	4.437.121	6.122.976
Liguria	15	1.069.013	871.852	15	247.915	202.191	30	3.339.461	5.252.569	10	1.176.178	1.766.818	5.832.567	8.093.429
Emilia-Romagna	45	3.207.039	2.615.555	45	743.744	606.573	84	9.350.492	14.707.192	27	3.175.682	4.770.408	16.476.956	22.699.728
Toscana	37	2.636.899	2.150.567	37	611.523	498.738	70	7.792.077	12.235.993	23	2.705.210	4.063.681	13.745.708	18.968.879
Umbria	9	641.408	523.111	9	148.749	121.315	17	1.892.361	2.976.456	5	588.089	883.409	3.270.607	4.504.290
Marche	15	1.069.013	871.852	15	247.915	202.191	29	3.228.146	5.077.483	9	1.058.561	1.590.136	5.603.634	7.741.662
Lazio	58	4.133.517	3.371.159	59	975.131	795.284	107	11.910.746	18.734.161	35	4.116.624	6.183.863	21.136.017	29.084.467
Abruzzo	13	926.478	755.605	13	214.859	175.232	40	4.452.615	7.003.425	10	1.176.178	1.766.818	6.770.131	9.701.079
Molise	3	213.803	174.370	3	49.583	40.438	9	1.001.838	1.575.771	2	235.236	353.364	1.500.460	2.143.343
Campania	57	4.062.249	3.313.036	58	958.603	781.805	169	18.812.299	29.589.469	45	5.292.803	7.950.681	29.125.954	41.634.991
Puglia	40	2.850.701	2.324.937	40	661.106	539.176	120	13.357.846	21.010.274	31	3.646.153	5.477.136	20.515.805	29.351.523
Basilicata	6	427.605	348.741	6	99.166	80.876	17	1.892.361	2.976.456	5	588.089	883.409	3.007.222	4.289.481
Calabria	19	1.354.083	1.104.345	19	314.025	256.109	57	6.344.977	9.979.880	15	1.764.258	2.650.227	9.777.352	13.990.561
Sicilia	49	3.492.109	2.848.048	49	809.854	660.490	146	16.252.045	25.562.500	39	4.587.096	6.890.590	25.141.104	35.961.629
Sardegna	16	1.140.280	929.975	16	264.442	215.670	50	5.565.769	8.734.281	13	1.529.032	2.296.863	8.499.524	12.196.790
ITALIA	600	42.760.517	34.874.060	600	9.915.585	8.087.638	1.350	150.275.763	236.365.584	400	47.047.136	70.672.718	250.000.000	350.000.000

Via libera dalla Conferenza Stato Regioni anche all'Intesa sull'[Accordo di programma stralcio Protonterapia – IFO nell'ambito dell'accordo di programma quadro per il settore degli investimenti sanitari con la Regione Lazio](#) ex articolo 20. Obiettivo del provvedimento, la riqualificazione e specializzazione dell'offerta ospedaliera relativa alla rete oncologica attraverso l'acquisto di tecnologie sanitarie.

L'onere complessivo ammonta a 23 milioni di euro per opere per il Centro di Protonterapia dell'Ircs IFO (Istituti fisioterapici ospedalieri), di cui 21.850.000 euro a carico dello Stato e 1.150.000 a carico della Regione Lazio.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=124264

Botta e risposta Gabbanelli-Federfarma sulle farmacie laboratorio e chi ci guadagna

[Farmacia](#) Redazione DottNet | 21/05/2024 19:18

Perplessità da parte delle giornaliste sul decreto semplificazioni. Le argomentazioni dei farmacisti
Nei giorni scorsi un lungo articolo apparso sul Corriere della Sera dal titolo *Farmacia-ambulatorio chi ci guadagna davvero* a firma di Milena Gabanelli e Simona Ravizza e della rubrica Dataroom in onda all'interno del TG La7., In pratica le giornaliste manifestano molte perplessità in ordine al ddl Semplificazioni del 26 marzo scorso, e segnatamente sull'art. 23 dedicato all'implementazione dei servizi in farmacia, in particolare quelli diagnostici (sui quali sembra **concentrarsi maggiormente l'attenzione delle due autrici dell'articolo**), **il tutto con l'apprezzabile dichiarato intento di combattere una delle piaghe storiche** della sanità nazionale, le liste d'attesa. Gabanelli e Ravizza evidenziano però che l'aver permesso alle farmacie certe prestazioni non è accompagnato da un quadro di regole analogo a quello che disciplina l'attività degli ambulatori di analisi, ai quali è imposto il possesso di precisi requisiti e condizioni. In altre parole, alle farmacie viene permesso di trasformarsi in ambulatori di prossimità (dove, oltre procedere a diagnosi, si vendono anche farmaci) in un quadro di sostanziale anomia. E questo, per le due giornaliste, non va bene, perché apre la porta a due rischi: *“quello di aumentare il consumo sanitario anche quando non c'è una reale necessità; e di correre dal medico al primo esame lievemente fuori parametro perché il farmacista, non avendo l'anamnesi che ci riguarda, non può valutarlo in un quadro complessivo. Con il risultato di allungare le liste d'attesa invece di alleggerirle”*. Per ridurre le liste d'attesa, argomentano Gabanelli e Ravizza, più che intervenire sulle farmacie, il servizio sanitario *“deve rinforzare gli ospedali e attivare le Case di comunità. Non ci sono altre scorciatoie. Far scendere in campo le farmacie potrebbe dare un contributo, ma è un'attività che deve essere regolamentata, e al momento non lo è”*. *Immediata la replica di Federfarma:*

*“In relazione all'articolo comparso sul Corriere della Sera dal titolo **“Farmacia-ambulatorio chi ci guadagna davvero”** a firma di Milena Gabanelli e Simona Ravizza, si tiene in primo luogo a porgere i* dovuti ringraziamenti alle giornaliste per aver trattato un tema di grandissima attualità sia per i cittadini sia per i professionisti sanitari.

Per conferire maggiore chiarezza e completezza alle informazioni pubblicate, sembra tuttavia necessario rendere alcune precisazioni: le attività svolte in farmacia rappresentano senz'altro quella fonte di guadagno di cui si parla che il Servizio sanitario nazionale riconosce a fronte del soddisfacimento di esigenze di salute della popolazione (non risponde al vero, in tal senso, che *“una farmacia possa guadagnare fino a 200 euro per una scatola di farmaci antitumorali”*, **gli antitumorali vengono dispensati nelle forme della distribuzione per conto: le strutture pubbliche comprano i farmaci dall'industria e li fanno distribuire dalle farmacie del territorio, riconoscendo loro 5 euro più IVA a confezione, circa**. Le citate disposizioni della Legge di Bilancio 2024 – art. 1, comma 225 - si riferiscono alla dispensazione convenzionata dei farmaci, cioè dei farmaci acquistati direttamente dalle farmacie e tra i quali non rientrano gli antitumorali).

Per quanto riguarda i servizi svolti in farmacia va precisato prima di tutto che le richiamate disposizioni del disegno di legge “Semplificazioni” del 26 marzo 2024 non fanno che confermare il ruolo delle farmacie nella loro rinnovata veste assunta di **“centri sociosanitari polifunzionali a servizio della comunità e punto di raccordo tra ospedale e territorio e front-office del Servizio Sanitario nazionale”** come sancito da **Sentenze della Corte Costituzionale e del Consiglio di Stato** (*“è in ragione della diffusione delle farmacie sull'intero territorio nazionale che il legislatore delegato ha previsto che, in aggiunta all'assistenza farmaceutica, siano erogati dalle farmacie nuovi servizi a forte valenza socio-sanitaria ... finalizzati a garantire che sia mantenuto un elevato e uniforme livello di qualità dei servizi in tutto il territorio a tutela della salute della cittadinanza - Corte Costituzionale 171/2022*).

Inoltre, le disposizioni del DDL Semplificazioni:

- **non ampliano affatto la gamma dei servizi già oggi assicurati dalle farmacie;**
- **riaffermano i requisiti di legge in materia di adeguatezza igienico-sanitaria e di tutela della privacy previsti per l'erogazione dei servizi in farmacia;**

- **non realizzano, in alcuna parte, sostituzioni di sorta nei confronti di medici o di altri professionisti sanitari.** Prova ne sia l'interlocuzione in essere con la Federazione dei biologi per stabilire le occorrenti sinergie a presidio delle esigenze di salute della popolazione.

Le possibilità previste nel disegno di legge hanno l'unico scopo di **confermare la disponibilità della rete delle farmacie territoriali ad intercettare le esigenze di salute dei cittadini**, soprattutto di quelli meno autonomi nei propri spostamenti, e di avvicinare ulteriormente i servizi socio-sanitari ai soggetti più deboli, che non hanno la possibilità di spostarsi fino agli ospedali o ai centri sanitari più vicini, e che nella propria farmacia trovano il primo presidio sanitario sul territorio.

In estrema sintesi, il **"criterio dell'autocontrollo"** di cui si parla nell'articolo è stato già ampiamente superato. Già oggi il farmacista - in forza della Legge di bilancio del 2021 e dei decreti-legge varati in piena pandemia, che gli hanno affidato l'esecuzione di test, vaccini, prelievi di sangue capillare - ha assunto una nuova veste di professionista sanitario e - già dai tempi del Covid e poi in forza del decreto-legge 24/2022 - può eseguire tutte le analisi che prevedono il prelievo di sangue capillare e di qualsiasi campione biologico a livello nasale, salivare e orofaringeo.

Il nuovo ruolo del farmacista è stato formalmente riconosciuto dal decreto del Ministero della salute n. 77 del 23 maggio 2022, che, proprio tenendo conto del trascorso contesto emergenziale, fissa i nuovi pilastri dell'assistenza sanitaria sul territorio e sancisce che **"la rete capillare delle farmacie convenzionate con il SSN assicura quotidianamente prestazioni di servizi sanitari a presidio della salute della cittadinanza: dispensazione del farmaco... le attività riservate alla farmacia dei servizi e l'assegnazione di nuove funzioni tra le quali le vaccinazioni e la somministrazione di test diagnostici a tutela della salute pubblica"**.

Anche il più completo coinvolgimento delle farmacie e dei farmacisti nella rete di prevenzione vaccinale - già sperimentato durante l'emergenza sanitaria per le vaccinazioni antinfluenzali e anti-Covid e che il Governo vorrebbe estendere alla somministrazione di tutti i vaccini previsti dall'Anagrafe Vaccinale - scaturisce da alcune esperienze già in essere in taluni contesti territoriali e non deroga in alcun modo ai vincoli di legge o ai requisiti professionali dei soggetti che somministrano tali prestazioni, tutti opportunamente formati a seguito di specifici corsi organizzati dall'Istituto Superiore di Sanità. D'altronde risulterebbe di assai difficile comprensione poter somministrare un vaccino particolarmente complesso nell'allestimento e nella somministrazione (anche rispetto ad eventuali reazioni avverse da fronteggiare) come nel caso del vaccino antiSARS-CoV-2, e non poter viceversa procedere alla somministrazione degli altri vaccini di ben più semplice esecuzione.

A fugare ogni dubbio circa il pieno rispetto delle disposizioni in materia di requisiti igienico-sanitari per eseguire i servizi in farmacia intervengono proprio le disposizioni del DDL Semplificazioni che - nel **confermare le migliori pratiche oggi seguite in farmacia in forza di protocolli d'intesa stipulati con il Governo e le Regioni in piena emergenza Covid** - prevede che **l'erogazione dei servizi sanitari nelle farmacie o nei locali a queste attigui sia soggetta alla previa autorizzazione da parte dell'amministrazione sanitaria territorialmente competente che ne accerta i requisiti di idoneità igienico-sanitaria** e verifica l'ubicazione dei locali stessi nell'ambito della sede farmaceutica di pertinenza. Ciò che senz'altro è auspicabile è che il **Legislatore intervenga con un complesso di regole valevole a livello nazionale per tutte le strutture che operano in regime concessorio con il SSN, così evitando la frammentazione di disposizioni regionali che senz'altro non contribuiscono a conseguire l'indispensabile uniformità di adempimenti**. Ciò che non è giuridicamente corretto, però, è confondere il ruolo delle farmacie che - come i medici di medicina generale - sono soggetti convenzionati con il SSN e soggiacciono al controllo delle ASL (ex Legge 833/1978 e ss.mm.ii.) con il ruolo del privato accreditato che soggiace ad un diverso complesso di regole.

È sufficiente **referirsi al decreto legislativo 153/2009 per trovare conferma di tutto quanto sopra esposto**: tali disposizioni, infatti, opportunamente implementate durante l'emergenza pandemica sanciscono analiticamente quali sono le prestazioni eseguibili in farmacia.

In maniera altrettanto chiara e trasparente **le Linee Guida del 2019 - adottate dal Governo e dalle Regioni - dettano le regole di dettaglio della farmacia dei servizi, stabiliscono i termini e le condizioni della sperimentazione, tutt'ora in atto e, in raccordo con la legge 205/2017, individuano le fonti di finanziamento e stabiliscono la rigorosa rendicontazione delle somme impiegate**.

Ultima annotazione sia consentita per quanto attiene al fenomeno delle **liste di attesa e all'interazione con ospedali e Case di Comunità**.

Proprio muovendo da un'indagine della dott.ssa Gabanelli (Corriere della Sera del 6 febbraio 2023 "Sanità: chi può paga, tutti gli altri aspettano") che evidenziava il preoccupante fenomeno della sostanziale rinuncia, da parte dei cittadini all'esecuzione di fondamentali esami diagnostici (tra tutti l'elettrocardiogramma, con una stima di 1 milione di esami mancati a livello nazionale) Federfarma ha fortemente spinto sulle farmacie territoriali – in un'ottica di sinergica interazione con le strutture regionali del Servizio sanitario e mai in termini sostitutivi alla rete "canonica" del SSR - per **l'implementazione dei servizi di telecardiologia (elettrocardiogrammi, holter cardiaci e holter pressori) da svolgere nell'ambito della sperimentazione della farmacia dei servizi e senza alcun onere aggiuntivo né per il SSR né soprattutto per il cittadino.**

Ebbene i primi lusinghieri risultati evidenziano che, anche grazie al contributo delle farmacie territoriali, in molteplici contesti regionali (Marche, Calabria, Liguria, Piemonte) il contributo che si sta fornendo per ridurre le liste di attesa è senz'altro significativo, a tutto vantaggio della salute della cittadinanza e della sostenibilità economica del servizio sanitario.

Quanto poi, da ultimo, al paventato rischio di "aumentare il consumo sanitario" in ragione delle prestazioni eseguibili in farmacia, occorre evidenziare che le attività della farmacia hanno lo scopo principale - come durante l'emergenza da Covid - di condurre screening primari per individuare soggetti potenzialmente a rischio di sviluppare patologie croniche, in modo tale da inviarli dai medici competenti per quella cura precoce funzionale a migliorare le aspettative e la qualità della vita, realizzando al contempo risparmi per il SSN.

Nella speranza di aver contribuito a fare ulteriore chiarezza circa le attività svolte dalle farmacie territoriali, Federfarma è disponibile ad approfondire il confronto su tale argomento, a beneficio di una corretta e trasparente informazione nei confronti della popolazione - come del resto sempre assicurato dal lavoro delle autrici dell'articolo e dalla vostra testata - impegno che Federfarma ha sempre portato avanti in collaborazione con le Associazioni dei Malati e dei Cittadini.

Si auspica la pubblicazione di tali precisazioni con preghiera di tenerne conto anche nelle prossime occasioni nelle quali si affronterà il tema dei nuovi servizi in farmacia, a cominciare dalla trasmissione della rubrica Dataroom in onda all'interno del TG La7".

<https://www.dottnet.it/articolo/32536535/botta-e-risposta-gabbanelli-federfarma-sulle-farmacie-laboratorio-e-chi-ci-guadagna>

quotidianosanità.it

Farmacia dei servizi. In Veneto erogate oltre 9mila prestazioni in estate

Screening (6.275) e monitoraggio all'aderenza terapeutica (824) i più richiesti. Sul fronte della telecardiologia, gli Holter cardiaci effettuati sono stati 820 mentre gli Holter pressori 349. Durante l'estate le farmacie hanno effettuato 813 elettrocardiogrammi. Bellon (Federfarma): "Avvio incoraggiante, ci attendiamo un aumento della telecardiologia nel prossimo trimestre".

13 SET - Oltre novemila prestazioni erogate nel trimestre giugno-agosto 2024 dalle farmacie del Veneto nell'ambito della sperimentazione della "farmacia dei servizi". Il bilancio arriva da Federfarma Veneto, che commenta: "L'offerta di prestazioni, che si è ampliata in base al decreto 15 della Regione del Veneto del 15 maggio scorso, è stata accolta con grande favore dalla cittadinanza".

Nel trimestre estivo, secondo il bilancio presentato oggi dall'associazione dei titolari di farmacia del Veneto, sono stati 9.081 i servizi/progetti erogati dalle farmacie. Nel dettaglio, dal momento dell'adesione (partita a inizio giugno) al 31 agosto 2024, le 560 farmacie di Federfarma Veneto attivatesi hanno erogato 3.404 screening per l'ipertensione non nota; 2.871 screening per l'ipercolesterolemia non nota; 768 monitoraggi

dell'aderenza alla terapia farmacologica nei pazienti con diabete di tipo 2 e 56 monitoraggi dell'aderenza alla terapia con BCPO. Sul fronte della telecardiologia, gli Holter cardiaci effettuati sono stati 820 mentre gli Holter pressori 349. Durante l'estate le farmacie hanno effettuato 813 elettrocardiogrammi.

A livello territoriale, le prestazioni erogate dalle farmacie nelle singole ULSS sono stati 313 nell'ULSS 1 Dolomiti; 194 nell'ULSS 2 Marca Trevigiana; 2.011 nelle ULSS 3 Serenissima (1.771) e ULSS 4 Veneto orientale (240); 895 nell'ULSS 5 Polesana; 791 nell'ULSS 6 Euganea; 1.623 nell'ULSS 7 Pedemontana (590) e nell'ULSS 8 Berica (1.033); 3.254 nell'ULSS 9 Scaligera.

“I dati del primo trimestre della progettualità ampliata sono incoraggianti, anche le farmacie aderenti sono circa il 50% su base regionale e auspichiamo che da settembre se ne aggiungano altre – commenta il report giugno-agosto 2024 **Andrea Bellon**, presidente di Federfarma Veneto che conta circa 1.200 farmacie associate – . Siamo partiti molto bene sul fronte degli screening, un'attività basata sul dialogo diretto fra il farmacista e il cittadino che può essere interessato al servizio. Positivi sono anche i dati relativi all'aderenza terapeutica che, rispetto allo screening, è senz'altro più laboriosa e circoscrive la platea di pazienti sui quali focalizzarsi. Screening e prevenzioni erano del resto l'obiettivo primario della progettualità regionale. L'erogazione dei servizi di telecardiologia è stata invece condizionata dal periodo estivo, contiamo di registrare un incremento nel prossimo trimestre. Segnaliamo con soddisfazione che l'erogazione dei servizi è stata molto apprezzata dai cittadini. Ora va potenziata la comunicazione avvisando i cittadini che nelle farmacie aderenti possono sottoporsi gratuitamente agli screening e, con la ricetta bianca del medico di base, agli esami di telecardiologia”.

https://www.quotidianosanita.it/veneto/articolo.php?articolo_id=124319

quotidianosanità.it

Integrazione socio sanitaria. Federsanità, in Veneto quinta tappa dell'osservatorio nazionale

Dopo Piemonte, Lombardia, Friuli-Venezia Giulia e Marche i Laboratori arrivano in Veneto per mettere in dialogo la governance della salute con la dimensione territoriale. Il Presidente d'Alba: “L'approfondimento itinerante sui territori regionali dimostra quanto le esperienze di assistenza e cure di prossimità debbano essere il punto di partenza per un reale cambiamento del Servizio sanitario pubblico”

Al via in Veneto, a Treviso, la quinta tappa regionale dell'Osservatorio delle buone pratiche di integrazione socio sanitaria (OISS), promosso da **Federsanità, Anci e Agenas** con l'obiettivo di sviluppare confronto e discussione sulle più significative pratiche messe in atto sul territorio tra le aziende sanitarie e le amministrazioni comunali. Il Laboratorio veneto “Integrazione sociosanitaria in Veneto: buone pratiche dalle aree montane a quelle interne, litoranee e metropolitane” ha l'obiettivo di porre al centro del dibattito la dimensione territoriale come fulcro di una programmazione sanitaria più accessibile e sostenibile e orientata all'integrazione.

“Federsanità, che ho l'orgoglio di guidare dal mese di giugno di questo anno, sta portando avanti con OISS un'opera di confronto tecnico su un tema centrale come quello dell'integrazione sociosanitaria - ha dichiarato il Presidente **Fabrizio d'Alba** - alimentando il dibattito pubblico e dando voce ai protagonisti delle azioni territoriali messe in campo. L'approfondimento itinerante sui territori regionali dimostra quanto le esperienze di assistenza e cure di prossimità debbano essere il punto di partenza per un reale cambiamento del Servizio sanitario pubblico. Le innovazioni si stanno già da tempo attuando a livello regionale per migliorare la presa

in carico dei pazienti, e questo da un lato fa emergere un quadro significativo che valorizza le esperienze concrete e maturate sul territorio e dall'altro delinea le principali sfide da affrontare, a livello nazionale, per attuare gli obiettivi del DM 77 e del PNRR, che definiscono linee guida e standard innovativi, orientando le realtà territoriali verso una programmazione che metta al centro l'integrazione tra sanitario e sociale come unico vettore del cambiamento".

"Le buone pratiche raccolte e studiate dall'Osservatorio fortemente voluto da Agenas, Federsanità e Anci – ha detto il Dg Agenas **Domenico Mantoan** - non sono solo progetti teorici, ma esempi concreti di innovazione virtuosa che hanno determinato una Comunità di pratica delle cronicità, del sociosanitario e del sociale a livello nazionale, regionale e locale. L'incontro di oggi è dunque la dimostrazione che i provvedimenti di potenziamento dell'assistenza territoriale, implementati anche grazie al PNRR, stanno dando i loro frutti al fine di avere una presa in carico dei cittadini/pazienti sempre più efficace e uniforme su tutto il territorio nazionale".

L'Osservatorio fa tappa in Veneto, a Treviso, dopo aver realizzato i Laboratori in Piemonte, Lombardia, Marche e Friuli-Venezia Giulia. "Grazie all'Osservatorio abbiamo avviato un percorso che sta attraversando le regioni italiane mettendo in dialogo sindaci, direttori generali, terzo settore, mondo accademico - ha spiegato **Domenico Scibetta**, Presidente di Federsanità Anci Veneto e Project Leader di OISS -. La strategia è valorizzare le riflessioni sul sistema delle politiche socio-sanitarie nel loro complesso a prescindere dalla dimensione territoriale dove i processi di integrazione si verificano. Le aree metropolitane come quelle interne o litoranee rappresentano l'ambito dove l'integrazione deve realizzarsi, razionalizzando il complesso arcipelago dei servizi alla persona e superando il rischio della frammentazione e della episodicità. Il confronto fra diverse esperienze regionali significative è proprio strumentale a questo scopo. Ecco perché la finalità dei Laboratori territoriali è duplice. Da un lato, favorire il confronto tecnico tra gruppi di esperti e dall'altro alimentare il dibattito pubblico tramite i protagonisti delle azioni locali messe in campo in materia di integrazione. Sul piano tecnico – ha aggiunto – i Laboratori funzionano per cicli successivi di attività. A partire dall'analisi dei contributi raccolti nella banca dati dell'Osservatorio viene, poi, individuato un tema di particolare rilievo per quell'ambito regionale. Il tema è, quindi, posto in discussione attraverso un gruppo selezionato e concordato di esperti della rete regionale del servizio sanitario e dal mondo degli enti locali, evidenziando infine gli elementi di replicabilità delle esperienze, che sono state focalizzate nella discussione, in altri territori".

In particolare, a Treviso sono state presentate cinque esperienze territoriali: "Dimissioni Programmate" del Comune di Villaverla; "A quattro mani" della Aulss 2 "Marca Trevigiana" – Treviso; "Infermiere di Famiglia e Comunità" della Aulss 1 "Dolomiti" – Belluno; "Abitare supportato e budget di salute" della Aulss 8 "Berica" – Vicenza; "Passi d'Argento" del Comune di Casale sul Sile.

"Un ringraziamento al presidente di Federsanità Anci Veneto Domenico Scibetta, per aver portato questo laboratorio a Treviso – spiega **Mario Conte**, presidente di ANCI Veneto e sindaco di Treviso – un importante momento di dialogo e di confronto, che nasce con l'obiettivo di promuovere una reale crescita dei servizi sociosanitari nel territorio. Temi che noi amministratori abbiamo particolarmente a cuore, perché sono parte della vita quotidiana dei cittadini. Spero questo sia il calcio d'inizio di una partita più lunga, ovvero processo di miglioramento che metta al centro il bene delle nostre comunità. Come ANCI Veneto ci siamo e siamo pronti a dare il nostro contributo per arrivare a raggiungere questa meta".

La tappa di oggi non vuole essere solo la pur sempre utile occasione per attuare una ricognizione delle migliori esperienze, ma il proseguo di un percorso per far emergere le esperienze diffuse attraverso la loro storia, i risultati raggiunti unitamente ai limiti riscontrati. Un momento unico per mettere in evidenza il quadro delle cesure su cui le esperienze hanno agito e della conoscenza critica che ne può scaturire per alimentare in termini positivi l'innovazione e la trasformazione dei sistemi.

"Per anni i temi legati all'integrazione sociosanitaria sono stati lungamente dibattuti basandosi, per lo più, su alcune esperienze significative che sono riuscite a coordinare tra loro prestazioni sanitarie e prestazioni sociali. La vera sfida – ha dichiarato **Michelangelo Caiolfa** di Federsanità Anci Toscana e coordinatore scientifico di OISS - è mettere in atto le condizioni adeguate, strutturali e persistenti che rendano possibile il "normale" sviluppo e diffusione dell'integrazione socio sanitaria e che si passi dalle buone pratiche a modelli diffusi, valorizzando un sistema sociosanitario integrato ed esteso lungo tutto il territorio nazionale, legato in modo esplicito al rapporto tra LEA sanitari e LEP sociali".

OISS è esplicitamente orientato al sostegno delle politiche pubbliche, allo sviluppo delle attività amministrative, alla realizzazione di percorsi professionali e di servizi integrati. Un luogo di confine in cui si intrecciano visioni, linguaggi, traiettorie, esperienze. "È il momento in cui tutti gli attori del Servizio sanitario nazionale e dei servizi di assistenza sociale trovino un punto di incontro per collaborare e costruire insieme una nuova filosofia socio-sanitaria e implementare in ogni territorio quanto definito nel DM 77. Non è possibile concepire la sanità senza il sociale e il sociale senza il sanitario. Con Federsanità – ha dichiarato **Francesco Enrichens** di Agenas - si sta lavorando per portare a meta risultati concreti per rispondere ai bisogni di salute dei cittadini. Abbiamo messo in campo una Comunità di pratica con oltre mille soggetti istituzionali, inclusi i Comuni e le Regioni, ma anche le aziende sanitarie e il Ministero, che nella casa di Agenas trovano la massima espressione. Alla complessità dei bisogni di salute da affrontare, corrisponde un'analoga complessità dei sistemi di risposta che occorre riorganizzare secondo il nuovo paradigma evolutivo, che guardi al superamento delle disuguaglianze sociali".

Ai lavori ha partecipato anche **Alessandra Proto** del Centro OCSE per lo sviluppo locale di Trento che ha detto: "E' importante per noi partecipare a questo Laboratorio territoriale per la ricchezza delle esperienze presentate e per il confronto. Stiamo avviando la collaborazione con l'Osservatorio OISS e consideriamo l'appuntamento di oggi la prima giornata di avvio".

https://www.quotidianosanita.it/veneto/articolo.php?articolo_id=124113

Sanità, sociale e long term care



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

C. Corey Hardin, M.D., Ph.D., Editore

Fragilità negli anziani

Dae Hyun Kim, M.D., Sc.D., M.P.H., e Kenneth Rockwood, M.D.

Dall'Hinda and Arthur Marcus Institute for Aging Research, Hebrew Senior- Life; dalla Division of Gerontology, Department of Medicine, Beth Israel Deaconess Medical Center; e dalla Harvard Medical School, tutte a Boston (D.H.K.); e dalla Division of Geriatric Medicine, Department of Medicine, Dalhousie University, Halifax, NS, Canada (K.R.). Il dott. Kim può essere contattato all'indirizzo daehyunkim@hsl.harvard.edu o presso Hebrew SeniorLife, 1200 Centre St., Boston, MA.

La fragilità è uno stato clinicamente identificabile di ridotta riserva fisiologica e aumentata vulnerabilità a una vasta gamma di esiti negativi per la salute.¹⁻⁵

La fragilità diventa più comune con l'invecchiamento della popolazione. In un rapporto che copre 62 paesi in tutto il mondo, la prevalenza della fragilità tra le persone che vivono in comunità variava dall'11% tra coloro che avevano un'età compresa tra 50 e 59 anni al 51% tra coloro che avevano 90 anni o più.⁶

Le persone anziane negli ospedali per acuti e nelle case di cura, quelle nei paesi a basso o medio reddito e quelle con uno stato di vulnerabilità sociale sono tutte a maggior rischio di fragilità.⁷

In questa revisione, forniamo prima una breve panoramica della fragilità, inclusi meccanismi biologici, misurazione e gestione clinica.

Questa panoramica è seguita da una discussione sugli approcci per personalizzare la gestione clinica sulla base del livello di fragilità di un paziente e degli interventi per ridurre la fragilità e gli esiti sanitari associati. Infine, prendiamo atto delle attuali lacune nelle prove e suggeriamo direzioni future per gestire la fragilità su larga scala nella nostra società che invecchia.

Definizioni di fragilità

Nonostante l'esistenza di varie definizioni, predominano due concetti di fragilità:

fragilità come sindrome e fragilità come stato di deficit di salute accumulati. Con

ogni versione, la fragilità diventa più comune con l'età e prevede esiti negativi per la salute.^{1,2}

I due concetti identificano diverse sottopopolazioni come fragili. Il fenotipo di fragilità di Fried^{2,8} delinea una sindrome clinica risultante da un metabolismo alterato associato a risposte anomale allo stress.

Le caratteristiche caratteristiche sono esaurimento (prima manifestazione), debolezza, lentezza, inattività fisica e perdita di peso (ultima manifestazione).⁹

La presenza o l'assenza e il grado di fragilità sono determinati dal numero di caratteristiche presenti: una persona è considerata "robusta" se non è presente nessuna delle caratteristiche, "prefragile" se ne sono presenti una o due e "fragile" se ne sono presenti da tre a cinque.

La presenza di tutte e cinque le caratteristiche indica una transizione critica, con un rischio di morte in forte aumento e una possibilità di inversione in diminuzione.¹⁰

Il fenotipo di fragilità di Fried è distinto dalla presenza di molteplici disturbi coesistenti e disabilità.¹¹

Il concetto di fragilità come accumulo di deficit si concentra su uno stato di cattiva salute dovuto a deficit complessi correlati all'età.^{1,12}

La selezione dei deficit per la valutazione dipende dal contesto e dalle informazioni disponibili (ad esempio, risultati di indagini, una valutazione geriatrica completa, cartelle cliniche elettroniche, dati amministrativi o biomarcatori) e può includere diagnosi, deterioramento cognitivo e fisico, disabilità, cattivo stato nutrizionale e anomalie di laboratorio.

Il grado di fragilità viene quantificato mediante un indice di fragilità, che è il numero di deficit presenti come proporzione del numero totale di deficit valutati, con almeno 30 valutati.¹

Punti chiave
Fragilità negli anziani
<ul style="list-style-type: none"> • La valutazione della fragilità consente ai medici di prevedere i risultati e i rischi delle condizioni di salute, di indirizzare la somministrazione di interventi basati sulle prove e di personalizzare la gestione clinica, comprese le decisioni sui trattamenti stressanti.
<ul style="list-style-type: none"> • La valutazione della fragilità non dovrebbe essere utilizzata come un modo conveniente per trattenere trattamenti potenzialmente efficaci, ma piuttosto come uno strumento per facilitare l'assistenza incentrata sul paziente. resilienza e prevenire o mitigare gli stress.
<ul style="list-style-type: none"> • Gli interventi che hanno dimostrato di essere efficaci negli studi clinici (ad esempio, esercizio fisico, integrazione nutrizionale e una valutazione geriatrica completa) non hanno mostrato costantemente un'efficacia simile nelle cure di routine, il che indica sfide di implementazione.
<ul style="list-style-type: none"> • Il beneficio dello screening di routine della fragilità è stato dimostrato in contesti clinici ad alto rischio (ad esempio, oncologia e chirurgia); il suo beneficio nelle cure primarie deve ancora essere stabilito.

Nella maggior parte degli studi, meno dell'1% dei partecipanti ha un indice di fragilità superiore a 0,70, un punteggio che suggerisce un carico di deficit che minaccia la sopravvivenza.¹ Nonostante le richieste di un consenso sulla definizione di fragilità,¹³ sia la fragilità di Fried fenotipo e l'approccio deficit-accumulo restano in uso.

Biologia della fragilità

La nostra attuale comprensione dei meccanismi biologici della fragilità è in evoluzione e incompleta.^{1,2,14}

Si pensa che i processi di invecchiamento accelerato a livello subcellulare e cellulare, tra cui infiammazione cronica, senescenza cellulare, disfunzione mitocondriale e rilevamento deregolato dei nutrienti, ^{15,16} diano

origine a disfunzioni in più sistemi fisiologici e quindi alle manifestazioni cliniche della fragilità. La questione se prendere di mira questi processi biologici possa prevenire o invertire la fragilità è un'area di ricerca attiva. Poiché la maggior parte degli studi fino ad oggi sono preclinici, rimane incerto come questi risultati possano essere applicati agli esseri umani.

L'infiammazione cronica, che può verificarsi in risposta a fattori scatenanti non infettivi come la senescenza cellulare e la disfunzione mitocondriale, inibisce l'espressione del fattore di crescita e aumenta il catabolismo, contribuendo così alla sarcopenia e alla fragilità. 17

I topi geneticamente modificati privi della citochina antinfiammatoria interleuchina-10 hanno livelli sierici di interleuchina-6 aumentati, un consumo di ossigeno ridotto e debolezza muscolare. 18

Innescate da danni al DNA, mutazioni cancerose e stress ossidativo, alcune cellule entrano in uno stato di arresto permanente del ciclo cellulare (senescenza cellulare), durante il quale rimangono vitali e secernono molecole proinfiammatorie (il fenotipo secretorio associato alla senescenza). 19

Gli agenti senolitici, come dasatinib e quercetina, rimuovono le cellule senescenti, portando a una riduzione dell'infiammazione e alla disfunzione metabolica nei topi obesi, migliore compliance polmonare e riduzione della fragilità nei topi con fibrosi polmonare idiopatica e ripristino della perdita ossea correlata all'età nei topi.19

L'infiammazione cronica può anche attenuare le risposte immunitarie,20 aumentando la suscettibilità alle infezioni e compromettendo la risposta anticorpale dopo la vaccinazione.

Un altro meccanismo chiave implicato nello sviluppo della fragilità è la disfunzione mitocondriale, causata da mutazioni nel DNA mitocondriale, destabilizzazione dei complessi della catena respiratoria e interruzioni nell'omeostasi mitocondriale. Le conseguenze sono una riduzione della produzione di energia cellulare, un aumento della produzione di specie reattive dell'ossigeno e infiammazione.14

In uno studio sui topi knockout per la superossidodismutasi 1, livelli elevati di stress ossidativo hanno causato perdita di peso, debolezza muscolare, inattività fisica e esaurimento, che sono stati attenuati dalla restrizione dietetica.21 Negli esseri umani, la disfunzione mitocondriale nel muscolo scheletrico è associata a debolezza muscolare, intolleranza all'esercizio e affaticamento.22 Un numero ridotto di copie di DNA mitocondriale, un marcatore di deplezione mitocondriale, è correlato al fenotipo di fragilità di Fried23 e alla fragilità da deficit-accumulo.24

Anche la rilevazione deregolamentata dei nutrienti è implicata nello sviluppo della fragilità. I percorsi di rilevamento dei nutrienti coinvolgono il complesso 1 del target della rapamicina (mTOR) nei mammiferi (un sensore dei nutrienti), così come la proteina chinasi attivata dall'AMP (AMPK) e le sirtuine 1 e 3 (sensori della scarsità di nutrienti).16 Attivando i percorsi dell'AMPK e delle sirtuine e inibendo il percorso mTOR, la restrizione calorica offre benefici per la salute e la longevità.25

Nelle scimmie rhesus, la restrizione calorica a lungo termine ha prevenuto il fenotipo di fragilità di Fried e debolezza muscolare, lentezza, inattività fisica ed esaurimento, rispetto all'assunzione ad libitum.26 L'inibizione del percorso mTOR con rapamicina, l'attivazione di AMPK con metformina o l'attivazione di sirtuine 1 e 3 con un precursore del dinucleotide adenina nicotinamide hanno migliorato la massa e la funzione muscolare nei modelli animali.14

L'invecchiamento è associato a cambiamenti ormonali, come un calo degli ormoni anabolici (ad es., deidroepiandrosterone solfato, testosterone e ormone della crescita o fattore di crescita insulino-simile 1) e un aumento degli ormoni catabolici (ad es., cortisolo).14 Questi cambiamenti ormonali inibiscono la crescita del muscolo scheletrico e ne promuovono la rottura, contribuendo probabilmente alla perdita di resilienza (la capacità di riprendersi da uno stress) e alla fragilità.

Misurazione della fragilità

Sono disponibili molti strumenti per misurare la fragilità, la maggior parte dei quali prevede esiti negativi per la salute. Abbondano gli strumenti di screening brevi per l'uso in contesti ambulatoriali e ospedalieri, nel pronto soccorso e nelle cliniche preoperatorie.

Questi strumenti si basano sul resoconto del paziente (ad esempio, il questionario FRAIL [Fatigue, Resistance, Ambulation, Illnesses, and Loss of Weight]27), sul giudizio clinico (ad esempio, la Clinical Frailty Scale28) o sulle cartelle cliniche elettroniche.29 La velocità dell'andatura (<0,8 m al secondo) ha una sensibilità del 99% per rilevare il fenotipo della fragilità di Fried.30 Tuttavia, strumenti semplici

raramente forniscono informazioni sufficienti per mitigare il rischio attraverso piani di cura individualizzati o interventi su misura. Strumenti multidominio basati su una valutazione geriatrica completa (ad esempio, l'indice di fragilità da accumulo di deficit¹ e la scala Frail di Edmonton³¹) possono rivelare condizioni reversibili o domini target per interventi.

Una valutazione geriatrica completa è una valutazione multidimensionale eseguita da un team multidisciplinare o da un medico esperto con l'obiettivo di determinare lo stato medico, funzionale, fisico, psicologico e socio ambientale di una persona anziana al fine di sviluppare un piano coordinato e integrato per il trattamento e il follow-up (informazioni più dettagliate sono fornite nell'Appendice supplementare, disponibile con il testo completo di questo articolo su NEJM.org).

Per il processo decisionale sui trattamenti stressanti (ad esempio, chemioterapia o chirurgia), gli strumenti testati in popolazioni specifiche di trattamento possono essere una scelta migliore rispetto agli strumenti generali per prevedere i risultati del trattamento.

Una guida per la scelta di uno strumento di valutazione della fragilità e calcolatrici elettroniche per gli strumenti comunemente utilizzati sono disponibili su eFrailty.org.

Le misure delle prestazioni (ad esempio, velocità dell'andatura e forza della presa della mano) possono essere influenzate da condizioni acute e possono essere poco pratiche da utilizzare per i pazienti ospedalizzati.

Gli strumenti che non prevedono test delle prestazioni possono essere utili in tali pazienti. Per evitare di attribuire sintomi di malattia acuta alla fragilità, la valutazione dovrebbe includere un'indagine sullo stato di salute nel recente passato (ad esempio, 2 settimane prima del momento della valutazione).

La conoscenza del precedente stato di fragilità può rivelare la traiettoria di salute di una persona anziana e può costituire la base per una revisione annuale.³² Il peggioramento delle traiettorie del fenotipo di fragilità di Fried e della fragilità da accumulo di deficit è associato a un rischio più elevato di morte^{9,32} e a un declino della qualità della vita.³³ Si deve usare cautela nel confrontare i risultati di diversi strumenti di fragilità. Modificare la valutazione del fenotipo di fragilità di Fried³⁴ o variare l'elenco dei deficit utilizzati nell'indice di fragilità,³⁵ che è una pratica comune quando si misurano stati di salute specifici del contesto (ad esempio, la salute di un paziente valutato prima di sottoporsi a un intervento chirurgico), può portare a valutazioni incoerenti.

Per evitare interpretazioni errate, lo strumento di fragilità utilizzato deve essere specificato. Sono disponibili linee guida per consentire il confronto degli strumenti di fragilità di uso comune.³⁶

Screening e gestione della fragilità

Le attuali prove relative allo screening e agli interventi sulla fragilità sono limitate. La maggior parte degli studi clinici che hanno valutato gli interventi sulla fragilità sono stati di piccole dimensioni, con popolazioni di studio eterogenee e strumenti di screening, interventi e misure di esito non uniformi, tutti fattori che hanno contribuito a prove di bassa qualità. ³⁷⁻⁴¹

Nonostante queste limitazioni, alcuni interventi hanno dimostrato di migliorare la fragilità e gli esiti associati (ad esempio, riduzione della mobilità, forza muscolare e stato funzionale e aumento del rischio di cadute). Sebbene la valutazione della fragilità sia stata utilizzata per determinare l'idoneità in questi studi, permane incertezza riguardo all'efficacia dello screening di routine per la fragilità rispetto alle cure abituali nel migliorare i risultati e ridurre l'utilizzo e i costi dell'assistenza sanitaria.

L'utilità dello screening per la fragilità è stata più chiaramente dimostrata in oncologia^{42,43} e chirurgia.^{44,45} Gli interventi che si sono dimostrati efficaci nell'ambiente controllato degli studi clinici non hanno sempre mostrato un'efficacia simile in contesti di cura più pragmatici e di routine.^{46,47}

Ma invece di concludere che questi interventi mancano di efficacia, dobbiamo impegnarci di più per capire come implementare al meglio gli interventi e sfruttare i loro benefici nelle cure di routine.

Approccio alla gestione clinica guidata dalla fragilità

Il concetto di fragilità può essere uno strumento utile nella pratica clinica, consentendo ai medici di prevedere i risultati e i rischi delle condizioni di salute legate all'età, di indirizzare l'erogazione di interventi basati sulle prove e di personalizzare la gestione clinica, incluse le decisioni sui trattamenti stressanti (ad esempio, chemioterapia e interventi chirurgici importanti).

La valutazione del grado di fragilità di una persona anziana su uno spettro da in forma a gravemente fragile può fornire un quadro per l'applicazione di prove e principi di assistenza geriatrica (Fig. 1).

L'obiettivo ha due parti: in primo luogo, aumentare la riserva fisiologica per costruire robustezza (minimizzare i danni da fattori di stress) e resilienza (riparare i danni) e in secondo luogo, prevenire o mitigare i fattori di stress. L'assistenza per le persone senza fragilità dovrebbe concentrarsi sull'aumento della riserva fisiologica attraverso uno stile di vita sano, la gestione delle malattie croniche e l'assistenza preventiva.

Se si sospetta fragilità, dovrebbe essere eseguita un'attenta valutazione medica o una valutazione geriatrica completa per identificare i fattori precipitanti e esacerbanti e per determinare gli obiettivi per gli interventi. Gli obiettivi clinici potenzialmente ad alto rendimento sono depressione, anemia, ipotensione, ipotiroidismo, carenza di vitamina B12, condizioni mediche instabili ed eventi avversi da farmaci.⁴⁸

L'obiettivo della gestione è preservare la riserva fisiologica e prevenire gli stress per massimizzare il funzionamento e la qualità della vita, guidati dagli obiettivi del paziente e dal grado di fragilità.

La fragilità rende le persone anziane più vulnerabili ai rischi associati al trattamento.

Una parte importante della gestione è rendere la routine cure meno rischiose per i pazienti fragili.

La presenza di fragilità non dovrebbe essere usata come una ragione conveniente per sospendere trattamenti potenzialmente efficaci, ma piuttosto come un'opportunità per facilitare l'assistenza centrata sul paziente. L'allineamento del trattamento con le priorità di salute del paziente può ridurre il peso del trattamento e delle cure indesiderate.⁴⁹

Sebbene sia necessario ridurre al minimo la politerapia ed evitare farmaci potenzialmente inappropriati per i pazienti fragili, alcuni trattamenti (ad esempio, l'esercizio fisico⁵⁰) possono essere di grande beneficio per tali pazienti. L'inserimento della fragilità in un modello prognostico migliora la stima dell'aspettativa di vita, che a sua volta aiuta a guidare le decisioni in merito allo screening del cancro.⁵¹

Strategie di adattamento personalizzate e adattive, come mantenere le routine quotidiane in ambienti familiari, mantenere i legami sociali e mobilitare le risorse, possono aiutare i pazienti a prendersi cura di sé e a mantenere i ruoli sociali, nonostante le limitazioni imposte dalla fragilità.⁵²

Con il progredire della fragilità, il supporto sociale è importante per garantire l'aderenza ai piani di cura e per aiutare con la gestione della salute e le attività quotidiane.

L'accresciuta vulnerabilità rende la vaccinazione e la modifica dell'ambiente domestico importanti per prevenire fattori di stress evitabili.

Identificare le persone con fragilità che si stanno avvicinando alla fine della vita (fragilità terminale) può essere difficile a causa di modelli imprevedibili di declino funzionale.

Queste persone spesso presentano tutte le caratteristiche del fenotipo di fragilità di Fried,¹⁰ un indice di fragilità da deficit-accumulo che si avvicina a 0,70,1 o una dipendenza completa dall'aiuto per la cura personale.²⁸

La gestione può concentrarsi sulla fornitura di conforto e sulla garanzia della dignità attraverso cure palliative e cure palliative.

Figura 1. Approccio proposto all'assistenza clinica dei pazienti anziani in base al grado di fragilità.

Il nostro approccio proposto combina le prove di studi randomizzati e controllati e le migliori pratiche di assistenza geriatrica, entrambe necessarie per fornire assistenza basata sulle prove e incentrata sulla persona per gli anziani in tutto lo spettro da in forma a fragile.

Questo approccio dovrebbe essere utilizzato come guida, ove appropriato, sulla base della valutazione clinica. Per le persone in forma o pre-fragili, la gestione clinica dovrebbe concentrarsi sull'aumento della riserva fisiologica e sulla gestione delle condizioni croniche per prevenire effetti negativi sulla salute a lungo termine, tra cui fragilità e disabilità. Per le persone con fragilità, la gestione dovrebbe concentrarsi sulla conservazione della riserva fisiologica e sulla prevenzione o mitigazione degli stress.

Poiché queste persone hanno disturbi multipli e polifarmaci, è spesso necessario riallineare il trattamento con gli obiettivi e le preferenze personali del paziente.

Quando una persona si avvicina alla fragilità terminale (vale a dire, con tutte e cinque le caratteristiche del fenotipo di fragilità di Fried [esaurimento, debolezza, lentezza, inattività fisica e perdita di peso, ciascuna rappresentante 1 punto], un indice di fragilità [il numero di deficit presenti come proporzione del numero totale di deficit valutati] che si avvicina a 0,7 o una completa dipendenza dall'assistenza per la cura personale), la gestione dovrebbe concentrarsi sul comfort e sulla dignità. I punti di interruzione per il punteggio sulla Clinical Frailty Scale, che misura il rischio di morte o di ricovero in un istituto, sono stime ragionevoli e non devono essere utilizzati come regole rigide. Quando questi punti di interruzione

vengono utilizzati per la prima volta nella pratica clinica o nella ricerca, potrebbe essere necessario un adattamento al contesto clinico.

La gestione dovrebbe essere guidata dagli obiettivi e dalle preferenze dei pazienti e la fragilità non dovrebbe essere utilizzata per impedire l'accesso a trattamenti potenzialmente efficaci. CGA denota una valutazione geriatrica completa, una terapia occupazionale OT e una terapia fisica PT.

	Fit	Prefrailty	Frailty	End-Stage Frailty
Frailty Score	Fried frailty phenotype, 0 points Deficit-accumulation frailty index of <0.10 Score on Clinical Frailty Scale, 1-3	Fried frailty phenotype, 1 or 2 points Deficit-accumulation frailty index of 0.10 to <0.20 Score on Clinical Frailty Scale, 4	Fried frailty phenotype, 3 or 4 points Deficit-accumulation frailty index of 0.20 to <0.55 Score on Clinical Frailty Scale, 5-7	Fried frailty phenotype, 5 points Deficit-accumulation frailty index of ≥0.55 Score on Clinical Frailty Scale, 8 or 9
Goal	Increase physiological reserve	Increase physiological reserve	Preserve physiological reserve and prevent avoidable stressors	Provide comfort
Lifestyle	Exercise and physical activity High-quality diet Social engagement	Exercise and physical activity High-quality diet (protein intake) Social engagement	Less intense exercise may be better tolerated High-quality diet (protein intake) Social engagement	Physical activity as tolerated Diet as tolerated Social engagement as tolerated
Disease Management	Apply disease-based guidelines	Apply disease-based guidelines	Consider trade-off between disease and treatment burden	Deescalate treatments
Preventive Care	Vaccination Cancer screening	Vaccination Cancer screening	Vaccination Individualize cancer screening (time to benefit vs. remaining life expectancy)	Vaccination Stop cancer screening
Interventions for Frailty		Treat reversible causes of frailty Exercise and physical activity Nutritional counseling and supplementation CGA and multidisciplinary intervention Comprehensive medication review	Treat reversible causes of frailty Rehabilitation (PT and OT) Nutritional counseling and supplementation CGA and multidisciplinary intervention Comprehensive medication review	Comprehensive medication review
Patient Engagement	Patient-centered goal	Patient-centered goal	Patient-centered goal	Patient-centered goal
Social Support	Social support (family and caregiver)	Social support (family and caregiver)	Social support (family and caregiver)	Social support (family and caregiver)

Interventi per la fragilità

La tabella 1 riassume le prove provenienti da metanalisi e revisioni sistematiche di studi randomizzati e controllati che valutano interventi per prevenire o ridurre la fragilità e i risultati associati in diverse popolazioni di pazienti.

In generale, gli interventi che influenzano una gamma di sistemi fisiologici (ad esempio, esercizio fisico e una valutazione geriatrica completa) sono efficaci nel ridurre la fragilità, mentre gli interventi che mirano a una singola anomalia fisiologica (ad esempio, terapia ormonale) non hanno mostrato efficacia.

Per gli anziani che vivono in comunità, esercizio fisico e integrazione nutrizionale orale, da soli o combinati,^{37,38} e una valutazione geriatrica completa³⁹ possono avere un effetto positivo sul fenotipo di fragilità di Fried.

Interventi di esercizio, tipicamente che comprendono esercizi aerobici e rafforzamento muscolare a una frequenza da una a quattro sessioni a settimana per 30-60 minuti ciascuna,³⁸ così come yoga^{38,40} e tai chi,^{38,41} possono migliorare la mobilità e la forza muscolare, migliorare le attività della vita quotidiana e ridurre le cadute.

Una valutazione geriatrica completa può prevenire l'ospedalizzazione non pianificata senza influenzare il rischio di ricovero in casa di cura o di morte tra persone con fragilità.^{39,47}

L'ottimizzazione della terapia farmacologica, che include una revisione completa della terapia farmacologica e la riduzione o l'interruzione della dose di farmaci che hanno effetti dannosi o benefici poco chiari, può ridurre il rischio di morte⁶³ e declino funzionale.⁶⁴

L'integrazione con vitamina D,^{56-58,62} acidi grassi n-3,⁵⁷⁻⁵⁹ ormoni sessuali,^{69,70} o ormone della crescita⁷¹ ha scarso effetto sullo stato di fragilità, sul funzionamento fisico o sulle attività della vita quotidiana. Per i pazienti anziani ricoverati in ospedale, l'esercizio con integrazione nutrizionale orale può migliorare il fenotipo di fragilità di Fried, ridurre la fragilità da deficit-accumulo e migliorare la mobilità e le attività della vita quotidiana.⁵³

L'esercizio da solo o l'integrazione nutrizionale orale da sola ha benefici ambigui rispetto al funzionamento fisico e alle attività della vita quotidiana.^{54,55}

Una valutazione geriatrica completa riduce i ricoveri in case di cura e le cadute in ospedale, previene il delirio e la morte postoperatori e migliora la mobilità dopo la frattura dell'anca.³⁹ L'ottimizzazione dei farmaci può ridurre le visite al pronto soccorso.⁶⁵

Per i residenti delle case di cura, l'ottimizzazione dei farmaci riduce il rischio di cadute, morte e ricovero ospedaliero.^{64,66} L'esercizio e lo yoga possono migliorare la mobilità³⁸ e l'equilibrio.⁴⁰ Il beneficio dell'integrazione nutrizionale orale e della vitamina D è incerto.^{55,62}

Table 1. Evidence for Interventions to Prevent or Ameliorate Frailty and Associated Clinical Outcomes.⁹

Intervention and Patient Population	Evidence (Quality of Evidence) [†]	Comments
Exercise		
Community-dwelling older persons at risk for frailty	Exercise with nutritional intervention may ameliorate Fried frailty phenotype (low certainty) ⁷ Exercise is likely to improve mobility (moderate certainty) and may ameliorate Fried frailty phenotype (low certainty), improve ADL (low certainty), and improve score on SOF scale; effect on falls is uncertain (very low certainty) ¹⁸ Yoga is likely to improve mobility and muscle strength (moderate certainty) and may improve balance (low certainty) ⁴⁰	Most of the evidence is for resistance training The most effective exercise program is unknown; a typical program involved aerobic exercise and muscle strengthening, with 30–60 min/session and 1–4 sessions/wk. ¹⁸
Community-dwelling older persons with frailty	Exercise with nutritional intervention may ameliorate Fried frailty phenotype (low certainty) and improve mobility (very low certainty); effect on ADL is uncertain (very low certainty) ⁷ Exercise is likely to improve mobility and ADL (moderate certainty) and may ameliorate Fried frailty phenotype (low certainty) and improve score on Edmonton Frail Scale (very low certainty) ¹⁸ Tai chi may improve muscle strength (low certainty) and balance (very low certainty) and may reduce falls (low certainty); effect on mobility is uncertain (very low certainty) ⁴¹	Exercise in hospitalized older patients is typically supervised by a physical therapist, focusing on resistance training, with 20–90 min/session and 2–5 sessions/wk. ¹⁸ Exercise in hospitalized older patients did not increase falls ⁹
Hospitalized older patients	Exercise with nutritional intervention may ameliorate Fried frailty phenotype (low certainty), decrease deficit-accumulation frailty (very low certainty), improve mobility (very low certainty), and improve ADL (very low certainty); effect on falls is uncertain (very low certainty) ¹¹ Exercise may not improve ADL (low certainty); effect on mobility is uncertain (very low certainty) ⁵⁴	
Nursing home residents	Exercise may improve mobility (very low certainty); effect on ADL and falls is uncertain (very low certainty) ¹⁸ Yoga may improve balance (very low certainty); effect on mobility and muscle strength is uncertain (very low certainty) ⁴⁰	
Nutrition		
Community-dwelling older persons at risk for frailty	Nutritional supplementation (ONS or fortified foods) may ameliorate Fried frailty phenotype (low certainty) and improve ADL (very low certainty); effect on mobility and risk of death is uncertain (very low certainty) ^{17,25} Vitamin D supplementation does not improve mobility (high certainty) and may not improve muscle strength (low certainty) or deficit-accumulation frailty (very low certainty); effect on Fried frailty phenotype is uncertain (very low certainty) ^{26,28} n-3 fatty acid supplementation may not improve mobility (low certainty), muscle strength (very low certainty), or deficit-accumulation frailty (very low certainty); effect on Fried frailty phenotype is uncertain (very low certainty) ^{27,29}	RDA for protein intake, 0.8 g/kg/day, may be inadequate in older persons because of anabolic resistance (the reduced ability to synthesize muscle protein in response to dietary protein and resistance exercise) Experts recommend 1.0–1.2 g/kg/day for healthy older persons and 1.2–1.5 g/kg/day for patients with a acute or chronic illness who are at risk for malnutrition, except for those with chronic kidney disease ⁹
Community-dwelling older persons with frailty	Nutritional supplementation (ONS or fortified foods) alone may ameliorate Fried frailty phenotype (low certainty) and improve mobility (very low certainty); effect on ADL is uncertain (very low certainty) ¹⁷ Effect of vitamin D supplementation on muscle strength is uncertain (very low certainty) ⁶	Protein ingestion in temporal proximity to resistance exercise may induce greater muscle protein synthesis ³¹
Hospitalized older patients	Nutritional supplementation (ONS or fortified foods) alone may improve mobility (very low certainty); effect on muscle strength, ADL, risk of death, and hospitalization is uncertain (very low certainty) ¹⁵	
Nursing home residents	Effect of nutritional supplementation (ONS or fortified foods) alone on muscle strength, ADL, risk of death, and hospitalization is uncertain (very low certainty) ¹⁵ Effect of vitamin D supplementation on muscle strength is uncertain (very low certainty) ⁶	

CGA and multidisciplinary intervention		
Community-dwelling older persons at risk for frailty	CGA and multidisciplinary intervention lower the risk of Fried frailty phenotype (high certainty) ¹⁹	CGA is a systematic, multidimensional evaluation focused on determining a frail older person's medical, functional, physical, psychological, and socioenvironmental status in order to develop a coordinated, integrated plan for treatment and follow-up. For inpatients, CGA is performed by a specialist team or in a dedicated care unit.
Community-dwelling older persons with frailty	CGA and multidisciplinary intervention ameliorate Fried frailty phenotype (high certainty) and may reduce unplanned hospitalization (low certainty) but do not reduce nursing home admission (high certainty) and are unlikely to reduce risk of death (moderate certainty); their effect on emergency department visits is uncertain (very low certainty) ^{18,40}	
Hospitalized older patients	CGA reduces nursing home admission (high certainty) and is likely to increase home discharge (moderate certainty) ¹⁹ . In patients with acute medical condition or injury, CGA reduces hospital falls (high certainty); ²⁹ in patients with trauma from hip fracture, CGA reduces delirium (high certainty), is likely to improve mobility (moderate certainty), may reduce risk of death (low certainty), and may improve ADL (very low certainty) ¹⁹ . In nonorthopedic surgical patients, CGA is likely to reduce delirium (moderate certainty) ¹⁹ . In patients undergoing emergency surgery, CGA is likely to reduce risk of death (moderate certainty) ¹⁹ .	
Medication optimization		
Community-dwelling older persons at risk for frailty	Medication optimization may reduce risk of death (low certainty); it is unlikely to reduce hospitalization (moderate certainty) and may not reduce falls (low certainty) ⁴¹	The American Geriatrics Society Beers criteria ⁴² and the STOPP and START criteria ⁴⁶ can be helpful for medication optimization. Comprehensive medication review is often part of CGA.
Community-dwelling older persons with frailty	Medication optimization may reduce functional decline (very low certainty); its effect on falls is uncertain (very low certainty) ⁴⁴	
Hospitalized older patients	Medication optimization may reduce emergency department visits (very low certainty) but may not reduce hospitalization (low certainty); its effect on ADL, falls, delirium, and risk of death is uncertain (very low certainty) ⁴⁶	
Nursing home residents	Medication optimization reduces falls (high certainty), risk of death (high certainty), and hospitalization (high certainty); it may improve score on Edmonton Frail Scale (very low certainty) ^{44,45}	
Hormone supplementation		
Community-dwelling older persons at risk for frailty	Testosterone supplementation may reduce risk of death (low certainty) but may not improve mobility (low certainty); its effect on Fried frailty phenotype or deficit-accumulation frailty is uncertain (very low certainty) ⁴⁹ . Effect of estrogen and progesterone replacement on mobility and muscle strength is uncertain in postmenopausal women (very low certainty) ⁵⁰ . Effect of growth hormone supplementation on muscle strength is uncertain (very low certainty) ⁵¹	
Community-dwelling older persons with frailty	Effect of testosterone supplementation on mobility is uncertain (very low certainty) ⁴	

⁴⁰ ADL denotes activities of daily living, CGA comprehensive geriatric assessment, ONS oral nutritional supplementation, RDA recommended daily allowance, START screening tool to alert to right treatment, and STOPP screening tool of older persons' prescriptions.
⁴¹ Overall, high-quality evidence for frailty interventions is limited. The quality of evidence was evaluated on the basis of selected meta-analyses and randomized, controlled trials according to the GRADE (Grading of Recommendation Assessment, Development, and Evaluation) framework.
⁴² The Study of Osteoporotic Fractures (SOF) scale includes three items: weight loss, the inability to rise from a chair five times without using arms, and reduced energy level, each representing 1 point.
⁴³ Medication optimization includes comprehensive medication review and dose reduction or discontinuation of medications that have harmful effects or unclear benefits.

Screening della fragilità in ambito di cure primarie e ospedaliere per acuti

Data la disponibilità di strumenti convalidati per la valutazione della fragilità e interventi che hanno dimostrato di essere efficaci in studi randomizzati e controllati, un modello di assistenza integrativa basato sulle cure primarie, che comprende uno screening di routine della fragilità, una valutazione geriatrica completa per i pazienti con risultati di screening positivi e interventi personalizzati, ha il potenziale per prevenire e gestire la fragilità. Tuttavia, una meta-analisi di sei studi randomizzati e controllati e due studi controllati condotti nei Paesi Bassi ha dimostrato che tale modello non è riuscito a migliorare lo stato funzionale, la qualità della vita e gli esiti clinici a 1 anno, rispetto alle cure abituali.⁴⁶

Una collaborazione per il miglioramento della qualità in Inghilterra che si è concentrata sull'identificazione di pazienti con fragilità e sull'esecuzione di una valutazione geriatrica completa entro le prime 72 ore dopo il ricovero in un ospedale per acuti non ha riscontrato riduzioni nella durata della degenza, nella mortalità ospedaliera, nel tasso di riammissione a 30 giorni o nell'istituzionalizzazione durante il periodo di 11 mesi successivo alla valutazione.⁷²

Questi risultati contrastano con gli effetti positivi dell'esercizio,³⁸ dell'integrazione nutrizionale orale,^{37,53} e di una valutazione geriatrica completa^{39,47} negli studi clinici che hanno coinvolto pazienti attentamente selezionati. Le possibili spiegazioni per i risultati incoerenti includono differenze tra gli studi nella selezione dei partecipanti, assistenza standard nel gruppo di confronto, e fedeltà e aderenza agli interventi. L'efficacia di un modello di assistenza integrato in altri contesti sanitari giustifica ulteriori ricerche.

Screening della fragilità prima di un trattamento stressante

La logica dello screening della fragilità prima di un trattamento stressante è quella di migliorare la selezione dei candidati, ridurre proattivamente il rischio e offrire un'assistenza incentrata sulla persona per migliorare i risultati del trattamento.

In uno studio randomizzato a cluster controllato che ha coinvolto 40 studi oncologici negli Stati Uniti, l'uso di un riepilogo di compromissioni specifiche per dominio da una valutazione geriatrica completa e raccomandazioni su misura, rispetto alle cure abituali, ha ridotto gravi effetti tossici chemioterapici senza compromettere l'efficacia del trattamento nei pazienti anziani con cancro.⁴²

La percentuale di pazienti che hanno iniziato una chemioterapia meno intensiva era più alta nel gruppo di valutazione geriatrica completa rispetto al gruppo di cure abituali, il che suggerisce che l'intensità del trattamento è stata modificata sulla base della valutazione geriatrica completa.

In uno studio australiano multicentrico, randomizzato e controllato, una valutazione geriatrica completa integrata nella cura dei pazienti anziani con cancro ha portato a una migliore qualità della vita e a un minor numero di ricoveri ospedalieri non programmati rispetto alle cure solite.⁴³

In un ampio sistema sanitario negli Stati Uniti, lo screening di routine preoperatorio della fragilità seguito da una discussione con i chirurghi sullo stato di fragilità e sulla prognosi del paziente, una consulenza per cure palliative per chiarire gli obiettivi e le aspettative del paziente e la modifica del piano di trattamento (ad esempio, una decisione di rinunciare all'intervento chirurgico o di utilizzare una procedura diversa) è stata associata a una riduzione della mortalità postoperatoria.⁴⁴

I risultati sono stati simili in uno studio condotto dopo che il National Health Service in Inghilterra ha introdotto una linea guida che forniva un incentivo finanziario agli ospedali per includere una valutazione da parte di un geriatra per tutti i pazienti anziani ricoverati con una lesione grave.⁴⁵

I programmi di "preabilitazione", volti a ridurre al minimo i fattori di rischio modificabili per scarsi risultati chirurgici in genere concentrandosi su esercizio, consulenza e integrazione nutrizionale, tecniche per ridurre l'ansia e cessazione del fumo per 4 settimane prima dell'intervento, possono facilitare il recupero funzionale dopo un intervento chirurgico ortopedico⁷³ e un intervento chirurgico per il cancro del colon-retto.⁷⁴ ("Preabilitazione" si riferisce a un approccio proattivo per migliorare la salute fisica e mentale di un paziente prima di un trattamento stressante).

L'efficacia di questi programmi nei pazienti con fragilità o in quelli sottoposti ad altri tipi di intervento chirurgico rimane incerta.

Lacune nelle prove e direzioni future

Alcuni interventi sono utili per le persone che vivono con la fragilità, ma il beneficio dello screening di routine della fragilità, seguito da interventi personalizzati, non è stato dimostrato in modo coerente al di fuori di settori clinici selezionati (ad esempio, oncologia e chirurgia).

Questa discrepanza richiede ulteriori ricerche sulle strategie per identificare la fragilità (screening di routine vs. mirato), la scelta degli strumenti di screening e l'approccio all'intervento nelle cure di routine.

Mancano prove riguardo agli interventi per prevenire o invertire la fragilità e alla loro efficacia in termini di costi, all'uso di set standard di misure di esito per valutare gli interventi sulla fragilità e alla valutazione degli effetti del trattamento in base al grado di fragilità.⁵

Esistono esigenze insoddisfatte in tutto lo spettro di cure, ma data l'elevata posta in gioco e l'immediatezza delle conseguenze, rendere l'assistenza ospedaliera più sicura per gli anziani con fragilità dovrebbe essere considerata una priorità elevata. La cardiologia geriatrica, l'oncologia geriatrica, l'ortogeriatrica e le specialità correlate possono rivelarsi modelli praticabili per altri campi, purché tali approcci siano considerati un'ipotesi verificabile e non un fatto compiuto.

La geriatria utilizza interventi complessi, che danno luogo a piani di cura individuali per persone con esigenze complesse. Tali approcci meritano di essere emulati.

In alcuni paesi (ad esempio, Francia, Canada e Cina), sono stati avviati screening e gestione basati sulla comunità. L'efficacia a lungo termine di questo sforzo deve ancora essere determinata.

Una migliore comprensione della biologia della fragilità aiuterà nell'identificazione di fattori di rischio modificabili⁴ e nello sviluppo di potenziali terapie (ad esempio, "geroprotettori"¹⁹) per la prevenzione e il trattamento della fragilità. Data la pressante necessità di prove, l'eterogeneità dei sistemi sanitari e la natura costosa e dispendiosa in termini di tempo degli studi randomizzati e controllati, tali studi sono spesso poco pratici.

Una strategia innovativa per affrontare questa sfida è lo studio ibrido efficacia-implementazione.⁷⁵

Questo disegno di studio non solo valuta l'efficacia di un intervento in contesti locali del mondo reale, ma esplora anche i modi migliori per implementarlo.

Per i decisori, il vantaggio risiede nella rapida adozione di questi interventi, considerando i fattori locali che influenzano l'implementazione in siti specifici.

In assenza di prove convincenti che favoriscano uno strumento di fragilità rispetto a un altro, tali studi possono guidare i decisori nella selezione della misura più appropriata.

Un'altra strategia è la traduzione della conoscenza, in cui le prove della ricerca vengono assemblate e implementate. Questo processo comporta l'adattamento, la valutazione e l'avanzamento delle prove in vari contesti clinici. Un esempio di traslazione della conoscenza è l'adozione di cure ortogeriatriche nei centri traumatologici in Inghilterra. 45

Conclusioni

La valutazione della fragilità consente ai medici di comprendere la variabilità dello stato di salute tra gli anziani, fornire assistenza personalizzata in base agli obiettivi e alle esigenze di salute del singolo paziente e prendere decisioni su trattamenti stressanti sulla base della vulnerabilità del paziente.

L'assistenza clinica guidata dalla fragilità ha il potenziale per superare l'inefficacia degli attuali modelli di assistenza trattando le persone anziane in modo olistico piuttosto che curare una serie frammentata di malattie.

Per realizzare appieno i benefici dell'assistenza clinica guidata dalla fragilità, sono necessarie ulteriori ricerche per colmare le lacune nella nostra conoscenza di misurazione, nuovi trattamenti, gestione clinica e formazione per i medici in contesti diversi.

N Engl J Med 2024;391:538-48.

DOI: 10.1056/NEJMra2301292

Copyright © 2024 Massachusetts Medical Society.

The New England Journal of Medicine

Downloaded from nejm.org by LUIGI TONELLI on August 19, 2024. For personal use only.

No other uses without permission. Copyright © 2024 Massachusetts Medical Society. All rights reserved.

JAMA Network

Fragilità nei beneficiari di Medicare Advantage e nei beneficiari di Medicare tradizionale

[Dott.ssa Sandra M. Shi, MPH¹](#); [Brienne Olivieri-Mui, PhD, MPH²](#); [Chan Mi Park, dottore in medicina, MPH¹](#); e altri [Dott.ssa Stephanie Sison, MBA³](#); [Dott.ssa Ellen P. McCarthy, MPH¹](#); [Dott. Dae H. Kim, MD, ScD¹](#)

JAMA Rete aperta. 2024;7(8):e2431067. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.31067

Punti chiave

Domanda I beneficiari di Medicare Advantage presentano livelli di fragilità inferiori e un declino più lento rispetto ai beneficiari tradizionali di Medicare a pagamento?

Risultati In questo studio di coorte rappresentativo a livello nazionale su 7063 individui residenti in comunità di età pari o superiore a 65 anni, rispetto ai tradizionali beneficiari Medicare a pagamento, i beneficiari Medicare Advantage presentavano livelli più elevati di fragilità all'inizio, ma livelli simili di variazione della fragilità nell'arco di 1 anno.

Significato Questi risultati suggeriscono che l'iscrizione ai piani Medicare Advantage non è associata a traiettorie di fragilità alterate rispetto al Medicare tradizionale e che sono necessari ulteriori studi per comprendere meglio le esigenze di servizi sanitari degli anziani fragili.

Astratto

Importanza Una percentuale crescente della popolazione si iscrive a Medicare Advantage (MA), che solitamente offre vantaggi aggiuntivi rispetto al Medicare tradizionale (TM).

Obiettivo Determinare se la fragilità e le traiettorie della fragilità differiscono tra gli iscritti al programma MA e quelli al programma TM.

Progettazione, impostazione e partecipanti Questo studio di coorte retrospettivo ha utilizzato i dati del National Health and Aging Trends Study (2015-2016). Le analisi sono state condotte da agosto 2023 a marzo 2024. I partecipanti erano beneficiari Medicare residenti nella comunità di età pari o superiore a 65 anni.

Esposizione all'arruolamento in MA vs TM.

Principali risultati e misure La fragilità è stata calcolata tramite un indice di fragilità (FI) (intervallo, 0-1, con valori più alti che indicano maggiore fragilità) e il punteggio Fried Frailty Phenotype (FFP) (intervallo, 0-5, con valori più alti che indicano maggiore fragilità). Sono state misurate le prestazioni fisiche, incluso il punteggio Short Physical Performance Battery (SPPB) (intervallo, 0-12, con valori più alti che indicano prestazioni migliori) e la velocità dell'andatura (metri al secondo). Il risultato primario era la differenza nei punteggi FI e FFP dalla valutazione di base del 2015 alla valutazione di follow-up del 2016. I risultati secondari includono i cambiamenti a 1 anno in SPPB e velocità dell'andatura.

Risultati La coorte finale era composta da 7063 partecipanti (2775 [23,1%] di età >80 anni; 4040 [54,7%] donne), che rappresentano un campione di 38,8 milioni di beneficiari. C'erano 2583 (35,0%) iscritti MA (13,6 milioni) e 4480 (65,0%) iscritti TM (25,2 milioni). All'inizio, il punteggio FI era simile tra gli arruolati MA e TM (media [DS], 0,22 [0,15] vs 0,21 [0,14]), sebbene gli arruolati MA avessero una fragilità fenotipica peggiore (496 partecipanti [15,2%] vs 811 partecipanti [13,7%] considerati fragili in base al punteggio FFP), punteggi SPPB (media [DS], 6,91 [3,34] vs 7,21 [3,27]) e velocità dell'andatura (0,79 [0,24] m/s vs 0,82 [0,23] m/s) rispetto agli arruolati TM. Un anno dopo, non c'erano differenze tra gli arruolati MA e TM nel cambiamento di 1 anno nel punteggio FI (media [DS], 0,016 [0,071] vs 0,014 [0,066]; differenza media aggiustata, 0,001 [95% CI, -0,004 a 0,005]), punteggio FFP (media [DS], 0,017 [1,004] vs 0,007 [0,958]; differenza media aggiustata, -0,009 [95% CI, -0,067 a 0,049]), punteggio SPPB (media [DS], -0,144 [2,064] vs -0,211 [1,968]; differenza media aggiustata, 0,068 [95% CI, -0,076 a 0,212]) e velocità dell'andatura (media [DS], -0,0160 [0,148] m/s vs -0,007 [0,148] m/s; differenza media aggiustata, -0,010 m/s [95% CI, -0,067 a 0,049 m/s]).

Conclusioni e rilevanza In questo studio di coorte di beneficiari Medicare del 2015, gli iscritti MA hanno sperimentato cali simili nella fragilità nell'arco di 1 anno rispetto agli iscritti TM. I lavori futuri dovrebbero esaminare se i tipi specifici di servizi coperti dall'assicurazione sanitaria possono avere un impatto sulla fragilità e sulle traiettorie di salute per gli anziani.

Introduzione

Negli ultimi anni, Medicare Advantage (MA) è diventato sempre più comune, con 29,5 milioni di iscritti, che rappresentano il 51% di tutti i beneficiari Medicare nel 2023.^{1,2} I piani MA in genere offrono premi più bassi e coprono alcuni vantaggi aggiuntivi, come lo screening della vista e la copertura dentale, ma gli iscritti si trovano di fronte a una rete di professionisti più limitata rispetto al tradizionale Medicare (TM) a pagamento.³ Inoltre, i beneficiari MA differiscono dai beneficiari TM sia per stato di salute che per stato socioeconomico,⁴ con gli iscritti MA contemporanei che hanno maggiori probabilità di essere neri o ispanici, di avere un reddito più basso e di avere doppiamente diritto a Medicaid.^{5,6} In particolare, MA ha piani per bisogni speciali (SNP) per i beneficiari con doppia ammissibilità, che spesso hanno un carico maggiore di condizioni croniche o invalidanti.

La fragilità è una misura cruciale della salute per gli anziani, che rappresenta uno stato vulnerabile di ridotta riserva fisiologica. ^{7,8} In particolare, i cambiamenti nella fragilità nel tempo sono stati associati a scarsi risultati di salute, tra cui ospedalizzazione, costi sanitari più elevati e mortalità. ⁹⁻¹¹ La progressione della fragilità può essere parzialmente mitigata dall'integrazione sociale e dalla partecipazione, ¹² che potrebbero essere meglio supportate con i servizi aggiuntivi offerti dai piani MA. Sebbene lavori precedenti ⁵ abbiano dimostrato che i beneficiari con disabilità hanno meno probabilità di iscriversi a MA, la misura in cui la fragilità e le traiettorie della fragilità possono differire tra i beneficiari MA e TM non è stata esaminata in precedenza. Qui, abbiamo condotto uno studio retrospettivo per determinare la misura in cui (1) la fragilità e le caratteristiche correlate differiscono tra i beneficiari MA e TM e (2) la fragilità e i marcatori della funzione fisica differiscono tra i cambiamenti MA e TM nell'arco di 1 anno.

Metodi

In questo studio di coorte, abbiamo analizzato i dati dal 2015 al 2016 del National Health and Aging Trends Study (NHATS), un sondaggio rappresentativo a livello nazionale dei beneficiari Medicare collegato ai dati delle richieste di rimborso Medicare. I sondaggi vengono condotti annualmente nelle case dei partecipanti, includendo anamnesi, stato socioeconomico, valutazioni cognitive e fisiche e stato funzionale. Per i confronti di base dello stato di fragilità tra gli iscritti MA e TM, abbiamo incluso tutti i 7070 beneficiari Medicare residenti nella comunità nel sondaggio del 2015, escludendo 3 intervistati con dati insufficienti per classificare lo stato assicurativo e 4 con dati insufficienti per calcolare la fragilità. Per analizzare il cambiamento della fragilità nel tempo, abbiamo ulteriormente escluso 305 deceduti, 723 persi al follow-up dal sondaggio del 2016 e 27 che avevano dati insufficienti per calcolare la fragilità ([Figura](#)).

Il comitato di revisione istituzionale della Johns Hopkins ha approvato il protocollo NHATS; tutti i partecipanti hanno fornito il consenso informato. Il comitato di revisione istituzionale di Advarra ha approvato questo studio di NHATS con dati Medicare collegati, con una rinuncia al consenso, perché i dati sono deidentificati, in conformità con 45 CFR §46. Questo studio di coorte ha seguito le linee guida di reporting Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology ([STROBE](#)).

Esposizione

La nostra esposizione primaria era il tipo di assicurazione del beneficiario classificato come MA o TM, in base allo stato di iscrizione a Medicare nel mese dell'indagine NHATS del 2015. Come analisi di sensibilità, abbiamo definito l'esposizione in base a 12 mesi consecutivi di iscrizione durante l'anno solare 2015.

Misurazioni della fragilità

Abbiamo calcolato un indice di fragilità da accumulo di deficit (FI) e il punteggio del fenotipo di fragilità di Fried (FFP) dalla valutazione del sondaggio del 2015. Il FI contiene domini di storia medica, attività della vita quotidiana, attività strumentali della vita quotidiana, compiti fisici, valutazioni cognitive e test di prestazione fisica. ^{9,13,14} Sulla base del FI (intervallo, 0-1, con valori più alti che indicano una maggiore fragilità), i partecipanti sono stati categorizzati come robusti (<0,15), prefragili (da 0,15 a <0,25), leggermente fragili (da 0,25 a <0,35), moderatamente fragili (da 0,35 a <0,45) o gravemente fragili ($\geq 0,45$). Il punteggio FFP (intervallo, 0-5, con valori più alti che indicano maggiore fragilità) è stato definito come presente sulla base della presenza di 3 o più delle seguenti 5 caratteristiche: camminata lenta, debolezza, esaurimento, scarsa attività fisica e basso indice di massa corporea o perdita di peso. ¹⁵ La Short Physical Performance Battery (SPPB), una misura della funzionalità degli arti inferiori e un indicatore di fragilità, è stata calcolata in base alla velocità dell'andatura, all'alzata dalla sedia e all'equilibrio in stazione eretta (intervallo, 0-12, con punteggi più alti che indicano una migliore funzionalità). ¹⁶ La velocità dell'andatura è stata misurata come media di 2 prove di camminata su una pista di 3 m, misurata in metri al secondo.

Risultati

Abbiamo calcolato il cambiamento negli esiti di fragilità valutando il cambiamento in ogni misura dal 2015 al 2016 nel punteggio FI, punteggio FFP, punteggio SPPB e velocità dell'andatura. Il nostro esito primario era la differenza nei punteggi FI e FFP dalla valutazione di base del 2015 alla valutazione di follow-up del 2016. Gli

esiti secondari includono i cambiamenti a 1 anno nella velocità dell'andatura e nel punteggio SPPB. Abbiamo anche valutato la frequenza con cui è stata osservata una differenza minima clinicamente importante (MCID). Per ogni esito, la MCID è stata definita utilizzando la letteratura precedente, in particolare un aumento di 0,03 per FI, ¹⁷ 1 per FFP, ¹⁸ 1 per SPPB, ¹⁹ e 0,1 m/s per la velocità dell'andatura. ²⁰ Qualsiasi caduta e qualsiasi ricovero ospedaliero nell'ultimo anno sono stati auto-segnalati nel sondaggio NHATS del 2016.

Covariate

Età, sesso, razza ed etnia (ispanico, nero non ispanico, altri non ispanici e bianco non ispanico) sono auto-riportati in NHATS. Razza ed etnia sono state esaminate a causa di differenze note nella composizione razziale tra la nostra esposizione principale. ⁵ Altre razze includono nativi americani, nativi dell'Alaska, asiatici, nativi hawaiani e isolani del Pacifico. Coloro che hanno risposto a più di 1 domanda primaria, non sanno o si sono rifiutati di rispondere o sono stati assenti sono stati trattati come assenti. Lo stato di doppia idoneità a Medicare e Medicaid è stato segnalato nel Master Beneficiary Summary File durante il mese del sondaggio. Il reddito annuo è auto-riportato nel NHATS, classificato come inferiore a \$ 25.000, da \$ 25.000 a \$ 50.000, da \$ 51.000 a \$ 75.000 o superiore a \$ 75.000. La demenza è stata definita secondo un algoritmo NHATS convalidato, derivato da resoconti soggettivi e test cognitivi oggettivi, classificato come demenza assente, possibile o probabile. ²¹ L'isolamento sociale è stato definito come socialmente integrato, isolato o grave isolamento sulla base di una tipologia convalidata utilizzata nel NHATS. ²² Lo stato di convivenza (vivere da soli, vivere con un partner, vivere con il partner e altri o vivere con altri) e le misure di partecipazione e impegno sociale (ad esempio, partecipare a servizi religiosi o uscire per divertirsi nel mese precedente) sono stati auto-riportati.

Analisi statistica

Abbiamo confrontato le misure sociodemografiche e di fragilità al basale tra beneficiari MA e TM utilizzando test χ^2 per variabili categoriali e un test di Wald aggiustato per variabili continue, con significatività impostata a P bilaterale $< 0,05$. La regressione lineare è stata utilizzata per confrontare i cambiamenti (follow-up meno basale) nella velocità dell'andatura e nei punteggi FI, FFP e SPPB tra gli iscritti MA e TM, aggiustando per età, sesso, doppia idoneità per Medicare e Medicaid, stato di convivenza, categoria di reddito e punteggi basali (vale a dire, cambiamento in FI aggiustato per FI basale). La regressione logistica è stata utilizzata per valutare l'associazione dello stato MA con la probabilità di sperimentare un declino da MCID in ciascuna misura di esito in 1 anno. Abbiamo ripetuto le analisi nei soggetti con fragilità (definita come $FI \geq 0,25$) e con possibile o probabile demenza. Tutte le analisi sono state condotte utilizzando il software statistico Stata versione 15.0 (StataCorp), tenendo conto del complesso disegno di campionamento, e sono state ponderate per riflettere le stime nazionali. ²³ Le analisi sono state condotte da agosto 2023 a marzo 2024.

Risultati

Caratteristiche degli iscritti MA e TM

La nostra coorte finale era composta da 7063 beneficiari, che rappresentano un campione di 38,8 milioni di beneficiari. Di questi, 2775 (23,1%) avevano più di 80 anni e 4040 (54,7%) erano donne. Nel complesso, 2583 beneficiari (35,0%) (13,6 milioni) erano iscritti a MA e 4480 (65,0%) (25,2 milioni) erano iscritti a TM. I beneficiari MA erano simili ai beneficiari TM in termini di distribuzione per età (età ≥ 80 anni, 1011 partecipanti [23,8%] contro 1764 partecipanti [22,7%]) e sesso femminile (1518 partecipanti [56,5%] contro 2522 partecipanti [53,7%]). I beneficiari MA avevano maggiori probabilità rispetto ai beneficiari TM di essere di razza nera (640 partecipanti [9,9%] contro 852 partecipanti [7,8%]), di etnia ispanica (247 partecipanti [12,3%] contro 184 partecipanti [4,9%]) e di altre razze (78 partecipanti [4,3%] contro 130 partecipanti [3,8%]); di avere un reddito stimato inferiore a \$ 25.000 (1.784 partecipanti [65,0%] contro 2.772 partecipanti [55,6%]); e di avere doppia ammissibilità a Medicare (485 partecipanti [16,3%] contro 579 partecipanti [10,1%]) ([Tabella 1](#)).

Gli iscritti al MA presentavano una prevalenza più elevata di alcune comorbilità rispetto agli iscritti al TM, come probabile demenza (183 partecipanti [5,0%] contro 271 partecipanti [3,4%]) e diabete (802 partecipanti

[28,5%] contro 1195 partecipanti [25,1%]), ma una prevalenza inferiore di cancro (680 partecipanti [23,9%] contro 1313 partecipanti [27,6%]). Per quanto riguarda la partecipazione sociale, i beneficiari MA avevano maggiori probabilità rispetto ai beneficiari TM di vivere con altri (604 partecipanti [18,2%] contro 771 partecipanti [13,0%]) e meno probabilità di riferire di aver partecipato ad attività di gruppo (829 partecipanti [34,1%] contro 1650 partecipanti [38,7%]) o di essere usciti per divertimento nell'ultimo mese (1889 partecipanti [78,6%] contro 3481 partecipanti [82,5%]). Altrimenti, avevano un'integrazione sociale e un impegno sociale simili a quelli dei beneficiari TM (1886 partecipanti [74,4%] contro 3286 partecipanti [75,1%]).

Fragilità al basale e variazione nell'arco di 1 anno

All'inizio, il punteggio medio FI era simile (MA vs TM, media [DS], 0,22 [0,15] vs 0,21 [0,14]) ([Tabella 1](#)). Tuttavia, i beneficiari MA presentavano una fragilità più grave per FI (moderata, 269 partecipanti [8,4%] vs 399 partecipanti [6,7%]; grave, 363 partecipanti [10,1%] vs 529 partecipanti [8,0%]) e per FFP (496 partecipanti [15,2%] vs 811 partecipanti [13,7%]). Nel complesso, il livello di disabilità ADL era simile (MA vs TM, media [DS], 0,34 [1,01] vs 0,32 [0,98]), così come le misure della prestazione fisica (punteggio SPPB, media [DS], 6,91 [3,34] vs 7,21 [3,27]; velocità dell'andatura, 0,79 [0,24] m/s vs 0,82 [0,23] m/s).

Per confrontare i cambiamenti nella fragilità dopo 1 anno, abbiamo escluso 305 deceduti (2,8%) e 723 partecipanti che sono stati persi al follow-up (12,1%). Coloro che sono stati persi al follow-up avevano un grado di fragilità più elevato rispetto a coloro che sono rimasti nella coorte; tuttavia, non differivano per stato assicurativo (MA vs TM, 276 partecipanti [12,7%] vs 447 partecipanti [11,9%]).

Per 6008 individui che sono stati seguiti nel 2016, le variazioni del punteggio sono state simili tra i beneficiari MA e TM per FFP (media [DS], 0,017 [1,004] vs 0,007 [0,958]; differenza media aggiustata, -0,009 [95% CI, -0,067 a 0,049]; $P = 0,73$) e FI (0,016 [0,071] vs 0,014 [0,066]; differenza media aggiustata, 0,001 [95% CI, -0,004 a 0,005]; $P = 0,40$) ([Tabella 2](#)). Tra le popolazioni in cui erano disponibili misure di prestazione (5073 partecipanti per SPPB e 4866 partecipanti per la velocità dell'andatura), non sono state trovate differenze significative tra gli arruolati MA e TM per la variazione del punteggio SPPB a 1 anno (media [DS], -0,144 [2,064] vs -0,211 [1,968]; differenza media aggiustata, 0,068 [95% CI, -0,076 a 0,212]; $P = 0,40$) o variazione della velocità dell'andatura a 1 anno (media [DS], MA vs TM, -0,016 [0,148] m/s vs -0,007 [0,145] m/s; differenza media aggiustata, -0,010 m/s [95% CI, -0,067 a 0,049 m/s]; $P = .16$). Dopo l'aggiustamento multivariato, MA non è stato associato a cambiamenti significativi nel punteggio FI, FFP o SPPB o nella velocità dell'andatura. Nei modelli logistici aggiustati, MA non è stato associato alle probabilità di avere un MCID nel punteggio FI, FFP o SPPB e nella velocità dell'andatura, così come a cadute e ricoveri ospedalieri.

Le analisi in sottopopolazioni prespecificate di persone con fragilità ([Tabella 3](#)) e quelle con compromissione cognitiva ([Tabella 4](#)) hanno prodotto risultati simili. Non vi erano differenze significative tra le popolazioni MA e TM nei cambiamenti nel punteggio FI, FFP o SPPB, nella velocità dell'andatura o nelle probabilità di avere un MCID in una qualsiasi di queste misure. Quando le analisi sono state ripetute richiedendo 12 mesi di arruolamento, i risultati sono stati simili, senza cambiamenti nelle traiettorie di fragilità a 1 anno tra le 2 popolazioni.

Discussione

In questo studio di coorte rappresentativo a livello nazionale dei beneficiari Medicare nel 2015, abbiamo confrontato le caratteristiche di fragilità tra i beneficiari MA e TM utilizzando misure di fragilità convalidate. I beneficiari MA avevano un carico di fragilità maggiore in base a 2 misure di fragilità convalidate: FI e FFP. Tuttavia, i cambiamenti nelle misure di fragilità erano simili nelle 2 popolazioni tra i beneficiari dopo 1 anno.

Storicamente, si è osservato che i piani MA attraggono individui più sani, forse a causa della selezione favorevole da parte di coloro che avrebbero beneficiato dei piani benessere o erano attratti da premi più bassi. ²⁴ Tuttavia, negli ultimi anni, l'iscrizione a MA è aumentata, principalmente a causa dei beneficiari TM che sono passati a MA, ²⁵ piuttosto che di nuove iscrizioni, e molti di coloro che cambiano non sono necessariamente in condizioni di salute migliori. In particolare, i beneficiari che sono passati avevano maggiori

probabilità rispetto ai nuovi iscritti di avere disabilità, il che riflette forse la necessità di servizi aggiuntivi forniti.²⁶ I beneficiari possono essere attratti da costi potenzialmente inferiori a carico del paziente o da ulteriori benefici offerti dai piani MA, come piani per la vista, dentistici o benessere.²⁷ Altre caratteristiche note associate al cambio includono la doppia idoneità²⁸ e lo stato di minoranza razziale o etnica, che abbiamo riscontrato anche nei beneficiari MA. Ciò suggerisce che la copertura più completa dei piani MA potrebbe essere più allettante per le popolazioni relativamente più vulnerabili. È interessante notare che, nonostante questi servizi aggiuntivi, i cambiamenti nella fragilità, nelle misure di prestazione fisica e nei risultati sanitari non differivano in modo significativo tra le popolazioni MA e TM nel nostro studio. Il nostro studio non ha consentito un esame specifico di quali servizi di supporto fossero disponibili o utilizzati a livello di beneficiari, che possono variare notevolmente da un piano all'altro. Pertanto, non è ancora chiaro se la disponibilità e l'utilizzo di servizi specifici possano alterare le traiettorie di fragilità nelle popolazioni vulnerabili.

Il nostro studio è di natura osservativa e non può catturare appieno le complesse ragioni e motivazioni alla base della selezione dei piani assicurativi da parte dei beneficiari. Ad esempio, è possibile che i beneficiari MA abbiano sperimentato un peggioramento della fragilità prima di scegliere i piani MA e che l'assicurazione MA possa attenuare il loro declino generale della salute, rendendo così le loro traiettorie più paragonabili a quelle dei beneficiari TM. Sebbene ricerche precedenti suggeriscano che i beneficiari con funzionalità in peggioramento tendono a passare ai piani TM, questo schema potrebbe non valere per tutti i beneficiari, in particolare per coloro che potrebbero beneficiare di SNP o migliorare la gestione e il coordinamento dell'assistenza. Sono necessarie ulteriori indagini, in particolare sui cambiamenti nella fragilità a seguito di cambiamenti nei piani assicurativi, per chiarire questo problema.

Nel periodo di follow-up di 1 anno, abbiamo escluso coloro che sono deceduti o sono stati persi al follow-up nel 2016, il che potrebbe aver portato a un bias di selezione. La letteratura precedente²⁹ ha stabilito che i tassi di mortalità, quando aggiustati per età, sesso e stato di doppia ammissibilità, sono in genere più bassi tra i beneficiari MA. Sebbene coloro che sono stati persi al follow-up avessero un grado di fragilità più elevato rispetto a coloro che sono rimasti nella coorte, la perdita al follow-up non era diversa in base allo stato assicurativo (eTable nel [Supplemento 1](#)). Un'analisi di sensibilità che assumeva in modo conservativo che tutti coloro che sono stati persi al follow-up avessero sperimentato un peggioramento della fragilità non ha prodotto stime sensibilmente diverse.

Con il ruolo crescente dei piani MA nel fornire assistenza agli anziani fragili, la futura ricerca sui servizi sanitari limitata alle popolazioni TM potrebbe non rappresentare adeguatamente la popolazione anziana eterogenea e vulnerabile. Lavori precedenti⁴ hanno stabilito che una percentuale maggiore di beneficiari a basso reddito e di coloro che provengono da gruppi razziali ed etnici minoritari è iscritta a MA. Il nostro studio ha anche esaminato le misure di partecipazione sociale, che potrebbero essere un fattore modificabile critico associato a migliori risultati sanitari.³⁰ È interessante notare che abbiamo scoperto che coloro che si iscrivono a MA avevano maggiori probabilità di vivere con altri ma meno probabilità di uscire per divertirsi, il che riflette probabilmente una mobilità più limitata nello spazio di vita,³¹ che è associata al futuro utilizzo dell'assistenza sanitaria.³² Sebbene i piani MA, in particolare quelli per gli individui con doppia idoneità, possano coprire alcuni benefici supplementari come la consegna dei pasti e il trasporto non medico,³³ non è ancora chiaro se questi possano supportare o migliorare la partecipazione sociale.

Esempi di condizioni prese di mira dagli SNP includono insufficienza cardiaca congestizia e diabete, che erano comuni anche nella nostra coorte di studio. Lavori precedenti³⁴ hanno scoperto che i beneficiari MA non inclusi negli SNP sono simili ai beneficiari TM in termini di dati demografici e condizioni croniche generali. È possibile che i beneficiari MA inclusi negli SNP tendano ad avere un grado di fragilità più elevato, il che si riflette nella maggiore prevalenza di fragilità da moderata a grave riscontrata nella popolazione MA. Tuttavia, non tutti i beneficiari MA con una condizione cronica sono necessariamente iscritti a un SNP per condizioni croniche e non siamo riusciti a identificare direttamente se i beneficiari fossero specificamente iscritti a questi SNP. Sebbene al momento ci siano SNP specifici per la demenza, nel 2014 è stato offerto solo 1 SNP per la demenza.³⁵ Pertanto, con ogni probabilità, coloro con demenza iscritti a MA non erano in un SNP per la demenza e potrebbero non aver necessariamente beneficiato di alcun servizio specifico per la demenza. Pertanto, i nostri risultati secondo cui i beneficiari di MA avevano maggiori probabilità di soffrire di demenza

possibile o probabile sono in un certo senso sorprendenti, suggerendo che le persone con disabilità cognitive potrebbero preferire i piani MA indipendentemente dagli SNP.

Limitazioni

Il nostro lavoro ha dei limiti. In primo luogo, i risultati riportati non possono essere generalizzati ai beneficiari di età inferiore ai 65 anni, una popolazione idonea a Medicare a causa di condizioni invalidanti. Sebbene lo stato assicurativo possa variare nel tempo, abbiamo classificato gli individui in base allo stato di iscrizione all'assicurazione al momento dell'indagine. Tuttavia, è probabile che il cambio di assicurazione accompagni i cambiamenti nello stato di salute ²⁶; pertanto, limitare il nostro campione a coloro con uno stato assicurativo stabile avrebbe escluso coloro con una salute più precaria. La nostra analisi di sensibilità ha mostrato risultati simili quando abbiamo definito l'esposizione in base a 12 mesi consecutivi di iscrizione durante l'anno solare 2015. Il nostro follow-up di 1 anno può sembrare relativamente breve. La letteratura precedente ^{17, 36} ha stabilito che i cambiamenti nella fragilità nell'arco di 1 anno sono associati ad aumenti misurabili del rischio di mortalità e a maggiori costi sanitari. Tuttavia, a causa di un alto grado di perdita al follow-up negli anni successivi dell'indagine NHATS (quasi il 30% entro 2 anni), non siamo stati in grado di esaminare i risultati sanitari a lungo termine. Con periodi di tempo più lunghi, aumenta la probabilità di cambiare stato assicurativo. Sebbene questo lavoro stabilisca una base per esaminare le traiettorie di fragilità a lungo termine, studi futuri con un tempo di follow-up più esteso e una dimensione del campione più ampia per tenere conto delle esposizioni variabili nel tempo potrebbero far luce sulle traiettorie di fragilità a lungo termine. Inoltre, non siamo riusciti a collegarci ai dati geografici, limitando così la nostra capacità di esaminare la ruralità o la deprivazione socioeconomica a livello di quartiere, che potrebbe anche avere un impatto sui cambiamenti della fragilità nel tempo.

Conclusioni

In conclusione, in una coorte rappresentativa a livello nazionale di beneficiari Medicare, non abbiamo osservato differenze nella fragilità o cambiamenti nello stato di fragilità tra gli iscritti MA e TM. Tuttavia, c'erano differenze nell'impegno e nella partecipazione della comunità al basale. Questo lavoro si basa su un crescente corpus di letteratura per comprendere i servizi sanitari e l'erogazione per gli anziani fragili.

<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2823016>

la Repubblica

Partono le visite via internet per 87 mila pazienti cronici: i primi mille kit per monitorare i malati

Michele Bocci

La consegna da settembre. Servono per misurare pressione, ossigenazione del sangue, temperatura, glucosio, peso e fare l'elettrocardiogramma

Servono per misurare pressione, ossigenazione del sangue, temperatura, glucosio, per fare l'elettrocardiogramma e anche per controllare peso, massa grassa e massa muscolare.

Sono i kit con i quali verranno fatte le televisite ai malati cronici toscani. A settembre arriveranno i primi mille e la rivoluzione potrà cominciare.

La nuova piattaforma

Già questo mese, l'assessorato alla Salute, firmerà l'acquisto della piattaforma, in ambiente cloud, che gestirà la telemedicina.

L'investimento è uno dei più importanti finanziati dal Pnrr e per la Toscana vale 34 milioni di euro.

L'obiettivo del Piano è di attivare il servizio per il 10 per cento dei malati cronici. Si procede per obiettivi crescenti: entro quest'anno nella nostra Regione i pazienti cronici da trattare con il telemonitoraggio devono essere 17.446, entro il 2025 52.339 e l'anno successivo 87.231.

Intanto, visto che in certe zone le Asl erano già partite, ma su piattaforme proprie, si riverseranno i dati delle persone seguite fino adesso su quella nuova. La Toscana si è agganciata, per acquistare la sua, ad una gara Consip con capofila la Lombardia. Per quanto riguarda i kit, invece, visto che Estar non era in grado di partire rapidamente, sono stati acquistati inserendosi in un bando dell'Emilia-Romagna.

Come funziona

La telemedicina è considerata il futuro dell'assistenza, per certi pazienti. Comprende sia la televisita, che il telemonitoraggio (appunto il controllo di vari parametri), che la teleassistenza (quando da remoto si fanno ad esempio fare esercizi al paziente) e il teleconsulto (che invece è il dialogo tra il medico di famiglia e uno specialista). La nuova piattaforma servirà a creare il contatto online tra medico e paziente e per trasferire i vari dati, che verranno anche salvati sui server della Regione e andranno a far parte del fascicolo sanitario del singolo cittadino.

Così il singolo elettrocardiogramma, ad esempio, non verrà solo valutato dal dottore in tempo reale ma resterà anche consultabile successivamente, per uno specialista che si dovesse trovare a valutare la stessa persona.

Cosa c'è nei kit

Quest'estate l'assessorato ha spiegato a tutte le aziende sanitarie e ospedaliere quali sono gli obiettivi e come bisogna muoversi per arrivare tutti insieme ad utilizzare la nuova piattaforma.

Per quanto invece riguarda i kit, come detto permetteranno di controllare una serie di parametri del malato. La bilancia appunto servirà a capire peso e massa muscolare. Poi verrà consegnato un dispositivo che ha sei funzioni, a partire appunto dall'elettrocardiogramma ma anche la misurazione dell'ossigenazione del sangue, della glicemia, della pressione, della temperatura e del battito cardiaco.

Inoltre a ogni malato cronico che sarà inserito nel progetto, verrà consegnato anche un cellulare, che avrà un'unica funzione. Servirà infatti ad attivare l'app che crea il collegamento con lo studio del medico, permettendo il trasferimento, e quindi la lettura, di tutti i dati di salute.

Come saranno scelti i malati

La Toscana è una delle Regioni che vanno più veloce nel campo dell'attivazione degli strumenti di telemedicina, attività che in parte era già iniziata. L'idea è di utilizzarla, intanto, con i pazienti cronici di cinque tipologie: diabetici, cardiopatici, oncologici, con malattie respiratorie o neurologiche.

Saranno i medici a decidere, via via, a chi far consegnare il kit.

Probabilmente si inizierà con chi vive in zone più remote, ma non è detto. Il sistema serve ad assicurare un'assistenza capillare e così ad evitare peggioramenti delle condizioni di salute e quindi ricoveri.

Riguardo ai kit, sono già partite a Roma le procedure per aumentare il numero di quelli acquistati. I mille che arriveranno in Toscana nei prossimi giorni sono quindi soltanto i primi di una lunga serie.

https://firenze.repubblica.it/cronaca/2024/08/19/news/toscana_telemedicina_in_arrivo_mille_kit-423452070/?ref=dr1a-3

Alzheimer, 55 milioni di casi di demenza nel mondo, intervenendo su 14 fattori di rischio si potrebbero prevenire o ritardare la metà dei casi. Farmaci: orizzonte lontano

Istituto superiore di sanità

Si stima che nel mondo siano più di 55 milioni i casi di demenza, la cui forma più comune è la malattia di Alzheimer. In Italia attualmente sono circa due milioni le persone con demenza o disturbo neuro cognitivo maggiore o con una forma di declino cognitivo lieve.

Circa quattro milioni sono i loro familiari.

L'allungamento della vita media porta come conseguenza in un futuro prossimo un aumento esponenziale dei casi di demenza, configurando le azioni volte a far fronte a questa patologia, come sottolinea l'Oms, una priorità di sanità pubblica.

A fronte di questo, l'attenzione a livello scientifico è puntata sulla prevenzione e, accanto a questo, la ricerca si muove per trovare un farmaco che modifichi il decorso della malattia da 30 anni, anche se purtroppo ancora senza successo.

Secondo uno studio recente, di agosto 2024, pubblicato su The Lancet, intervenendo su 14 fattori di rischio modificabili individuati fino a oggi nella letteratura scientifica internazionale (diabete, colesterolo, ipertensione, fumo, obesità, inquinamento atmosferico, traumi cranici, depressione, attività fisica, assunzione di alcol, anni di educazione/scolarità e attività cognitiva continua, prevenzione e trattamento della perdita di udito, trattamento della perdita della vista, interazione sociale) si potrebbe prevenire o ritardare quasi la metà dei casi di demenza.

A fare il punto, in occasione della giornata mondiale dell'Alzheimer che si celebra il 21 settembre, sono gli esperti dell'Osservatorio Demenze dell'Istituto Superiore di Sanità.

L'impegno dell'Iss, basato su 8 obiettivi

«Quella legata alle demenze è una delle più grandi e complesse sfide per i Sistemi sanitari mondiali- sottolinea Nicola Vanacore, direttore dell'Osservatorio Demenze dell'Iss-.

L'aumento dei casi associato alla storia naturale della malattia, caratterizzata da declino progressivo delle funzioni cognitive, disturbi psico-comportamentali e conseguente progressiva perdita dell'autonomia, obbligano a considerarla una priorità».

L'Italia già dal 2015 si è dotata di un Piano nazionale demenze, che definisce strategie per la promozione e il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze.

Nel 2021 è stato formalizzato un Tavolo permanente per le demenze, coordinato dal ministero della salute con il supporto dell'Osservatorio demenze dell'Iss.

La legge di bilancio 2021 ha finanziato per la prima volta con 15 milioni per il triennio 2021-2023 un Fondo e la legge di bilancio 2024 ha destinato 4,9 milioni per il 2024, e 15 milioni per ciascuno degli anni 2025 e 2026 per il rifinanziamento del Fondo per l'Alzheimer e le demenze.

Le linee strategiche del nuovo Decreto del ministero della Salute si articolano in attività da mettere in campo, avvalendosi dell'Iss, su 8 specifici obiettivi, che vanno dalla diffusione ed implementazione della Linea guida su diagnosi e trattamento di demenza e declino cognitivo lieve, appena pubblicate sul sito dell'Osservatorio Demenze dell'Iss, alle strategie di promozione della prevenzione primaria e secondaria, alla definizione di un Piano di formazione nazionale e alle sperimentazioni per valutare la possibile efficacia di interventi di tele-riabilitazione.

Si prevede anche l'aggiornamento del Piano nazionale Demenze, di cui l'Italia si è dotata dal 2015, e si punta anche sul monitoraggio dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (Pdta) dedicati alle demenze e della rete dei servizi dedicati.

Le attività dell'Osservatorio demenze dell'Iss si iscrivono inoltre in un ampio contesto di iniziative condotte a livello internazionale sotto il coordinamento dell'Oms oltre che nel contesto di azioni messe in campo a livello europeo.

In particolare, l'Oms e l'Osservatorio Demenze hanno firmato lo scorso 27 maggio 2024 un memorandum d'intesa triennale con cui è stata formalizzata una stretta collaborazione finalizzata a migliorare i modelli di assistenza per un invecchiamento in salute.

È caccia a un farmaco da oltre 30 anni

La storia delle sperimentazioni farmacologiche volte ad individuare una terapia che modifichi il decorso della demenza di Alzheimer è lunga oltre trent'anni.

Negli ultimi due decenni, enormi sforzi economici hanno permesso di indagare terapie altamente innovative, con l'obiettivo di individuare molecole capaci di modificare la storia naturale della malattia (Disease-Modifying Therapies).

Allo stato attuale, tuttavia, nessun farmaco in grado di interferire con la progressione della demenza è disponibile.

Due anticorpi monoclonali diretti contro le diverse forme di aggregati amiloidei sono stati approvati dalla Food and Drug Administration (FDA) per la commercializzazione negli Stati Uniti; uno di questi è stato approvato anche nel Regno Unito.

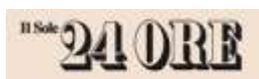
L'Agenzia europea dei medicinali (Ema) ha invece rifiutato l'autorizzazione alla immissione in commercio in Europa dei farmaci in questione.

Le molecole sperimentate, pur presentando capacità di rimozione delle placche amiloidee a livello cerebrale, hanno mostrato una minima efficacia, nelle prime fasi della malattia, nel rallentare il declino cognitivo, con ricadute funzionali scarsamente quantificabili, a fronte della segnalazione di eventi avversi talvolta gravi.

Il dibattito in sede scientifica, regolatoria e delle Associazioni dei familiari a livello internazionale è acceso, soprattutto in relazione al diverso atteggiamento tenuto dagli Enti regolatori statunitensi e del Regno Unito rispetto a quelli europei.

Un ambito di ricerca parallelo riguarda poi terapie già in commercio per il trattamento di altre patologie. Questi farmaci, sulla base di una plausibilità biologica, sono sperimentati con lo scopo di testarne la capacità di rallentare la progressione di demenza o di conversione da declino cognitivo lieve o medio a demenza, intervenendo sui principali fattori di rischio noti, come quelli cardiovascolari e metabolici

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-09-20/alzheimer-55-milioni-casi-demenza-mondo-intervenendo-14-fattori-rischio-si-potrebbero-prevenire-o-ritardare-meta-casi-farmaci-orizzonte-lontano-124852.php?uid=AFH4p31D&cmpid=nlqf>



Forum internazionale Agevity: la ricetta pro sostenibilità arriva da prevenzione e patto tra generazioni di Radiocor Plus

In Italia per ogni cento persone in età lavorativa, tra 15 e 64 anni, ci sono 38 anziani a carico che diventeranno 63 entro il 2050. Intanto, oggi il 70% degli italiani adulti soffre di almeno una condizione cronica, il 42% degli over 75 convive con tre o più malattie croniche e il 70% conduce uno stile di vita a rischio.

Uno scenario in cui la prevenzione latita: un italiano su due non si dedica a esami e visite mediche.

Questa la fotografia scattata dai dati di 'Scenario Longevità. Rapporto 2024', seconda edizione della ricerca del Silver Economy Network, sviluppata con la collaborazione del centro studi di Assolombarda, Lattanzio Kibs e Iqvia e presentata in chiusura del Forum internazionale Agevity, presso l'Università Bocconi di Milano.

«Da qui al 2050 - spiegano gli organizzatori - l'indice di invecchiamento e di dipendenza dei senior continuerà ad aumentare, ma il sistema socio-economico richiederà maggiori livelli di produttività, perciò i cittadini dovranno essere in salute, attivi e integrati nel tessuto sociale. Prevenzione e pianificazione economica sono elementi chiave per una società sostenibile».

Ingrediente necessario è però la coesione sociale: secondo il Rapporto, il 48% degli intervistati ritiene lo sviluppo di alleanze tra soggetti pubblici e privati per progetti innovativi la misura più efficace ma il 28% chiede un patto intergenerazionale che rafforzi l'alleanza tra giovani, adulti e senior, per garantire il benessere delle generazioni future.

«Investire in prevenzione, promuovere la salute mentale, promuovere partnership pubblico-privato per rendere il sistema sanitario e di welfare più celere nel dare riscontro ai bisogni del cittadino, promuovere inclusività e nuovi modelli di carriera nel mondo del lavoro: questi alcuni dei passi fondamentali affinché l'invecchiamento della popolazione possa tramutarsi in un'opportunità di sviluppo per l'Italia e per l'Europa», ha evidenziato la Presidente del Silver Economy Network, Mariuccia Rossini.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-09-25/forum-internazionale-agevity-ricetta-pro-sostenibilita-arriva-prevenzione-e-patto-generazioni-181507.php?uuid=AGfuGOD&cmpid=nlqf>



Alzheimer, in un quarto di secolo l'Italia è rimasta (quasi) ferma. I risultati del 4° Rapporto Censis-Aima **di Ketty Vaccaro *, Patrizia Spadin ****

Se ci fai caso, ti accorgi che intorno al 21 settembre (Giornata Mondiale Alzheimer), sono tantissime le voci che si alzano sulla malattia di Alzheimer: dalla politica, che ha detto ..., che ha fatto ..., con mostra di impegno ed efficienza; dalle istituzioni, che hanno fatto e faranno ..., con tempestività e assoluta competenza; dal privato, che "generosamente" è al servizio del cittadino con empatia e coinvolgimento; dai professionisti di qualsivoglia specialità che fanno sapere di esserci, di essere a disposizione, e di conoscere problemi e soluzioni.

E allora perché in 25 anni dalla prima ricerca, Censis e Aima ancora denunciano una situazione quasi immutata?

La narrazione della condizione delle persone con Alzheimer e dei loro caregiver, nata dalla collaborazione tra l'Associazione italiana Malattia di Alzheimer (Aima) e il Censis, attraverso le quattro indagini realizzate dal 1999 ad oggi, racconta attraverso la loro vivavoce, il vissuto di malattia e della convivenza con essa che coinvolge e schiaccia tutta la famiglia, ed è un lungo racconto di sostanziale staticità della condizione dei pazienti e dei loro caregiver, nonostante gli innegabili passi avanti nella conoscenza della malattia e nella ricerca.

I tempi di diagnosi ad esempio: dalla comparsa dei primi sintomi alla diagnosi trascorrono comunque due anni in media (2,5 nel 1999 e nel 2006, 1,8 nel 2015) e non muta la quota (sempre intorno a poco meno della metà del campione) di chi segnala difficoltà nella classificazione di questi sintomi da parte dei medici a cui ci si è rivolti in prima istanza.

Nonostante la creazione di servizi specifici per l'Alzheimer e la demenza (le UVA, a partire dal 2000, e gli attuali Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) dal 2015) permangono le difficoltà ad aver un punto di riferimento unico e costante nelle cure: solo il 37,7% dei pazienti è seguito da un CDCD, quota ancora più ridotta rispetto al 56,6% del 2015 e sempre con le solite differenze territoriali, dal 48,2% dei pazienti seguiti del Nord al 32,4% del Sud.

L'accesso ai farmaci rimane limitato, e si mantiene, o peggiora addirittura, la carenza storica di servizi di assistenza a domicilio e sul territorio. Le percentuali di chi usufruisce di assistenza domiciliare o centri diurni sono stabili intorno al 10/15 %, anche se c'è stato il Piano Nazionale Demenze del 2015 e lo stanziamento (di 5 milioni per 3 anni) nel 2021 per il Fondo per l'Alzheimer e le demenze.

Non muta il vissuto di solitudine e di grande difficoltà dei caregiver, oltre il 75% donne, che sperimentano l'impatto dei loro compiti di assistenza in tutti gli ambiti della propria vita, dalla salute al lavoro alla vita di relazione.

Anche la soluzione di assistenza informale autogestita dalle famiglie attraverso il coinvolgimento delle badanti si mantiene stabile (continuano ad usufruirne il 40% circa delle famiglie) anche se si riduce nel tempo il supporto ottenuto, perché diminuiscono le ore di impegno ed aumentano i costi. Infatti, i costi diretti delle famiglie, che rappresentano l'84,1% del totale, continuano a crescere e sono aumentati in termini reali del 15% dal 2015 ad oggi, mentre il costo medio annuo per paziente ha raggiunto i 72.000 euro. Il quadro complessivo è quello che vede le famiglie sempre più sole e fragili, sebbene ancora e sempre più centrali per la cura delle persone con Alzheimer.

Più sole e fragili nonostante le dichiarazioni, in occasione delle Giornate Mondiali, che si rivelano per quello che sono: dichiarazioni.

Sconforto misto a speranza, emerge anche dalla indagine effettuata sulle persone con MCI (declino cognitivo lieve), la novità di questa edizione dell'indagine Censis – AIMA.

Sono emersi i tratti di una condizione poco esplorata ma che dovrebbe rappresentare una priorità di azione per il SSN, perché la diagnosi e l'intervento precoce rappresentano uno dei pochi strumenti efficaci per affrontare la crescita esponenziale delle demenze legata agli effetti epidemiologici dell'invecchiamento. Quello che ci hanno raccontato le persone con un disturbo cognitivo lieve, direttamente interpellate nell'indagine, è un vissuto di convivenza con una diagnosi difficile, che assegna un nome alle loro difficoltà e li instrada in un percorso di cura basato essenzialmente sull'adozione di uno stile di vita sano e terapie non farmacologiche, con accesso a farmaci e protocolli sperimentali che coinvolge il 40% circa dei pazienti, nel nostro campione quasi tutti seguiti da un CDCD.

Ma allo stesso tempo è una diagnosi che li fa vivere nella costante paura di un peggioramento, mentre già si sentono in larga parte limitati nelle loro attività quotidiane e vedono nei familiari l'unico sostegno possibile, anche per il loro futuro incerto. Un futuro a cui in molti non riescono neanche a pensare, mentre hanno nei nuovi farmaci, che dovrebbero essere presto disponibili, l'unica speranza concreta.

I numeri altissimi (tra pazienti e caregiver il 5% della popolazione), i costi altissimi, l'altissimo grado di disperazione, rendono ancora più forte il grido d'aiuto che si alza dalle famiglie, che non può rimanere inascoltato: come diceva uno slogan di successo "servono fatti, non parole".

* *Responsabile Ricerca biomedica e salute - Censis*

** *Presidente Associazione malati Alzheimer*

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2024-09-20/alzheimer-un-quarto-secolo-l-italia-e-rimasta-quasi-ferma-risultati-4-rapporto-censis-aima-121221.php?uuid=AFAGf31D&cmpid=nlqf>



4° Rapporto Censis-Aima

L'impatto economico e sociale della malattia di Alzheimer dopo la pandemia da Covid-19

Sintesi dei principali risultati

Roma, 20 settembre 2024

Con il contributo non condizionante di



https://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Editrice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO_SANITA/Online/Oggetti_Correlati/Documenti/2024/09/21/Sintesi_Alzheimer.pdf?uuid=AFAGf31D

THE LANCET
Public Health

Questo diario Riviste Pubblicare Clinico Salute globale Multimedia Eventi Di

SERIE | A Approccio di sanità pubblica alla prevenzione del suicidio - Online per la prima volta, 9 settembre 2024 - Accesso Libero

Prevenire il suicidio: un approccio di sanità pubblica a un problema globale

[Prof.ssa Jane Pirkis, PhD](#)^a [Prof. Rakhi Dandona, PhD](#)^{a, b, c} [Prof. Morton Silverman, MD](#)^d [Prof. Murad Khan, PhD](#)^e [Prof. Keith Hawton, FMedSci](#)^f

Riepilogo

Il suicidio è diffuso in tutti i paesi ed è ampiamente prevenibile.

Le cause del suicidio sono molteplici e varie. I determinanti sociali del suicidio sono cruciali, ma finora hanno ricevuto un'attenzione politica insufficiente.

Questo documento, che è il primo di una serie sull'adozione di un approccio di sanità pubblica alla prevenzione del suicidio, sostiene un cambiamento importante nel modo in cui pensiamo al suicidio e alla sua prevenzione.

Questo documento della serie presenta un modello di sanità pubblica che enfatizza i determinanti sociali generali del suicidio e descrive un quadro attraverso il quale questi potrebbero essere affrontati. Sosteniamo un ripristino delle politiche che porterebbe le strategie nazionali di prevenzione del suicidio a un livello superiore.

Tali politiche diventerebbero iniziative di tutto il governo che affrontano i principali determinanti sociali del suicidio alla fonte.

Sosteniamo inoltre che dati di alta qualità e una valutazione metodologicamente rigorosa sono parte integrante di questo approccio di sanità pubblica.

Questo è il primo di una **serie** di sei articoli su un approccio di sanità pubblica alla prevenzione del suicidio. Tutti gli articoli della serie sono disponibili su www.thelancet.com/series/suicide-prevention

Introduzione

Il suicidio è un problema internazionale importante.

Secondo l'OMS, nel 2019 sono state perse 703.000 vite a causa del suicidio ¹ — vale a dire 1.925 al giorno, ovvero una ogni 45 secondi. Oltre tre quarti (77%) di questi suicidi si sono verificati in paesi a basso e medio reddito (LMIC). ¹

È probabile che queste cifre sottostimino la situazione reale. Solo 60 (33%) dei 183 stati membri dell'OMS inclusi nelle stime di cui sopra hanno fornito dati da sistemi di alta qualità. Le cifre per la maggior parte dei restanti, in gran parte LMIC, provenivano da esercizi di modellizzazione.

Il Piano d'azione globale per la salute mentale 2013-2030 dell'OMS include l'obiettivo di ridurre di un terzo il tasso globale di suicidio tra il 2013 e il 2030. ²

Il tasso di suicidio è anche incluso negli Obiettivi di sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite come indicatore per l'obiettivo 3.4 di ridurre di un terzo la mortalità prematura dovuta a malattie non trasmissibili entro il 2030. ³

Negli ultimi due decenni si è registrato un calo dei tassi di suicidio in diversi paesi, ¹ ma dobbiamo mantenere lo slancio se vogliamo raggiungere una riduzione di un terzo.

In questa serie di *Lancet Public Health*, sosteniamo che è necessario un cambiamento radicale nel modo in cui percepiamo il suicidio affinché la riduzione del tasso globale di suicidi continui.

Sebbene riconosciamo che prevenire la morte per suicidio di un individuo potrebbe basarsi su interventi erogati tramite il settore della salute mentale, in questa serie consideriamo il suicidio e la sua prevenzione attraverso una lente di sanità pubblica.

Utilizziamo questo approccio per due motivi. Il primo è che, come per il paradosso di Rose, ⁴ le maggiori riduzioni del suicidio hanno maggiori probabilità di essere ottenute tramite misure di sanità pubblica che mirano all'intera popolazione piuttosto che a individui che si ritiene siano a rischio particolarmente elevato.

Il secondo motivo, correlato, è che non ci saranno mai abbastanza professionisti della salute mentale adeguatamente formati per fornire un trattamento individuale a individui suicidi, anche in circostanze in cui il carico potrebbe essere alleggerito da ambiti di pratica ampliati per diversi gruppi professionali, accordi di assistenza condivisa e interventi digitali.

In questo primo articolo della serie, abbiamo impostato la scena delineando come l'approccio di sanità pubblica dovrebbe essere applicato per ridurre il suicidio, fornendo un contesto storico, presentando un modello che descrive, in termini di sanità pubblica, come il suicidio sorge e potrebbe essere prevenuto, e commentando come l'approccio di sanità pubblica debba essere supportato da dati validi e da una valutazione rigorosa. In tutta la serie, utilizziamo il termine *fattore di rischio* in senso epidemiologico, non in senso clinico.

L'approccio di sanità pubblica riguarda lo spostamento favorevole del rischio a livello di popolazione piuttosto che il tentativo di prevedere il rischio degli individui.

Ci auguriamo che la serie possa interessare un pubblico eterogeneo, compresi i responsabili delle politiche e dei programmi di sanità pubblica, che potrebbero fornire risposte di sanità pubblica alla prevenzione del suicidio ma non hanno familiarità con gli approcci migliori.

Più in generale, ci auguriamo che la serie possa offrire ai decisori politici, ai legislatori e agli enti regolatori di settori diversi dalla sanità una comprensione del ruolo che possono avere nella prevenzione del suicidio affrontando i determinanti sociali del suicidio.

I fattori contributivi e gli approcci preventivi stanno cambiando (ad esempio, l'esposizione a contenuti correlati al suicidio tramite i social media è aumentata, ma l'ambiente online ha anche creato nuove opportunità di prevenzione ⁵).

È quindi opportuno fornire una serie del genere a coloro che operano nel campo della prevenzione del suicidio, consentendo loro di riflettere sullo stato attuale degli sforzi per ridurre il suicidio e su cosa potrebbe essere necessario fare diversamente in futuro.

Il suicidio come problema di salute pubblica: il ruolo dei determinanti sociali

L'approccio alla salute pubblica riconosce che gli individui non esistono nel vuoto e che la loro salute è influenzata da molteplici fattori contestuali.

Questi fattori includono i determinanti sociali, definiti dalla Commissione sui determinanti sociali della salute come "le circostanze in cui le persone crescono, vivono, lavorano e invecchiano e i sistemi messi in atto per affrontare le malattie... queste condizioni in cui le persone vivono e muoiono sono, a loro volta, modellate da forze politiche, sociali ed economiche". ⁶

Tra questi determinanti sociali, i determinanti commerciali sono fondamentali, ovvero "i sistemi, le pratiche e i percorsi attraverso cui gli attori commerciali guidano la salute e l'equità", ⁷ e in questo contesto includono esempi come le industrie delle armi da fuoco, dei pesticidi, dell'alcol e del gioco d'azzardo.

Braveman e Gottlieb hanno descritto i determinanti sociali come le "cause delle cause", ⁸ riflettendo il loro impatto diretto sui fattori a livello individuale che mettono a repentaglio la salute delle persone.

È importante notare che i determinanti sociali non influenzano solo i risultati sanitari, ma anche le disuguaglianze in questi risultati.

Storicamente, si è tenuto conto dei determinanti sociali del suicidio.

Il più noto è il lavoro del sociologo francese Durkheim, che nel 1897 ha mostrato la relazione tra religione e suicidio in Europa, per cui le province protestanti avevano tassi di suicidio più elevati rispetto alle province cattoliche. ⁹

Nel 2008, Goldney e colleghi hanno esaminato i rapporti pubblicati prima di Durkheim e hanno notato che alcuni autori precedenti avevano anche preso in considerazione i fattori sociali. ¹⁰

Ad esempio, nel 1790, Moore scrisse di gioco d'azzardo e suicidio; ¹¹ nel 1846, Marx (citando Peuchet) si riferiva al suicidio come a un'organizzazione carente della nostra società; ¹² nel 1840, Winslow commentò che "[l'istituzione] del matrimonio è in una certa misura preventiva del suicidio"; ¹³ e nel 1885, Westcott notò che il suicidio "riguarda questioni che sono intimamente connesse con la nostra organizzazione sociale". ¹⁴

Un lavoro fondamentale di Morselli del 1879 considerava le influenze sociali tra gli altri fattori implicati nel suicidio. ¹⁵ Tuttavia, molti altri autori si schierarono fermamente dalla parte del modello medico. In particolare, nel 1807, Callisen descrisse il suicidio come una malattia, ¹⁶ nel 1828, Burrows vi si riferì come a una caratteristica della malinconia, ¹⁷ e nel 1892, Savage, pur notando che il suicidio può verificarsi senza "altri segni di follia", sottolineò la gestione clinica degli individui suicidi. ¹⁸

Oggi, la maggior parte degli esperti di prevenzione del suicidio concorderebbe sul fatto che sia i fattori sociali sia la malattia mentale sono importanti, ma ai primi è stata data poca attenzione. ¹⁹

La ricerca correlata al suicidio ha teso a concentrarsi sulla malattia mentale come fattore contributivo principale; una meta-analisi del 2017 ha indicato che quasi il 25% delle dimensioni dell'effetto negli studi longitudinali pubblicati sui fattori di rischio correlati al suicidio tra il 1985 e il 2014 (per lo più da paesi ad alto reddito [HIC]) riguardavano l'interiorizzazione della psicopatologia (ad esempio, disturbi dell'umore) e meno del 10% era correlato a fattori sociali (ad esempio, eventi di vita stressanti). ²⁰

Analogamente, una revisione di 272 articoli sulla prevenzione del suicidio pubblicati tra il 1982 e il 2021 (di nuovo, per lo più da HIC) ha mostrato che il 60% era classificato da Scopus come medicina interna generale. ²¹

Non stiamo suggerendo che la malattia mentale non sia importante, ma il peso che le viene attribuito potrebbe essere sopravvalutato, in particolare nei paesi a basso e medio reddito. ²²

Inoltre, sebbene alcuni documenti politici di prevenzione del suicidio facciano riferimento ai determinanti sociali del suicidio, essi più comunemente sottolineano le soluzioni cliniche; pertanto, i componenti tipici delle strategie nazionali di prevenzione del suicidio sono generalmente implementati tramite una risposta sanitaria, ^{23,24} nonostante il fatto che le persone con esperienza vissuta di suicidio sottolineino l'importanza dei determinanti sociali. ²⁵

Un modello di sanità pubblica per il suicidio e la prevenzione del suicidio

La Figura 1 presenta un modello di salute pubblica che mostra come potrebbe sorgere il suicidio, modificato da uno da noi sviluppato in precedenza, ²³ prestando particolare attenzione ai determinanti sociali del suicidio.

Il nostro modello è informato dal quadro concettuale per l'azione sviluppato dalla Commissione OMS sui determinanti sociali della salute. ²⁶

Abbiamo anche attinto a un modello dei determinanti commerciali della salute sviluppato da Gilmore e colleghi ⁷ e ad altri modelli di salute pubblica che adottano un approccio basato sui fattori di rischio per la prevenzione del suicidio. ²⁷⁻³²

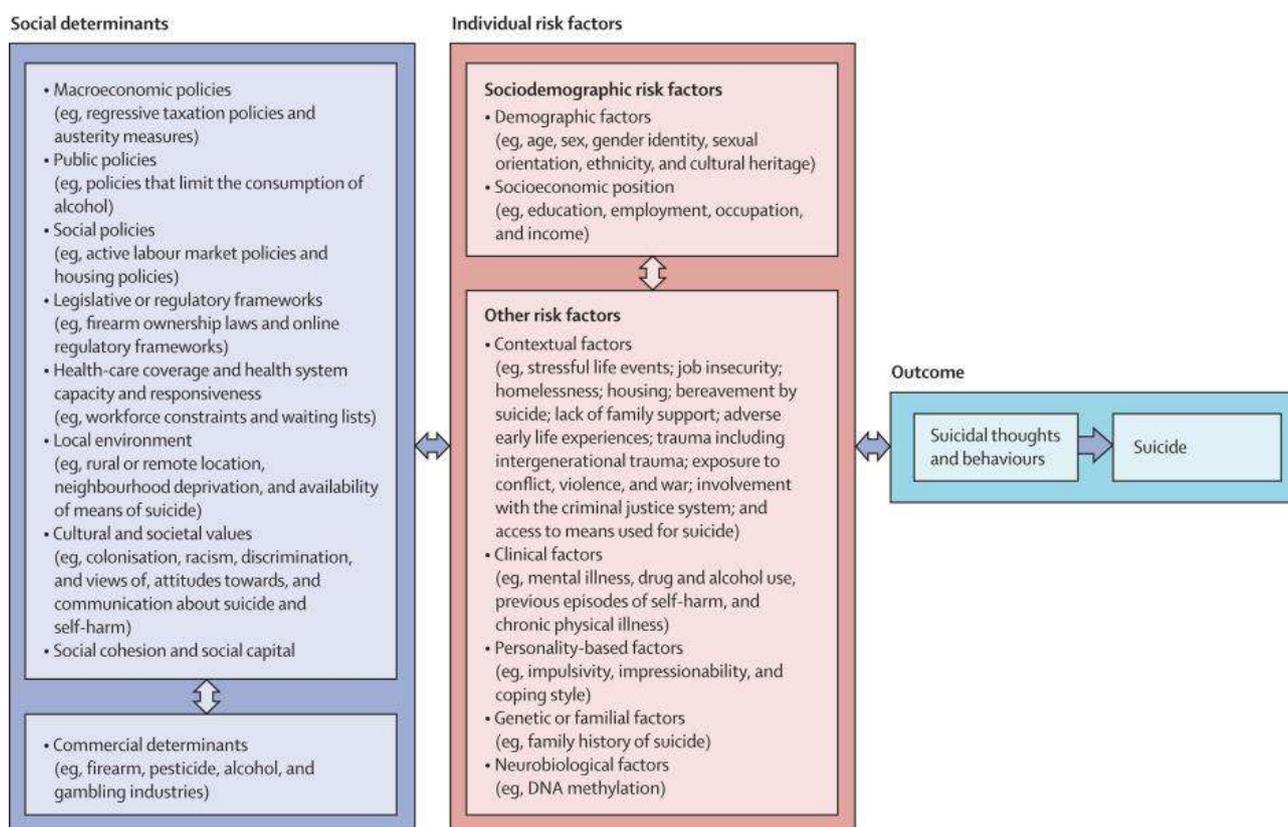


Figura 1 Un modello di sanità pubblica che mostra come nasce il suicidio

Il nostro modello riconosce il ruolo cruciale dei determinanti sociali del suicidio.

Si tratta delle politiche macroeconomiche, pubbliche e sociali e dei quadri normativi o legislativi che governano il nostro modo di vivere, la capacità del sistema sanitario di soddisfare le nostre esigenze, i valori culturali e sociali che plasmano le nostre prospettive e il grado di coesione sociale e capitale sociale presenti nella nostra società.

Questi determinanti sociali sono sostenuti dalle strutture, dai processi e dai principi che influenzano il processo decisionale della società.

Hanno un impatto diretto o indiretto sui principali fattori di rischio individuali per il suicidio, inclusi fattori sociodemografici (ad esempio, età, sesso, istruzione, occupazione e reddito) e fattori contestuali (ad esempio, eventi di vita stressanti, lutto per suicidio e accesso ai mezzi utilizzati per il suicidio).

I determinanti sociali interagiscono anche con fattori di rischio clinici (ad esempio, malattie mentali e uso di droghe e alcol) e altre caratteristiche intrinseche agli individui, inclusi fattori basati sulla personalità, genetici o familiari e neurobiologici.

La relazione tra determinanti sociali e fattori di rischio clinici è particolarmente importante;

L'approccio di sanità pubblica non nega l'importanza dei fattori di rischio clinici, ma fornisce un quadro per comprendere come questi fattori potrebbero sorgere o essere esacerbati. ²³

Il nostro modello evidenzia esplicitamente i determinanti commerciali del suicidio.

Alcuni attori commerciali, come le industrie delle armi da fuoco e dei pesticidi, vendono prodotti che vengono utilizzati come metodi di suicidio. Altri, come le industrie dell'alcol e del gioco d'azzardo, promuovono prodotti o servizi che aumentano il rischio di suicidio.

Queste entità commerciali dominano il dibattito pubblico su questi prodotti e servizi, spesso normalizzandone o esaltandone l'uso attraverso aggressive tattiche di marketing e creando deliberatamente ignoranza o dubbi sui danni che causano. ³³

Queste industrie possono anche influenzare i processi decisionali per garantire che i loro prodotti rimangano facilmente disponibili, spesso esercitando forti pressioni per garantire che le regole entro cui operano siano favorevoli per loro.

I determinanti sociali e commerciali incorporati nel nostro modello influenzano i tassi di suicidio complessivi. Creano anche disuguaglianze che determinano che determinati gruppi siano colpiti in modo sproporzionato dal suicidio a causa del modo specifico in cui tali determinanti interagiscono con alcuni fattori di rischio sociodemografici, in particolare quelli relativi alla posizione socioeconomica.

La posizione socioeconomica incorpora indicatori di stato economico (ad esempio, livello di reddito), stato sociale (ad esempio, istruzione) e prestigio (ad esempio, occupazione). ³⁴

Numerose revisioni hanno dimostrato che una bassa posizione socioeconomica è associata al suicidio, ^{35,36} anche nei paesi a basso e medio reddito. ^{37,38}

I determinanti sociali chiave aumentano questo rischio. Ad esempio, è stato dimostrato che i tassi di suicidio aumentano durante le recessioni economiche e questo aumento può essere esacerbato da alcune politiche macroeconomiche (ad esempio, politiche di austerità e aumenti dei tassi di interesse). ³⁹⁻⁴²

Le persone in posizioni socioeconomiche basse hanno maggiori probabilità di soffrire a causa di queste politiche, che spesso avranno conseguenze su altri fattori di rischio a livello individuale (ad esempio, aumentando la probabilità di eventi di vita stressanti, come l'incapacità di far fronte alle rate del mutuo o dell'affitto).

[La Figura 2](#) porta il modello un passo avanti e rafforza una caratteristica fondamentale dell'approccio di salute pubblica, ovvero che questo approccio è progettato per raggiungere simultaneamente sia coloro che sono a più alto rischio sia coloro che sono più indietro nel continuum del rischio, per ridurre il suicidio a livello di popolazione.

Più specificamente, il nostro modello suggerisce che i determinanti sociali e i fattori di rischio a livello individuale potrebbero essere affrontati attraverso interventi preventivi universali, selettivi e indicati e attività di post-intervento.

Gli interventi universali sono mirati all'intera popolazione, senza identificare specificamente gli individui che potrebbero essere a rischio di suicidio.

Gli interventi selettivi sono mirati agli individui che non stanno ancora pensando al suicidio o che non si stanno autolesionando, ma che potrebbero essere predisposti a farlo in futuro perché hanno particolari fattori di rischio.

Nel nostro modello, gli interventi universali e gli interventi selettivi sono in genere progettati per affrontare rispettivamente i determinanti sociali e i fattori di rischio a livello individuale.

Gli interventi indicati sono mirati agli individui che hanno già pensieri suicidi o si stanno impegnando in comportamenti suicidi, che potrebbero essere identificati (ad esempio, presentandosi ai servizi clinici).

Postvenzione è il termine comunemente usato per indicare la risposta offerta a individui e comunità in seguito a un suicidio; la postvenzione può anche essere considerata un intervento selettivo o indicato perché coloro che sono stati colpiti dal lutto a causa del suicidio sono a loro volta esposti a un rischio maggiore di suicidio. ⁴³

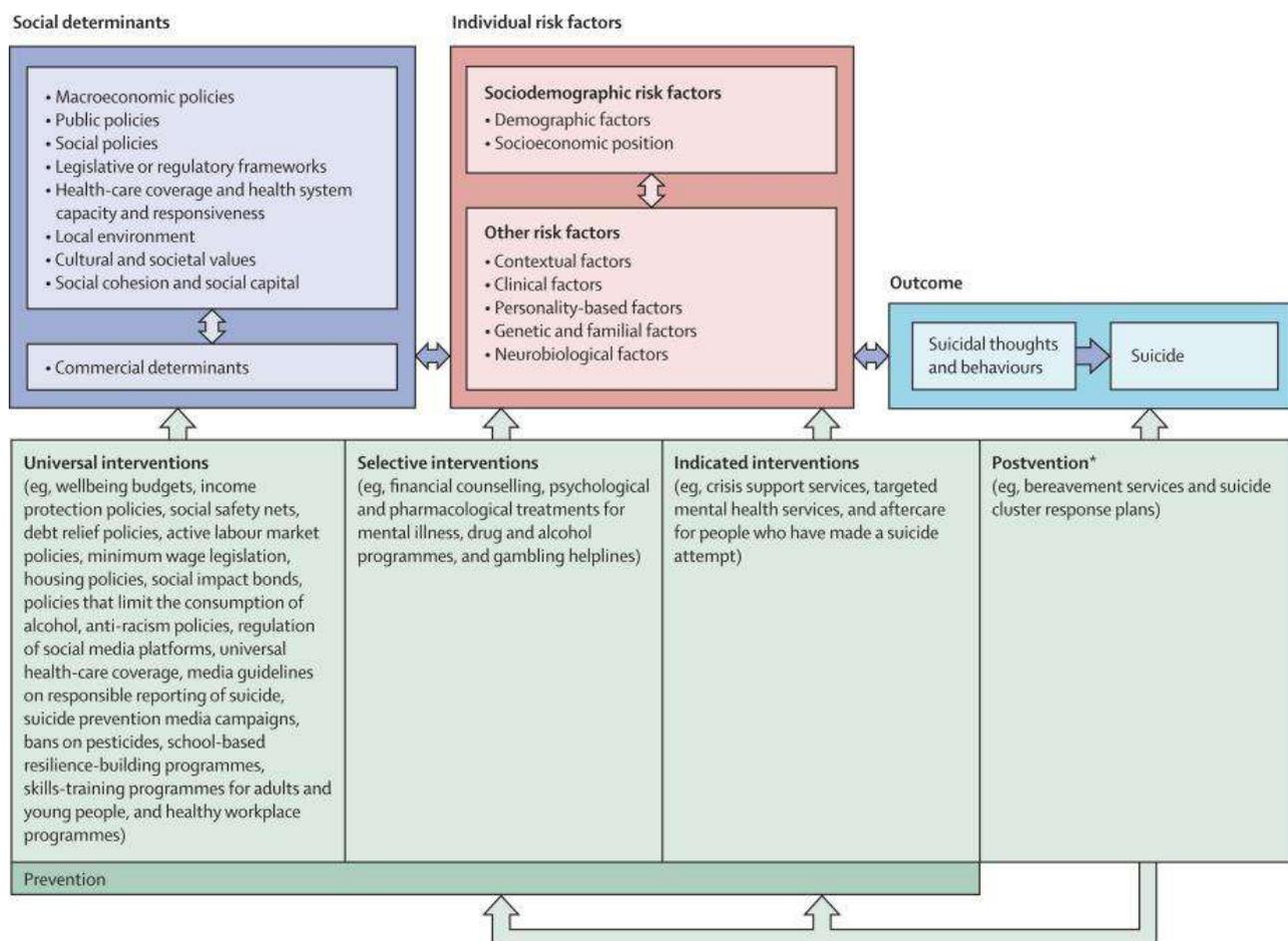


Figura 2 Prevenire il suicidio secondo il modello di sanità pubblica

Finora, l'enfasi politica nella maggior parte dei paesi è stata prevalentemente su interventi indicati (e in misura minore su attività di post-intervento), seguiti da interventi selettivi.

Gli interventi universali hanno generalmente avuto un'enfasi politica minore, potenzialmente perché i loro impatti impiegano più tempo ad accumularsi e sono più difficili da dimostrare.

Stabilire la dose appropriata di interventi universali e, spesso, quanto potrebbero costare, è anche più difficile. Tutti questi fattori rendono gli interventi universali meno attraenti per i governi rispetto ad altre opzioni; quindi, la maggior parte degli interventi affronta i fattori di rischio a livello individuale piuttosto che i più ampi determinanti sociali del suicidio.

Dobbiamo sviluppare e implementare una gamma di ambiziosi interventi universali per affrontare i pervasivi determinanti sociali del suicidio.

Adottare questo approccio non significa che dovremmo allentare i nostri sforzi quando si tratta di interventi indicati; un'assistenza di buona qualità è fondamentale per coloro che sono già in una crisi suicida. Tuttavia, gli interventi universali che impediscono alle persone di raggiungere un punto di crisi potrebbero essere trasformativi.

Poiché i determinanti sociali del suicidio sono pervasivi, i tipi di interventi universali necessari per affrontarli richiederanno spesso non solo di pensare in grande, ma anche di pensare in modo creativo.

Ad esempio, l'utilizzo di leve politiche e normative ad ampio raggio che normalmente non potrebbero essere considerate attività di prevenzione del suicidio probabilmente produrrà benefici sostanziali.

Questo approccio potrebbe includere i cosiddetti budget del benessere (che, a differenza dei budget standard che in genere enfatizzano parametri finanziari come la crescita economica e la responsabilità fiscale, iniziano con un'attenzione ai modi in cui la spesa pubblica può migliorare la vita delle persone), politiche che tamponano le difficoltà finanziarie (ad esempio, offrendo protezione del reddito, reti di sicurezza sociale o riduzione del debito), ^{35,44} politiche attive del mercato del lavoro, legislazione sul salario minimo e politiche abitative ([pannello 1](#)). ^{45,46}

Gli interventi potrebbero comportare partnership con partner del settore privato (ad esempio, obbligazioni a impatto sociale, in cui gli investitori forniscono capitale ai fornitori di servizi per offrire programmi particolari, solitamente nei settori dell'occupazione o del welfare, e ottenere un ritorno sul loro investimento se i programmi raggiungono particolari risultati predeterminati). ⁴⁷

Potrebbero essere incluse anche politiche che hanno un impatto sui valori culturali e sociali (ad esempio, eliminando il razzismo) ⁴⁸ e che rafforzano il sistema sanitario (ad esempio, garantendo una copertura sanitaria universale).

È anche importante includere politiche che affrontino i determinanti commerciali del suicidio scoraggiando l'uso di prodotti o servizi che servono ad aumentare il rischio di suicidio (ad esempio, limitando il consumo di alcol o la disponibilità del gioco d'azzardo) e limitando l'accesso ai mezzi utilizzati per il suicidio (ad esempio, divieti di pesticidi altamente tossici e restrizioni al possesso di armi).

I tipi di interventi descritti qui dovrebbero essere implementati in modo ponderato e i loro benefici e costi valutati attentamente; ciò ci consentirà di rafforzare la base di prove e informare i decisori politici sugli interventi più probabili in termini di costi.

Questi tipi di interventi potrebbero essere più difficili da implementare nei paesi a basso e medio reddito a causa di livelli più elevati di povertà, disoccupazione e senzatetto. ³⁷

Pannello 1

Programmi di trasferimento di denaro e suicidio

Il Programma Bolsa Familia in Brasile e il Programma Keluarga Harapan in Indonesia sono programmi di trasferimento condizionale di denaro progettati per mitigare gli effetti della povertà sulle famiglie. Utilizzando modelli di studio ecologici che hanno preso in considerazione l'implementazione del programma e i suicidi nel tempo, Alves e colleghi ⁴⁵ e Christian e colleghi ⁴⁶ hanno scoperto che le aree con un'elevata copertura di ciascun programma hanno mostrato notevoli riduzioni nei tassi di suicidio. Più specificamente, Alves e colleghi hanno osservato una riduzione del 4,8% nei tassi di suicidio nelle aree del Brasile che avevano un'elevata copertura del Programma Bolsa Familia per 3 o più anni. Christian e colleghi hanno osservato una riduzione del 18% nei tassi di suicidio indonesiani associati al Programma Keluarga Harapan e i loro risultati ecologici sono stati corroborati da uno studio randomizzato controllato. ⁴⁶

Questi nuovi interventi dovrebbero essere abbinati ad altri interventi universali più collaudati e comunemente raccomandati nelle strategie nazionali di prevenzione del suicidio (ad esempio, limitare l'accesso ai mezzi utilizzati per il suicidio in altri modi, come l'installazione di barriere sui ponti, incoraggiare la comunicazione responsabile dei media sul suicidio e campagne mediatiche di prevenzione del suicidio o altre forme di messaggio pubblico).

Dovrebbero essere presi in considerazione anche altri interventi universali progettati per mitigare il rischio di suicidio durante tutto l'arco della vita (ad esempio, programmi per genitori, programmi di resilienza basati sulla scuola, programmi di formazione professionale per adulti e giovani e programmi per un ambiente di lavoro sano).

Questi interventi universali dovrebbero essere forniti in combinazione con interventi selettivi e indicati e attività di post-intervento ben considerati.

Un reset della politica

Sebbene vi sia un crescente riconoscimento dell'influenza cruciale dei determinanti sociali del suicidio, tale riconoscimento non si è tradotto in politica.

Una delle ragioni di questo ritardo nella politica potrebbe essere che le strategie nazionali di prevenzione del suicidio sono solitamente guidate dai dipartimenti della salute e approvate dai ministri della salute, come è stato il caso di tre quarti delle strategie nazionali da noi identificate nel 2020. ⁴⁹

Di conseguenza, le attività che queste strategie promuovono sono solitamente quelle su cui il settore sanitario (in particolare il settore della salute mentale) ha il controllo.

La situazione potrebbe essere esacerbata nei paesi a basso e medio reddito. Il suicidio continua a essere criminalizzato in un numero maggiore di paesi a basso e medio reddito rispetto agli HIC (il suicidio rimane un atto criminale nel 14% dei paesi a basso e medio reddito, rispetto al 5% degli HIC). ⁵⁰

Anche nei paesi in cui il suicidio è stato decriminalizzato, i cambiamenti legislativi potrebbero non essersi tradotti in cambiamenti nel modo in cui il suicidio viene gestito sul campo.

In questi paesi, il suicidio tende a essere considerato in un contesto medico-legale ed è ampiamente radicato nel settore della salute mentale.

Viene data meno attenzione ai fattori sociali più a monte che portano al suicidio ([pannello 2](#)). ⁵¹⁻⁵³

Pannello 2

Contestualizzare il suicidio come problema di salute mentale nei paesi a basso e medio reddito

India e Malesia forniscono due esempi di paesi a basso e medio reddito in cui il suicidio tende a essere contestualizzato come un problema che richiede un intervento esclusivamente all'interno del sistema di salute mentale. L'India ha pubblicato una strategia nazionale di prevenzione del suicidio nel 2022, ⁵¹ collocando la maggior parte delle sue azioni proposte all'interno del programma di salute mentale, nonostante i dati della polizia indiana mostrino che fattori come età, sesso, istruzione, occupazione ed eventi stressanti della vita abbiano un ruolo importante nei suicidi. ⁵² Quando la Malesia ha decriminalizzato il suicidio nel 2023, i sostenitori della salute mentale hanno accolto con favore la mossa come un "cambiamento significativo nell'approccio del paese alla salute mentale". ⁵³ Il fatto che paesi come India e Malesia abbiano strategie nazionali di prevenzione del suicidio e stiano decriminalizzando il suicidio è positivo, ma espandere il modo in cui viene visto il suicidio, oltre la salute mentale, creerà maggiori opportunità di prevenzione, in particolare la prevenzione universale.

Per spostare la prevenzione del suicidio oltre la sola salute mentale sarà necessario un reset delle politiche che implichi un autentico impegno dell'intero governo.

Le strategie nazionali di prevenzione del suicidio devono riflettere l'impatto sul suicidio delle politiche che si collocano al di fuori del settore sanitario e al suo interno.

Questo approccio ci consentirebbe di ampliare la portata e l'efficacia dei nostri sforzi di prevenzione e trasmetterebbe un messaggio importante: prevenire il suicidio è una priorità elevata.

Le strategie nazionali di prevenzione del suicidio dovrebbero promuovere un approccio di prevenzione del suicidio in tutte le politiche, simile all'approccio di salute in tutte le politiche, che ritiene responsabili i politici e i decisori politici di tutti i settori per le decisioni che incidono sulla salute e sulle disuguaglianze sanitarie. ⁵⁴ Affinché un tale approccio funzioni, le strategie nazionali di prevenzione del suicidio dovrebbero essere approvate dai primi ministri o dai loro equivalenti o da ministri appositamente nominati con responsabilità intersettoriale.

Tali ministri potrebbero avere la responsabilità della sola prevenzione del suicidio o potrebbero supervisionare tutte le attività di prevenzione, riconoscendo che molti dei determinanti sociali e dei fattori di rischio a livello individuale che influenzano altri problemi sanitari e sociali si sovrappongono a quelli relativi al suicidio.

Dobbiamo fare un ulteriore passo avanti e garantire che i settori comunitari, non governativi e commerciali pertinenti siano coinvolti nella prevenzione del suicidio, trasformando un approccio di governo in un approccio di società.

Questo cambiamento è importante perché i destinatari degli sforzi di prevenzione del suicidio devono essere coinvolti nel loro sviluppo e nella loro attuazione, il che richiede solide partnership.

Un ampio coinvolgimento è importante anche a causa dell'ampia gamma di attori in vari settori e industrie le cui azioni possono influenzare il suicidio e la sua prevenzione.

Dobbiamo anche riconoscere che le politiche e le attività di prevenzione del suicidio richiedono un impegno a lungo termine.

Gli effetti dei determinanti sociali sono spesso radicati e non possono essere invertiti rapidamente.

Sono necessari un forte coordinamento e risorse adeguate affinché gli sforzi di prevenzione del suicidio siano realizzati in modo sistematico ed equo. I governi devono andare oltre l'implementazione di politiche a breve termine e riconoscere che il cambiamento necessario richiederà tempo.

Dovrebbero anche essere fatti sforzi per massimizzare l'efficienza; i principali dipartimenti governativi responsabili delle politiche pertinenti sono spesso piuttosto isolati, mentre le politiche e i finanziamenti potrebbero essere intrecciati per affrontare in modo più efficiente i determinanti sociali del suicidio.

Ci sono alcuni esempi recenti di politiche ampie e orientate al sociale, tra cui la nuova strategia scozzese di prevenzione del suicidio, *Creating Hope Together*, che si impegna per 10 anni a ridurre i suicidi ([pannello 3](#)). ⁵⁵

Pannello 3

La strategia nazionale scozzese per la prevenzione del suicidio

La nuova strategia scozzese per la prevenzione del suicidio, *Creating Hope Together*, è stata lanciata nel 2022 e copre un periodo di 10 anni. ⁵⁵ I tassi di suicidio erano in aumento in Scozia, quindi era importante imparare dalla strategia precedente e rivederla. La nuova strategia elenca come prima priorità "costruire un approccio di governo e società per affrontare i determinanti sociali che hanno il legame più forte con il rischio di suicidio". La strategia pone un'enfasi esplicita sull'affrontare le cause a monte del suicidio, prendendo di mira povertà, debiti, dipendenze, senzatetto, traumi e isolamento sociale. La strategia è guidata dal governo scozzese e dalla *Convention of Scottish Local Authorities*, che si sono impegnati a prevenire il suicidio a livello nazionale e locale e creeranno un *Delivery Collective* per guidare l'implementazione della strategia. Questo organismo includerà alti dirigenti nazionali e locali nella prevenzione del suicidio, rappresentanti del settore non governativo, soccorritori e rappresentanti del settore privato. Questi partner non solo porteranno sul tavolo prospettive sulla salute e sulla salute mentale, ma porteranno anche le prospettive dei settori che rappresentano gruppi socioeconomicamente svantaggiati e altrimenti emarginati. Il *Delivery Collective* sfrutterà anche le competenze di gruppi di accademici, persone con esperienza vissuta di suicidio e giovani. Il *Delivery Collective* sarà formalmente collegato a strutture di governance scozzesi più ampie per massimizzare le connessioni strategiche e garantire che la prevenzione del suicidio diventi affare di tutti.

Dati di alta qualità come base

Per funzionare in modo ottimale, l'approccio alla salute pubblica si basa sull'accesso a dati accurati e tempestivi sul suicidio. ²³

L'accesso a tali dati è necessario per comprendere l'entità del problema, identificare i gruppi che potrebbero trarre i maggiori benefici dagli interventi e valutare gli interventi.

Nella prevenzione del suicidio, i problemi sorgono a causa della natura e della qualità dei dati sul suicidio.

I dati ufficiali sul suicidio provengono generalmente da sistemi di registrazione vitali progettati per catturare numeri e cause di morte.

Abbiamo già notato la scarsa qualità dei sistemi di dati di due terzi dei paesi nel più recente rapporto dell'OMS; inoltre, i dati in questo rapporto avevano almeno 2 anni. ¹

Questi ritardi sono tipici perché i dati si basano su lunghe indagini da parte di coroner, medici legali o altre autorità.

Un ultimo problema con i dati ufficiali sul suicidio è che sono spesso piuttosto basilari e di solito è possibile disaggregarli solo per età, sesso e (a volte) metodo di suicidio e regione.

Negli ultimi decenni, gli esperti di prevenzione del suicidio hanno affrontato questi problemi di dati creando sistemi di sorveglianza in tempo reale o registri per acquisire dati sui suicidi. ⁵⁶⁻⁵⁸

Questi sistemi forniscono dati più tempestivi delle statistiche ufficiali perché registrano suicidi sospetti o probabili utilizzando informazioni raccolte all'inizio di una determinata indagine, spesso dalla polizia.

Di solito c'è una forte concordanza tra questi dati e le cifre ufficiali che diventano disponibili molto più tardi. ⁵⁹

Molti di questi sistemi raccolgono anche informazioni più dettagliate sugli individui che muoiono per suicidio e sulle circostanze che circondano la loro morte.

Queste caratteristiche rendono i sistemi di sorveglianza in tempo reale migliori per acquisire rapidamente dati sull'entità e la natura del problema e valutare il successo delle attività di prevenzione del suicidio in generale e per gruppi specifici.

Alcuni di questi registri si sono espansi nel tempo (ad esempio, il *National Violent Death Reporting System* è iniziato in sei stati degli Stati Uniti nel 2002 e nel 2018 aveva una copertura nazionale e includeva il Distretto di Columbia e Porto Rico). ⁶⁰

Coloro che desiderano istituire registri potrebbero voler attingere all'esperienza di altri (ad esempio, interagendo con la polizia, i coroner, i medici legali o altri custodi di dati e assicurandosi che abbiano un interesse nel sistema, per massimizzare la qualità dei dati). ⁵⁸

Dovrebbero anche essere considerati i vantaggi e gli svantaggi di diversi modelli (ad esempio, se l'integrazione dei registri suicidi con altri sistemi di sorveglianza potrebbe renderli più sostenibili e attraenti per i governi). Potrebbero anche essere presi in considerazione nuovi approcci (ad esempio, l'utilizzo di apprendimento automatico e più fonti di dati in tempo reale per prevedere i tassi di suicidio ⁶¹), sebbene questi si basino ancora su dati adeguati.

Superare i problemi relativi alla tempestività e alla specificità dei dati sui suicidi tramite registri in tempo reale lascia ancora aperta la questione che il suicidio, pur essendo un importante problema di salute pubblica, ha un basso tasso di base.

Pertanto, è difficile, anche con registri sui suicidi ben consolidati, fornire dati disaggregati (ad esempio, presentando dati per sottogruppi particolari).

Sono necessari sforzi multi-paese (o multi-regione) in grado di fornire statistiche dettagliate e sfumate sui suicidi.

Abbiamo mostrato il potenziale per mettere in comune le risorse in questo modo durante la pandemia di COVID-19, riunendo dati in tempo reale su 800.000 suicidi da 59 registri in 33 paesi per dimostrare che, nella maggior parte di questi paesi, i numeri sui suicidi non sono stati maggiori di quanto previsto durante la pandemia, in base alle tendenze precedenti. ⁶²

Valutazione rigorosa

Esistono delle sfide nella valutazione delle attività di prevenzione del suicidio fornite tramite un approccio di sanità pubblica, in particolare gli interventi universali. ^{63,64}

La prima sfida è la progettazione dello studio. Sebbene molti interventi indicati e persino alcuni selettivi possano essere valutabili tramite studi clinici randomizzati gold standard che prevedono la randomizzazione individuale, non sarà quasi mai possibile valutare gli interventi universali in questo modo.

Per questi interventi, dovrebbero essere utilizzati i progetti alternativi più forti possibili.

A volte sarà possibile utilizzare progetti clinici randomizzati a grappolo a cuneo graduale o studi di collegamento dei dati che possono imitare gli studi clinici randomizzati (ad esempio, utilizzando il propensity score matching).

Più spesso, sarà possibile utilizzare solo progetti di base prima e dopo, ma questi dovrebbero idealmente essere perfezionati per controllare le tendenze sottostanti e consentire confronti nel tempo o tra paesi o regioni in cui gli interventi sono stati implementati e non.

Trarre lezioni da campi affini (ad esempio, la scienza dei dati ⁶⁵) ci consentirà di rafforzare i nostri metodi di valutazione.

Una seconda sfida è la scelta dell'esito appropriato. Come notato, il suicidio è (fortunatamente) un esito raro. Pertanto, le valutazioni locali spesso non sono in grado di rilevare riduzioni del suicidio.

Vengono spesso utilizzati altri esiti più distali, come cambiamenti nel pensiero suicida o tentativi di suicidio.

Questo approccio è particolarmente comune con interventi indicati e selettivi, che vengono spesso testati in studi su piccola scala con brevi periodi di follow-up, ma si verifica anche con interventi universali.

L'utilizzo di questi esiti alternativi è del tutto ragionevole, soprattutto se la logica del programma dell'intervento dato è ben articolata (vale a dire, questi esiti distali dimostrano di aumentare il rischio di suicidio) e ci sono buone ragioni per supporre che se si ottengono riduzioni in questi esiti distali, i suicidi potrebbero in definitiva essere ridotti.

Ad esempio, sebbene numerosi studi abbiano dimostrato che le linee guida migliorano la cronaca sui media del suicidio, solo pochi hanno dimostrato che hanno un effetto sui suicidi. ⁶⁶

Tuttavia, le linee guida sui media rimangono ben considerate come un intervento a causa della forte relazione tra cronaca irresponsabile e suicidio mostrata in molteplici studi (anche se principalmente in HIC). ⁶⁷

Se le linee guida dei media possono migliorare la cronaca, è probabile che abbiano almeno una certa influenza sui suicidi. ⁶⁸

Inoltre, ridurre alcuni degli esiti più distali (ad esempio, pensieri suicidi e tentativi di suicidio) è un obiettivo importante perché questi esiti sono più diffusi del suicidio, hanno notevoli effetti negativi per gli individui e le popolazioni e sono, presumibilmente, spesso più adatti all'intervento.

Alcuni di questi esiti potrebbero anche essere catturati più facilmente tramite fonti di routine (ad esempio, presentazioni al pronto soccorso per tentativi di suicidio). ⁶⁹

Una terza sfida è che anche quando gli interventi si dimostrano promettenti in valutazioni contenute, non è chiaro se saranno generalizzabili.

Qui, possiamo imparare dalla scienza dell'implementazione.⁷⁰ Gli scienziati dell'implementazione hanno affinato l'arte di comprendere le lacune tra prove e pratica ed esplorare barriere e facilitatori per praticare il cambiamento.

La prevenzione del suicidio trarrebbe vantaggio da valutazioni che utilizzano progetti ibridi di efficacia e implementazione che considerino simultaneamente se un intervento riduce i pensieri e i comportamenti suicidi e viene erogato come previsto; condurre tali valutazioni amplierebbe le prove sugli interventi che potrebbero prevenire il suicidio su larga scala.⁷⁰

Questo approccio potrebbe essere particolarmente importante nel caso di valutazioni di interventi progettati per affrontare alcuni dei principali determinanti sociali del suicidio in cui è probabile che vi siano importanti barriere all'implementazione (ad esempio, l'opposizione delle industrie responsabili di alcuni dei principali determinanti commerciali del suicidio).

Conclusioni

Affrontare il suicidio da una prospettiva di salute pubblica è fondamentale. Probabilmente, ora è più importante che mai affrontare i determinanti sociali del suicidio, in particolare quelli che influenzano la posizione socioeconomica delle persone, a causa della crisi del costo della vita.⁷¹ C'è consenso tra gli economisti sul fatto che il mondo sta entrando in una nuova recessione economica,⁷² quindi dobbiamo pensare criticamente ai determinanti sociali ampi e pervasivi del suicidio e a come questi sorgono, si perpetuano e possono essere contrastati. Dato che più di tre quarti di tutti i suicidi si verificano nei paesi a basso e medio reddito, dobbiamo assicurarci che le nostre azioni raccomandate siano potenzialmente applicabili in questi paesi. Questa applicabilità è fondamentale per garantire che aiutiamo ad affrontare le disuguaglianze esistenti e non creiamo inavvertitamente ulteriori disuguaglianze.

Il modello di salute pubblica che abbiamo presentato qui è alla base del resto di questa serie. Il secondo e il terzo articolo della serie affrontano due strategie chiave nell'approccio di salute pubblica alla prevenzione del suicidio: limitare l'accesso ai mezzi utilizzati per il suicidio (nel secondo articolo⁷³) e progettare politiche per contrastare il rischio di suicidio associato alle crisi finanziarie (nel terzo articolo⁷⁴).

Il quarto articolo⁷⁵ considera come il rischio di suicidio potrebbe essere trasmesso a livello sociale o di popolazione e come questo rischio potrebbe essere mitigato, concentrandosi in particolare sulla segnalazione del suicidio nei media tradizionali, sulla discussione del suicidio sui social media, sui messaggi di salute pubblica sul suicidio, sui cluster di suicidio e sul contagio e sulla prevenzione del suicidio nelle scuole e in altri contesti educativi. Il quinto articolo⁷⁶ considera quattro fattori di rischio individuali chiave per il suicidio che interagiscono in modi complessi con i determinanti sociali: gioco d'azzardo, consumo di alcol, violenza e abuso interpersonale e lutto per suicidio.

Il sesto articolo della serie⁷⁷ è un invito all'azione ai decisori per unire le forze in un'offensiva dell'intero governo e dell'intera società sul suicidio.

[https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(24\)00149-X/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(24)00149-X/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

Promuovere un invecchiamento attivo e in salute, una sfida ancora aperta. L'identikit degli anziani in Italia

di E.M.

Un over65 su quattro ha almeno due malattie croniche all'attivo. E il 28% si prende cura di familiari, amici e della collettività in generale. Quasi il 40% riesce a svolgere attività di svago, ma la quota di sedentari aumenta al crescere dell'età e raggiunge il 55% dopo gli 85 anni. Ancora lontani dal target del 75% di copertura contro l'influenza: solo 65 persone su 100 si vaccinano. Questi i dati pubblicati da 'Passi d'Argento' dell'Iss in occasione della Giornata internazionale delle persone anziane

01 OTT -

Vulnerabili, generosi e indispensabili. Sono questi gli over 65 italiani del XXI secolo. Una risorsa per la società, da proteggere e tutelare. Nel 28% dei casi non si risparmiano nel fornire aiuto ad amici, familiari e alla collettività nel suo complesso, nonostante uno su quattro abbia almeno due malattie croniche all'attivo. Il 40% degli ultra 65enni autonomi riesce a raggiungere, praticando attività fisica, i livelli di attività raccomandati dall'Oms, ma con l'avanzare dell'età le sedentarietà aumenta, soprattutto tra le donne.

È questo l'identikit che emerge dagli ultimi dati disponibili della sorveglianza 'Passi d'Argento' dell'Istituto Superiore di Sanità. L'occasione per fare il punto sul benessere e lo stato di salute degli over 65 è la [Giornata internazionale delle persone anziane](#) che si celebra oggi. Dati che segnalano come ci sia ancora molto da fare per promuovere un invecchiamento attivo e in salute e che evidenziano con forza la necessità strategica di attuare scelte di prevenzione, quali esempio, tenere alta la protezione vaccinale contro l'influenza, che ha avuto un aumento con la pandemia per poi calare inesorabilmente rimanendo lontana dal target del 75% di copertura.

Una risorsa per la società.

Dai dati emerge che il 17% degli over 65 si prende cura di parenti con cui vive, il 14% di familiari o amici con cui non vive e il 5% partecipa ad attività di volontariato. Una capacità o volontà di "essere risorsa" di appannaggio principalmente delle donne (31% rispetto al 24% negli uomini), ma che si riduce notevolmente con l'avanzare dell'età (coinvolge il 34% dei 65-74enni ma appena il 13% degli ultra 85enni), ed è minore fra le persone con un basso livello di istruzione e tra chi ha difficoltà economiche.

Uno su 4 ha almeno un problema di vista, udito o masticazione.

Nel biennio 2022-2023, spiega una nota dell'Iss, quasi il 10% delle persone intercettate dal servizio di sorveglianza, dà un giudizio negativo del proprio **stato di salute**, riferendo che la propria salute "va male" o "molto male". Il 13% riferisce di aver trascorso nel mese precedente l'intervista almeno 2 settimane in cattive condizioni di salute a causa di problemi fisici, il 10% di aver avuto la stessa esperienza ma a causa di motivi legati alla salute psicologica e il 7% dichiara di avere avuto limitazioni nel normale svolgimento delle proprie attività, per motivi fisici o psicologici. Tutti valori che crescono con l'età e sono più alti fra le donne.

Un ultra65enne su 4 ha almeno un problema di tipo sensoriale (fra vista, udito o masticazione) che non risolve neppure con il ricorso ad ausili, come occhiali, apparecchio acustico o dentiera. Si tratta di condizioni che aumentano velocemente con l'età: i problemi di vista coinvolgono il 3.5% dei 65-74enni ma salgono al 25.5% fra gli ultra85enni, i problemi di udito coinvolgono il 7.3% dei 65-74enni e salgono al 35.5% fra gli ultra85enni, analogamente i problemi di masticazione riguardano il 7.2% dei 65-74enni e arrivano a coinvolgere il 27.3% degli ultra865enni). L'adesione al consumo di cinque porzioni al giorno di frutta e verdura differisce in base all'età, riducendosi dal 10.7% fra i 65-74enni al 5.9% fra gli ultra85enni.

La fragilità e le cadute, ma anche i lavori domestici e il giardinaggio

L'autonomia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana, come preparare i pasti, svolgere lavori domestici, assumere farmaci, andare in giro, gestirsi economicamente e utilizzare un telefono, assume una particolare importanza per il benessere dell'individuo, ricorda ancora la nota Iss.

Perdere autonomia nelle funzioni della vita quotidiana rende l'individuo più vulnerabile. In sostanza è l'anticamera della fragilità e della disabilità.

E quando si parla di fragilità non ci sono significative differenze fra uomini e donne: cresce progressivamente con l'età e se riguarda l'8.9% dei 65-74enni raggiunge il 32.7% fra gli ultra 85enni; la quasi totalità delle persone con fragilità riceve aiuto per svolgere le funzioni delle attività della vita quotidiana per cui non è autonomo e questo aiuto è sostenuto per lo più dalle famiglie (94.9%). Il 20.9% degli intervistati ha inoltre subito una **caduta** nei 12 mesi precedenti l'intervista di cui quasi la metà (45.7%) ha riportato una frattura.

Riguardo l'attività fisica, quasi il 40% degli over 65 autonomi riesce a svolgere attività di svago, sportive (sia strutturate che non) o domestiche (come lavori di casa, giardinaggio, cura dell'orto o assistenza a persone), raggiungendo così i livelli di attività raccomandati dall'Oms. Il 22,3% pratica qualche forma di attività fisica, ma non raggiunge i livelli raccomandati, e viene quindi definito 'parzialmente attivo'. Completamente sedentario il restante 37,7%. Una inattività che aumenta al crescere dell'età, e così il 55% degli over 85 anni, soprattutto donne è sedentario.

La prevenzione: 65 su 100 si vaccinano contro l'influenza, ma dato in calo nel periodo post-pandemico e lontano dal target del 75% di copertura

Alle ultime campagne vaccinali contro l'influenza (2022-2023), ricorda poi l'Iss, ha aderito mediamente il 65.3% degli ultra 65enni e il 71% degli ultra65enni con patologie croniche. Dati di copertura che appaiono ancora lontani dagli obiettivi di copertura minima (75%) e ottimale (95%) indicati nel Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2023-2025.

Eppure la partecipazione alle campagne vaccinali contro l'influenza è anche aumentata negli ultimi anni, presumibilmente come effetto della cresciuta attenzione alla vaccinazione come strumento di prevenzione che la pandemia di Covid-19 ha imposto; così nel periodo pre-pandemico, la copertura vaccinale contro l'influenza non aveva mai superato il 60%, mentre ha raggiunto il 69% in piena pandemia, senza tuttavia mantenersi a questi livelli negli anni successivi tanto che nell'inverno 2023 la copertura contro influenza fra gli ultra65enni è nuovamente scesa al 63%. Per gli esperti Iss "quanto osservato negli ultimi anni sottolinea la necessità di mantenere sempre alta l'attenzione sulle politiche di prevenzione e di investire e potenziare la comunicazione sui benefici della vaccinazione antinfluenzale soprattutto fra le persone anziane e con cronicità".

Fumo e alcol, abitudini in qualche caso difficili da eliminare

La maggioranza degli italiani ultra 65enni non fuma o ha smesso di fumare da oltre un anno (26.8%), ma una persona su 10 è ancora **fumatore** (10.9%). Con l'avanzare dell'età diventa più difficile intercettare chi mantiene questa abitudine, sottolinea l'Iss, o l'ha avuta in passato perché gli effetti infausti dell'esposizione al fumo di sigaretta vanno manifestandosi. Così dalla classe di età 65-74 anni a quella degli over 85enni la quota di fumatori scende dal 15.7% al 2.5% e la quota di ex fumatori passa dal 28% al 20.9%.

Nel biennio 2022-2023 il 17.4% della popolazione ultra 65enne ha un consumo di alcol definito "a rischio" per la salute (pari mediamente a più di una unità alcolica -UA al giorno). Decisamente più frequente fra gli uomini, questo consumo si riduce con l'età (passando dal 21.4% fra i 65-74enni al 9.3% fra gli ultra 85enni). Fra chi fa un consumo di alcol "a rischio" per la salute più della metà non supera le 2 unità di alcol al giorno. Questo fa pensare, concludono gli esperti, che si tratti del bere alcol durante i pasti, abitudine acquisita nel corso della vita che, probabilmente, non viene percepita come rischiosa per la salute.

Preoccupante infine il numero di ultra 65enni che assume alcol pur avendo una controindicazione assoluta, quasi una persona su tre (28%) fra le persone affette da malattie del fegato, dichiara di consumare alcol.

[Promuovere un invecchiamento attivo e in salute, una sfida ancora aperta. L'identikit degli anziani in Italia - Quotidiano Sanità \(quotidianosanita.it\)](https://www.quotidianosanita.it)

Attuazione legge anziani, ecco il modello Fiaso tra Virtual Hospital e filiera assistenziale integrata. Migliore: «Le aziende sanitarie guidano il cambiamento». Paglia: «Movimento dal basso rompe la logica dei silos»

La Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere (Fiaso) ha presentato al ministero della Salute il volume “La persona anziana protagonista del suo tempo e della sua salute”, edito da Edra, in cui sono raccolti e raccontati differenti modelli di presa in cura dei fragili anziani sperimentati e, dunque, replicabili nelle aziende del Servizio sanitario nazionale per l’implementazione della legge delega 33/2023 in favore delle persone anziane.

La mattinata di lavori è stata aperta dal saluto del ministro della Salute, Orazio Schillaci e dagli interventi del Presidente della Commissione per l’attuazione della riforma dell’assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana, Monsignor Vincenzo Paglia e della viceministro del Lavoro e delle Politiche sociali, Maria Teresa Bellucci.

Il Gruppo di lavoro. Nel corso del 2024 si è infatti svolto un lungo e articolato confronto in seno alle oltre 50 aziende associate Fiaso, che hanno aderito al Gruppo di lavoro ‘Assistenza agli anziani’, promosso dalla Federazione sul solco della Legge delega 33/2023, in materia di politiche in favore delle persone anziane, su cui il governo ha marzo ha emanato il decreto legislativo attuativo (Dlgs 29/2024 “Politiche attive in favore delle persone anziane”).

È nata dunque una comunità di pratica che ha permesso di raccogliere una serie di contributi di grande qualità a viva testimonianza dell’importante patrimonio di professionalità del Servizio sanitario nazionale e della sua capacità di innovare, guardare avanti e prendersi cura.

I contributi sono stati la base su cui la Federazione, col supporto di un comitato scientifico formato da esperti di comprovata competenza, ha costruito due modelli di gestione, uno sulle cure diffuse “Virtual hospital” e l’altro sulla “Filiera assistenziale integrata”.

Due direttrici metaprogettuali lungo cui si sono sviluppati indicazioni e innovazioni grazie alle esperienze aziendali raccolte.

Un utile vademecum di riferimento per le Aziende, che potranno implementare o rinnovare i propri servizi assistenziali e nuove attività di cura per il paziente anziano sul modello di quanto già realizzato altrove.

«Le aziende sanitarie – spiega il presidente della Federazione, Giovanni Migliore – sono il più importante laboratorio di innovazione del Servizio sanitario nazionale anche riguardo ai nuovi modelli di presa in carico delle persone anziane, e testimoniano vivacità culturale e passione dei nostri professionisti che ogni giorno, tra mille difficoltà, si impegnano per tutelare la salute dei cittadini. Le sperimentazioni gestionali raccolte nel volume Fiaso, che oggi presentiamo, dimostrano che il rinnovamento da tutti invocato nella sanità può essere realizzato solo grazie all’impegno del management sui processi organizzativi, e che la disponibilità di infrastrutture o di soluzioni tecnologiche particolarmente avanzate rappresentano solo un presupposto, certamente utile, ma non indispensabile per una reale trasformazione. Abbiamo accettato come Fiaso la sfida della Riforma per l’assistenza alle persone anziane, cogliendo l’occasione per disegnare in modo pragmatico questa nuova modalità di presa in carico dei pazienti, a partire proprio da quelli più fragili e complessi. Siamo convinti che sia indispensabile estendere questo metodo di lavoro, per raggiungere anche tutti gli altri cittadini, le famiglie e i giovani, accelerando sul versante della prevenzione, unica opportunità per garantire sostenibilità. Oggi - evidenzia il presidente - grazie alle grandi infrastrutture di comunicazione è realmente possibile rinnovare le cure primarie in tutte le età della vita, ma occorre anche ribadire che le riforme richieste dal Dm 77 e la sanità di prossimità rimarranno sempre concetti astratti senza la declinazione territoriale che solo le aziende sanitarie possono assicurare. Dipende da noi. Se saremo in grado di abbandonare l’inerzia corporativa che ha caratterizzato le ultime stagioni del Ssn, riusciremo a raggiungere l’obiettivo, al contrario, assisteremo con ignavia al declino più o meno lento di uno dei pilastri della nostra democrazia», conclude Migliore.

«La storica collaborazione della Commissione per l'attuazione della riforma sociosanitaria per la popolazione anziana con la Federazione Fiaso, ha accompagnato negli anni l'iter della riforma e oggi prosegue con il lancio delle sperimentazioni - sottolinea Monsignor Vincenzo Paglia, Presidente della Commissione per l'attuazione della riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana -. A me pare che la svolta strategica propiziata da questa alleanza sia un movimento dal basso che rompe la logica dei silos e dei particolarismi e lancia tanto dialogo e tante collaborazioni. Potremo dimostrare che i servizi integrati e continuativi di assistenza domiciliare non solo sono quelli più graditi agli anziani, ma disegnano un modello sostenibile per il futuro di tutti».

Per Leonardo Palombi, Segretario della Commissione per l'attuazione della riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana, «siamo finalmente a una svolta: le tante aziende che con Fiaso hanno aderito alla proposta della Commissione per l'attuazione della riforma sociosanitaria per la popolazione anziana di far avanzare la legge 33/2023 per sperimentazioni lanciano un nuovo patto per la realizzazione di un modello di sanità integrata e un continuum assistenziale che spazia dall'ospedale, ai territori e fino alle abitazioni degli anziani».

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-10-01/attuazione-legge-anziani-ecco-modello-fiaso-virtual-hospital-e-filiera-assistenziale-integrata-migliore-le-aziende-sanitarie-guidano-cambiamento-paglia-movimento-basso-rompe-logica-silos-101010.php?uuid=AG25jyJ&cmpid=nlqf>

Digitalizzazione in sanità

BMJ Journals

BMJ Global Health

Minacce dell'intelligenza artificiale alla salute umana e all'esistenza umana

Federico Federgioco ¹, Ruth Mitchell, Asha Asokan, Carlos Umamo, Davide McCoy, corrispondenza al professor David McCoy; mccoy@unu.edu

Astratto

Sebbene l'intelligenza artificiale (IA) offra soluzioni promettenti in ambito sanitario, essa pone anche una serie di minacce alla salute e al benessere umano attraverso determinanti sociali, politici, economici e di sicurezza della salute.

Descriviamo tre di questi modi principali in cui l'IA ristretta e abusata rappresenta una minaccia per la salute umana: aumentando le opportunità di controllo e manipolazione delle persone; potenziando e disumanizzando la capacità di usare armi letali e rendendo il lavoro umano sempre più obsoleto. E saminiamo quindi l'"intelligenza artificiale generale" (AGI) auto-migliorante e come questa potrebbe rappresentare una minaccia esistenziale per l'umanità stessa.

Infine, discutiamo della necessità critica di una regolamentazione efficace, incluso il divieto di determinati tipi e applicazioni di IA, e facciamo eco alle richieste di una moratoria sullo sviluppo di AGI auto-miglioranti.

Chiediamo alla comunità medica e della sanità pubblica di impegnarsi in una difesa basata sulle prove per un'IA sicura, radicata nel principio di precauzione.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



AI, opportunità da oltre 21 miliardi per il sistema sanitario italiano | La ricerca di Rome Business School

L'utilizzo dell'**intelligenza artificiale** da parte delle imprese italiane è in continua crescita in tutti i settori: nel 2023 il 47,1% di loro la impiega nei propri processi produttivi, il 33% delle imprese nella vendita e nel marketing (+9% rispetto al 2021), ma solo il 26% delle aziende sanitarie italiane prevedeva di investire in AI nel 2023.

Tuttavia, l'implementazione dell'IA nei processi sanitari, potrebbe far risparmiare all'Italia circa 21,74 miliardi di euro all'anno, riducendo i costi sanitari del 10-15%.

Queste le conclusioni della ricerca "L'impatto dell'Intelligenza Artificiale in Italia dalla finanza alla sanità" di **Rome Business School**, a cura di Valentino Megale, Docente dell'International MBA; Francesco Baldi, Docente dell'International Master in Finance, Massimiliano Parco, Economista, Centro Europa Ricerche e Valerio Mancini, Direttore del Centro di Ricerca Divulgativo di Rome Business School.

In Italia, si prevede che il mercato dell'IA in sanità raggiunga i 3,19 miliardi di euro entro il 2030.

Numeri importanti anche a fronte dell'invecchiamento della popolazione italiana – secondo stime ISTAT entro il 2050 più di 3 italiani su 10 avranno oltre 65 anni.

L'IA applicata a dispositivi medici intelligenti, sistemi di monitoraggio remoto e robotica assistenziale, permette non solo un'assistenza personalizzata e tempestiva, ma costituisce un importante supporto per i lavoratori sanitari. Con lo sviluppo attuale infatti, l'IA ha il potenziale di automatizzare fino al 36% delle attività nel settore sanitario e sociale, liberando risorse umane per compiti di maggiore valore aggiunto e aumentando la sostenibilità del sistema.

"Integrare l'IA nel sistema sanitario darebbe sollievo ai lavoratori del settore, sempre più carichi e a rischio di burn out, e ai pazienti che affronterebbero tempi d'attesa minori, mantenendo un servizio accurato e personalizzato, sempre sotto la guida del medico. L'IA è uno strumento che accompagna ma non sostituisce i professionisti", afferma Valentino Megale, tra gli autori della ricerca.

Per dare risposta alla mancanza di personale, all'aumento dei pazienti e ai gravosi adempimenti burocratici, l'adozione dell'IA nel settore sanitario italiano ed europeo sta crescendo rapidamente: nel 2023 il suo valore globale è stato di circa 208 mld di dollari, arrivando a 1.848 mld nel 2030 (Statista).

Il mercato italiano dell'IA in sanità è praticamente raddoppiato nell'ultimo biennio e vede le aziende farmaceutiche partecipare a partnership internazionali con le grandi Big Tech e con aziende specializzate in piattaforme di IA per la sanità, oppure collaborare in un'ottica di open innovation con start-up locali (in Italia ce ne sono almeno 70 che sviluppano sistemi di IA applicati alle Scienze della Vita).

"La parola d'ordine per il successo dei servizi tecnologici tra i senior è la semplificazione dell'accesso: la popolazione degli over 65 richiede servizi semplici da usare, efficienti e adeguati alle proprie esigenze", afferma Francesco Baldi.

Un chiaro esempio sono le smart homes, mercato in forte crescita a livello europeo (37,8 miliardi di euro entro il 2025) e gli wearables, sensori biometrici che consentono di rilevare dati quali vitali.

L'integrazione con soluzioni di intelligenza artificiale permette di analizzare questi dati in tempo reale, identificando anomalie e fornendo avvisi tempestivi sia agli utenti che ai professionisti sanitari.

L'IA, in ambito sanitario, rappresenta una promessa di efficienza e risparmio: potenzialmente, in Italia, grazie al suo utilizzo si potrebbero ridurre i costi di circa il 10-15%, risparmiando approssimativamente 21,74 miliardi di euro all'anno.

Non solo, secondo l'OCSE, l'IA può aiutare gli operatori sanitari a dedicare più tempo di qualità alle cure, consentendo loro di concentrarsi maggiormente sull'interazione con i pazienti piuttosto che sulla trascrizione di appunti e lavori amministrativi.

In Italia, un medico dedica 23 su 40 ore di lavoro a burocrazia e documentazione, in questo senso, "l'IA permette per esempio di ridurre le lacune, minimizzare le comunicazioni via telefono e consente di aprire potenzialmente più slot per appuntamenti.

Ne risulta un migliore accesso dei pazienti alle cure e una massiccia riduzione del lavoro di programmazione che sovraccarica il personale d'ufficio.

L'IA può anche rappresentare un punto di svolta quando si tratta di pratiche burocratiche per i rimborsi medici, aiutando gli infermieri ad archiviare le pratiche in modo più rapido e accurato", afferma Massimiliano Parco. Gli usi dell'IA vanno oltre il paperwork: all'Ospedale Universitario Sant'Andrea di Roma, è in uso un software che identifica autonomamente le fratture che potrebbero sfuggire all'occhio umano, a supporto del medico che ne fa poi una rilettura per eventuale conferma.

Inoltre, nello svolgimento delle risonanze magnetiche, i nuovi algoritmi riescono a far risparmiare fino al 50% del tempo, e nelle TAC vengono acquisite immagini con il 60% in meno di radiazioni.

Nonostante il grande potenziale, l'adozione pratica dell'IA nel settore sanitario è ancora limitata.

L'IA, spesso, viene considerata solo in poche ASL e in piccole aree di sperimentazione.

Inoltre, nel 2023 solo il 26% delle aziende sanitarie italiane aveva previsto di investire in AI e solo il 4% intendeva utilizzare i fondi del PNRR per questo scopo.

"L'introduzione dell'IA, in sanità come in ogni altro settore, emerge come un processo profondamente umano che deve adattarsi agli operatori sanitari mediante un approccio human-centric, rispettare la loro integrità e affrontare le loro preoccupazioni, incoraggiando al tempo stesso l'adozione e l'arricchimento delle competenze. Rappresenta senza dubbi un'opportunità importante per ridurre costi e migliorare i servizi alla popolazione", conclude Valerio Mancini. Non solo sanità, è in forte crescita in tutti i settori l'interesse da parte delle aziende nell'integrare l'IA nei loro processi.

Secondo gli ultimi dati ISTAT (2023), il 47% delle imprese italiane impiega l'IA nei processi produttivi e lo fa maggiormente nelle regioni del Nord-est; il 33% delle imprese usa l'IA nei processi di vendita e marketing (+9 punti percentuali rispetto il 2021), concentrandosi nelle regioni del Nord-est e del Mezzogiorno; il 23% in sicurezza e IT, il 21% in ricerca e sviluppo; e meno del 20% la utilizza nei processi di logistica, gestione finanziaria ed amministrazione aziendale.

A fine 2023 in Italia, oltre il 75% delle imprese del settore della ristorazione hanno impiegato l'IA per estrapolare, rielaborare e analizzare dati.

Poco inferiore al 50% la quota di utilizzo nelle imprese delle attività editoriali e nell'informatica.

Inoltre, la potenza dell'IA viene sfruttata in particolar modo nell'analisi di big data, attraverso l'apprendimento automatico: in Italia, un forte utilizzo è riscontrato nelle imprese del settore ICT, con oltre il 60% dell'aggregato del settore.

Attualmente, il maggior utilizzo di IA nell'automatizzazione dei flussi di lavoro si rileva nelle imprese delle attività manifatturiere (52%).

[AI, opportunità da oltre 21 miliardi per il sistema sanitario italiano | La ricerca di Rome Business School \(ripartelitalia.it\)](https://www.ripartelitalia.it)

Intelligenza artificiale, il 40% dei medici “entusiasta” ma al 18% preoccupa l’etica. Cautela su comunicazione coi pazienti e diagnosi e l’85% chiede regole e supervisione

L’intelligenza artificiale (IA) sta rapidamente emergendo come uno strumento fondamentale nella medicina moderna, capace di rivoluzionare il modo in cui vengono fornite le cure ai pazienti e gestite le attività cliniche. Un’indagine di Univadis Medscape Italia – il portale di informazione per i professionisti della salute con notizie, strumenti, aggiornamenti e formazione continua per la classe medica – ha voluto indagare la percezione dei medici italiani rispetto all’uso dell’IA, intervistando un campione di 1133 medici, prevalentemente uomini (64% uomini vs 34% donne), che ha evidenziato come l’IA nel nostro Paese, sia considerata un’opportunità per migliorare la cura dei pazienti ma generi anche preoccupazioni riguardo alla sua implementazione e ai possibili impatti etici e professionali.

Dai risultati emerge infatti un quadro variegato, in cui il 41% dei medici intervistati si dichiara entusiasta per il potenziale futuro dell’IA in medicina.

Tuttavia, una significativa porzione (40%) mantiene una posizione neutrale, mentre il 18% esprime preoccupazioni riguardanti l’impatto dell’IA, soprattutto per quanto riguarda l’etica e l’autonomia professionale.

Attualmente l’utilizzo dell’intelligenza artificiale nella pratica medica è ancora in fase iniziale, infatti, solo il 21% dei medici italiani la impiega per fare ricerche su patologie, e l’11% la utilizza per compiti amministrativi. Il 6% dei medici, ad esempio, ha affermato di averla già utilizzata per sintetizzare la cartella clinica elettronica prima di una visita (mentre il 67% non l’ha ancora utilizzata per questo tipo di attività, ma sta pensando di farlo) o ancora, secondo quanto emerso dalla survey, il 66% dei medici giudica positivamente il suo impiego nell’interpretazione degli esami di imaging soprattutto grazie alla capacità dell’intelligenza artificiale di migliorare la qualità e l’accuratezza delle diagnosi.

«Le opinioni dei medici risultano invece più discordanti in relazione alla comunicazione con i pazienti, un aspetto particolarmente sensibile della professione medica che molti professionisti temono possa essere compromesso dall’uso eccessivo di tecnologie automatizzate: il 40% dei medici vede negativamente l’utilizzo dell’IA per questo scopo, mentre il 41% rimane neutrale e solo il 18% è favorevole», commenta Daniela Ovidia, direttrice di Univadis Medscape Italia e autrice del report.

«Anche per quanto riguarda l’impiego dell’IA nelle diagnosi, i medici italiani si dividono, sebbene il 42% consideri positivamente l’utilizzo dell’intelligenza artificiale come supporto diagnostico, il 21% rimane preoccupato per l’eventuale impatto negativo sull’indipendenza del giudizio clinico. Nondimeno, un dato che mette d’accordo la maggioranza degli intervistati è la capacità dell’IA di ridurre gli errori medici: circa il 63% dei medici è convinto, infatti, che l’Intelligenza Artificiale potrà diminuire significativamente il rischio di errore nelle diagnosi e nei trattamenti, rafforzando la fiducia nella tecnologia come strumento per migliorare la precisione e l’affidabilità delle cure”.

Nonostante, quindi, un generale ottimismo che circonda l’idea dell’adozione dell’Intelligenza Artificiale, l’indagine ha evidenziato anche una forte richiesta di regolamentazione e supervisione.

L’85% dei medici ritiene infatti che l’uso dell’intelligenza artificiale debba essere attentamente monitorato da Governi o istituzioni mediche per garantirne l’applicazione in modo sicuro e conforme agli standard professionali ed etici. Inoltre, l’88% sostiene la necessità di una normativa specifica che regoli l’uso dell’IA in ambito sanitario, soprattutto per assicurare la protezione dei dati sensibili.

La protezione della privacy dei pazienti è infatti un tema cruciale, con il 50% dei medici che esprime dubbi riguardo alla capacità delle istituzioni di garantire la sicurezza dei dati nell’era dell’intelligenza artificiale.

Il rapporto di Univadis Medscape condotto in Italia mette dunque in luce una crescente fiducia nei confronti dell’Intelligenza Artificiale come strumento in grado di migliorare la qualità delle cure mediche, ma sottolinea fortemente anche la necessità di affrontare le sfide etiche e professionali che questa tecnologia pone.

La regolamentazione, la supervisione e l’equilibrio tra innovazione tecnologica e autonomia del giudizio clinico restano i fattori chiave per un’adozione responsabile e sicura dell’IA nella sanità del futuro.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2024-09-24/intelligenza-artificiale-40percento-medici-entusiasta-ma-18percento-preoccupa-l-etica-cautela-comunicazione-coi-pazienti-e-diagnosi-e-l-85percento-chiede-regole-e-supervisione-180647.php?uuid=AGkVp5B&cmpid=nlqf>

la Repubblica

Emilio Calvano (Luiss): “Nel mercato digitale abbiamo creato mostri, ma siamo in tempo ad arginarli”

[Filippo Santelli](#)

Secondo lo studioso di Antitrust in campo tecnologico la divisione di Big Tech è un rimedio “quasi ovvio”: “Alcuni dicono che non si può de-strapazzare un uovo. Ma perché no?”

«Non è mai stato fatto, è vero. Alcuni dicono che non è possibile “de-strapazzare” un uovo. Ma io chiedo: perché no?». Emilio Calvano, professore alla Luiss di Roma e fellow dell’Istituto Einaudi, si occupa di concorrenza nei mercati digitali. Ed è convinto che il breakup, la separazione delle varie attività che Google o le altre Big Tech hanno concentrato, sia un’ipotesi «quasi ovvia», visto che «abbiamo di fronte società che per dimensioni non hanno precedenti e che dominano mercati cruciali per la nostra economia e la nostra democrazia».

Questo risveglio Antitrust arriva con enorme ritardo. Troppo per correggere le distorsioni?

«Sì e no. Sì, perché negli ultimi 15 anni abbiamo consentito a queste aziende di crescere oltremodo, autorizzando acquisizioni che non dovevano passare, come quella di DoubleClick da parte di Google o di Instagram da parte di Meta: abbiamo creato mostri la cui capitalizzazione è comparabile al Pil dell’Italia. Ma la risposta è anche no, non arriviamo tardi: adesso dobbiamo tenerle sotto controllo e fare in modo che non abusino della loro posizione dominante per evitare di essere sfidate».

L’abuso è quello che cerca di provare il governo americano per Google, sia nella ricerca che nella pubblicità. C’è?

«Noi economisti lo diciamo da anni. Nella ricerca online c’è un circolo che si rafforza: i dati generano ricerche di qualità, che a loro volta generano dati. Accordi come quello di Google con Apple rafforzano il ciclo, lasciando i rivali senza dati, affamandoli. Questo ha impedito ai concorrenti, come per esempio Bing di Microsoft, di entrare sul mercato».

Ci scelgono perché il prodotto è migliore, replica Google. E usando Bing si fatica a darle torto.

«Un’ora dopo l’incidente di Fukushima, cercando la parola su Google comparivano gli ultimi aggiornamenti, su Bing una lista di hotel. Google era migliore, aveva subito appreso quello che le persone cercavano: ma questo era per reale superiorità o perché si era comprata tutto il traffico di ricerca di Apple e degli smartphone Samsung e grazie a quello aveva imparato? Il danno per il consumatore va misurato anche sul mondo che avremmo potuto avere ma non abbiamo: un motore di ricerca migliore, un social migliore».

Una delle obiezioni di Big Tech è, appunto, che nell’economia digitale — Intelligenza artificiale compresa — la scala serve a innovare: ridurla rallenterebbe lo sviluppo.

«Ma si può pensare a un modo per preservare la scala e aumentare il grado di competizione: per esempio creando delle infrastrutture con cui le imprese condividono gli input essenziali, a cominciare dai dati, competendo per chi li usa meglio anziché utilizzandoli come leva ai danni degli altri. Vale anche per il mercato della pubblicità, dove Google monopolizza quella che di fatto è la benzina di Internet».

Tra i rimedi di cui si discute c'è il breakup, la separazione delle varie attività. Per molti è impraticabile, per altri vanno prima esplorate soluzioni meno costose. Per lei?

«Perché no? Perché Google deve essere un conglomerato che offre centinaia di servizi diversi sotto lo stesso ombrello? Perché Amazon deve controllare sia il negozio digitale che la logistica delle consegne? La prima considerazione è che una concentrazione di poteri non è buona per la democrazia, a prescindere da come è stata raggiunta. La seconda è più strettamente antitrust e di protezione del consumatore: esercitare un potere di mercato del genere causa danni. In passato, in industrie sistemiche come l'energia o le telecomunicazioni siamo riusciti ad attuare delle separazioni che hanno prodotto concorrenza. Ma c'è anche un tema di volontà politica».

Il rapporto Draghi raccomanda all'Europa di rivedere le norme antitrust in modo da favorire i consolidamenti, e sembra che la nuova Commissione vada in questa direzione. La convince?

«Temo di vedere una spinta a una maggiore concentrazione dettata da considerazioni geopolitiche, per cui avere delle aziende che dominano i mercati va bene se hanno la nostra bandiera. C'è poi l'argomento economico secondo cui non innoviamo abbastanza perché le imprese sono piccole. Discutibile: aziende troppo grandi e dominanti perdono incentivi ad innovare».

Alla nuova frontiera dell'Intelligenza artificiale sembra già nascere un nuovo oligopolio di giganti. Ci sono speranze di evitarlo?

«Forze economiche e tecniche, a cominciare dai costi di addestrare i modelli, spingono alla concentrazione. Però mi pare che, a differenza di quello che è successo con Big Tech, ci stiamo ponendo il problema e sono già partite indagini dei regolatori, quando ancora il settore non genera ricavi. Insomma a me pare che il mondo sia cambiato da quando Steve Jobs lanciava l'App Store e ci pareva tutto bello, mentre in realtà avrebbe imposto ingenti "dazi" a tutti gli sviluppatori di app. Basterà a bilanciare le forze centripete? Difficile rispondere».

https://www.repubblica.it/economia/2024/09/23/news/calvano_luiss_antitrust_google_spezzano-423511960/?ref=drla-1

quotidianosanità.it

Servizi di telemedicina. Arrivano le nuove linee guida Oms e Itu per renderli accessibili

Progettare servizi di telemedicina accessibili per le persone con disabilità, sottolinea l'Onu, può essere un punto di svolta per accelerare i progressi verso gli obiettivi di salute globale. Significa sbloccare l'accesso alla telemedicina per 1,3 miliardi di persone in tutto il mondo con una disabilità significativa, che rappresentano 1 su 6 di noi.

Una guida pratica per supportare governi, decisori politici, settore sanitario, fornitori di servizi sanitari e società civile su come integrare le funzionalità di accessibilità nei servizi di telemedicina. A stilare

l'[Implementation toolkit for accessible telehealth services](#), l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e l'Unione Internazionale delle Telecomunicazioni (ITU)

La pandemia di Covid-19 ha creato un'esigenza senza precedenti e ha galvanizzato il rapido sviluppo e l'ampliamento dei servizi di telemedicina, si sottolinea in una nota. Molti governi e partner chiave stanno ora investendo nello sviluppo di servizi di telemedicina e nella loro integrazione nell'erogazione dell'assistenza sanitaria tradizionale. Ora è un momento critico per pensare a come questa trasformazione digitale possa essere intenzionalmente progettata per avvantaggiare tutti e promuovere la salute per tutti.

Progettare servizi di telemedicina accessibili per le persone con disabilità, sottolinea l'Onu, può essere un punto di svolta per accelerare i progressi verso gli obiettivi di salute globale. Significa sbloccare l'accesso alla telemedicina per 1,3 miliardi di persone in tutto il mondo con una disabilità significativa, che rappresentano 1 su 6 di noi.

Nel [rapporto globale dell'Oms sull'equità sanitaria per le persone con disabilità](#), l'inaccessibilità dei servizi di telemedicina è elencata tra i fattori noti che ostacolano l'equo accesso ai servizi sanitari per le persone con disabilità. Ad esempio, le persone con disabilità possono essere escluse se le piattaforme di telemedicina non sono compatibili con lettori di schermo o tastiere Braille, non forniscono sottotitoli o utilizzano un'interfaccia utente complicata.

Lo [standard globale OMS-ITU per l'accessibilità dei servizi di telemedicina](#), pubblicato nel 2022, fornisce già le raccomandazioni sulle funzionalità di accessibilità che devono essere utilizzate nei servizi di telemedicina per superare queste barriere. Basandosi su questo standard globale, la nuova pubblicazione risponde alla domanda su come procedere con il processo di implementazione e promuovere l'equità sanitaria per le persone con disabilità. È uno strumento chiave per aiutare tutti gli stakeholder a considerare e integrare l'accessibilità nei loro processi strategici esistenti per lo sviluppo del servizio di telemedicina.

“Il processo proposto non riguarda il ‘fare di più’, ma piuttosto il ‘fare in modo più intelligente’ – ha affermato **Darryl Barrett**, responsabile tecnico per la disabilità dell'Oms – integrando consapevolmente l'accessibilità fin dalle prime fasi della pianificazione strategica della telemedicina, possiamo creare un'assistenza sanitaria più sostenibile per tutti. È più intelligente nel senso che gli sforzi sono minimi rispetto ai benefici che possiamo raccogliere in poco tempo: massimizzerà l'efficienza dei sistemi sanitari e contribuirà in modo significativo a una salute migliore per tutti”.

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=124192

Implementation toolkit for accessible telehealth services



<https://www.quotidianosanità.it/allegati/allegato1725950356.pdf>

quotidianosanità.it

Sanità digitale. Investire 0,24 dollari per paziente all'anno in telemedicina salverà 2 milioni di vite da malattie non trasmissibili nel prossimo decennio. Il Rapporto Oms/Itu

Questo investimento potrebbe anche evitare circa 7 milioni di eventi acuti e ricoveri ospedalieri, riducendo significativamente la pressione sui sistemi sanitari in tutto il mondo. Mentre oltre il 60% dei paesi ha sviluppato una strategia di salute digitale, spesso manca l'integrazione di nuove tecnologie nell'infrastruttura sanitaria esistente. Il rapporto invita i paesi a investire in infrastrutture pubbliche digitali e a promuovere standard e interoperabilità

24 SET - Un investimento di 0,24 dollari per paziente all'anno in interventi di salute digitale, come telemedicina, messaggistica mobile e chatbot, può aiutare a salvare più di 2 milioni di vite da malattie non trasmissibili nel prossimo decennio, afferma un nuovo rapporto pubblicato dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e dall'ITU (Unione internazionale delle telecomunicazioni).

Questo investimento potrebbe anche evitare circa 7 milioni di eventi acuti e ricoveri ospedalieri, riducendo significativamente la pressione sui sistemi sanitari in tutto il mondo.

La [pubblicazione](#) intitolata *'Going digital for noncommunicable diseases: the case for action'* è stata lanciata in occasione di un evento ospitato dal governo del Gambia durante la 79a Assemblea generale delle Nazioni Unite, in collaborazione con l'ITU e l'OMS. "Il futuro della salute è digitale.

Ma per rendere questa visione una realtà, abbiamo bisogno sia di risorse che di collaborazione", ha affermato il direttore generale dell'OMS, il dott. **Tedros Adhanom Ghebreyesus**.

"Nessuna organizzazione può farcela da sola. Invitiamo governi, partner e donatori a unirsi, investire strategicamente e garantire che queste innovazioni salvavita raggiungano coloro che ne hanno più bisogno".

"La rivoluzione digitale ha il potenziale per scatenare una rivoluzione sanitaria", ha affermato il Segretario generale dell'ITU **Doreen Bogdan-Martin**. "In ITU, la connettività universale significativa è una priorità perché il digitale è un catalizzatore per raggiungere obiettivi in settori chiave come la salute e l'istruzione. Chiediamo una maggiore collaborazione tra i settori della salute e della tecnologia, incluso lo sviluppo di una solida infrastruttura pubblica digitale, essenziale per la fornitura di servizi sanitari digitali che possano avvantaggiare le persone ovunque senza lasciare indietro nessuno".

Le malattie non trasmissibili (NCD), come le malattie cardiovascolari, il cancro, il diabete e le malattie respiratorie croniche, sono responsabili di oltre il 74% dei decessi globali ogni anno, molti dei quali sono prevenibili.

Sebbene siano stati compiuti progressi significativi nella lotta alle NCD, l'integrazione delle tecnologie sanitarie digitali nei sistemi sanitari tradizionali rimane una sfida.

Il rapporto mostra che c'è un'urgente necessità di sfruttare queste tecnologie per aumentare gli interventi efficaci e mitigare il crescente peso sui sistemi sanitari in tutto il mondo. Quattro principali fattori di rischio legati al nostro ambiente quotidiano (uso di tabacco, dieta non sana, uso dannoso di alcol e inattività fisica) determinano risposte nei nostri corpi che aumentano anche il rischio di malattie non trasmissibili: pressione alta, obesità, glicemia alta e colesterolo alto.

Gli strumenti digitali, tra cui messaggistica mobile e chatbot, possono aiutare gli individui a comprendere i loro fattori di rischio modificabili e incoraggiarli a sviluppare abitudini più sane.

Le persone che vivono con malattie non trasmissibili richiedono un monitoraggio regolare e una gestione continua e molte necessitano di cure specialistiche e a lungo termine.

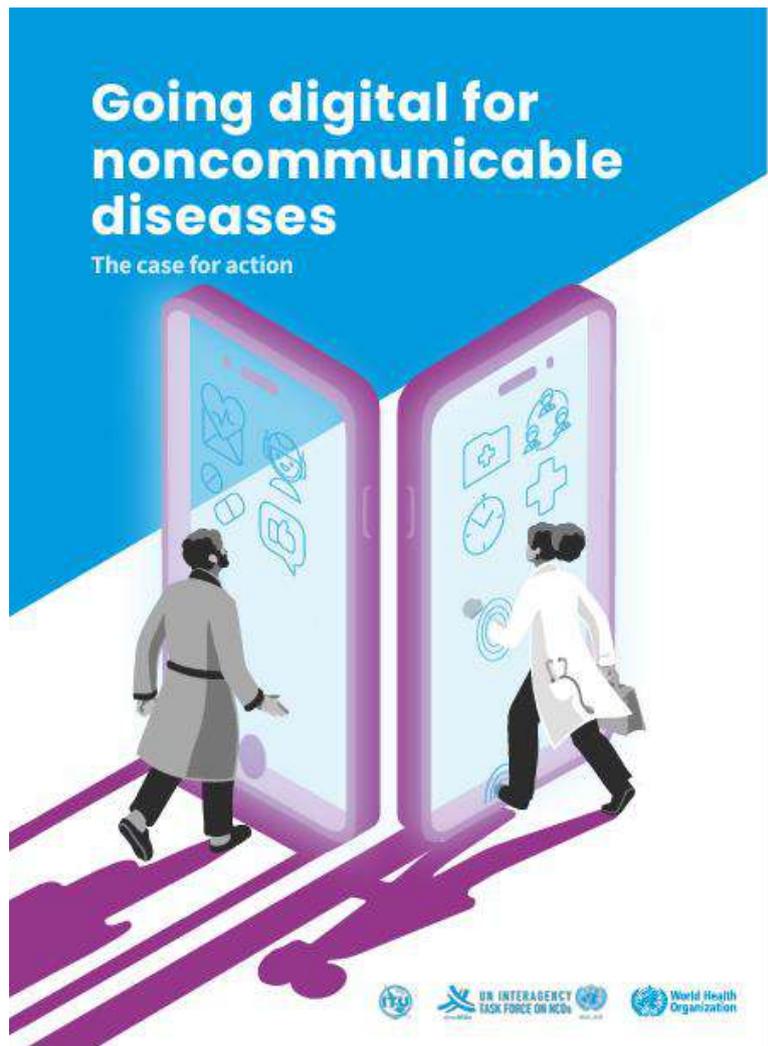
Strumenti digitali come la telemedicina possono aiutarli a superare le barriere all'accesso all'assistenza sanitaria.

Dati e strumenti in tempo reale per i professionisti sanitari possono anche aiutarli a prendere decisioni informate sui loro pazienti.

Mentre oltre il 60% dei paesi ha sviluppato una strategia di salute digitale, spesso manca l'integrazione di nuove tecnologie nell'infrastruttura sanitaria esistente.

Il rapporto invita i paesi a investire in infrastrutture pubbliche digitali e a promuovere standard e interoperabilità che possano superare le barriere critiche per realizzare il pieno potenziale della salute digitale. Il rapporto funge da modello per l'azione, integrando l'iniziativa globale dell'OMS sulla salute digitale e la strategia globale sulla salute digitale 2020-2025.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=124544



<https://www.quotidianosanità.it/allegati/allegato1727164375.pdf>

quotidianosanità.it

Social media. Uso problematico per l'11% dei giovani europei.

Report Oms: serve più educazione all'alfabetizzazione digitale

I dati provengono dallo [studio Health Behaviour in School-aged Children \(HBSC\)](#), che ha intervistato quasi 280.000 giovani di età compresa tra 11, 13 e 15 anni in 44 paesi e regioni in Europa, Asia centrale e Canada nel 2022. Fra i principali risultati è emerso che più di 1 adolescente su 10 (11%) ha mostrato segni di comportamento problematico sui social media; le ragazze hanno segnalato livelli più elevati di uso problematico dei social media rispetto ai ragazzi (13% contro 9%)

25 SET - Un forte aumento dell'uso problematico dei social media tra gli adolescenti, con tassi in crescita dal 7% nel 2018 all'11% nel 2022 (In Italia è al 14%).

A rilevarlo nuovi dati dell'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS.

Questo, insieme ai risultati secondo cui il 12% degli adolescenti è a rischio di gioco problematico, solleva preoccupazioni urgenti sull'impatto della tecnologia digitale sulla salute mentale e sul benessere dei giovani. I dati provengono dallo studio *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*, che ha intervistato quasi 280.000 giovani di età compresa tra 11, 13 e 15 anni in 44 paesi e regioni in Europa, Asia centrale e Canada nel 2022.

Fra i principali risultati è emerso che più di 1 adolescente su 10 (11%) ha mostrato segni di comportamento problematico sui social media; le ragazze hanno segnalato livelli più elevati di uso problematico dei social media rispetto ai ragazzi (13% contro 9%).

Oltre un terzo (36%) dei giovani ha dichiarato di avere contatti costanti con gli amici online, con i tassi più alti tra le ragazze di 15 anni (44%).

Un terzo (34%) degli adolescenti giocava quotidianamente a videogiochi digitali, con più di 1 su 5 (22%) che giocava per almeno 4 ore nei giorni in cui giocava.

Il 12% degli adolescenti è a rischio di gioco problematico, con i ragazzi più propensi delle ragazze a questa tendenza (16% contro 7%).

Il rapporto definisce l'uso problematico dei social media come un modello di comportamento caratterizzato da sintomi simili alla dipendenza.

Questi includono l'incapacità di controllare l'uso dei social media, l'astinenza quando non li si usa, il trascurare altre attività a favore dei social media e le conseguenze negative nella vita quotidiana dovute all'uso eccessivo. L'aumento di questo fenomeno tra gli adolescenti solleva notevoli preoccupazioni sui potenziali impatti sui giovani. Ricerche precedenti hanno scoperto che gli utenti problematici dei social media hanno anche segnalato un minore benessere mentale e sociale e livelli più elevati di consumo di sostanze rispetto agli utenti non problematici e ai non utenti.

Questa tendenza potrebbe avere conseguenze di vasta portata sullo sviluppo degli adolescenti e sui risultati sanitari a lungo termine. Inoltre, l'uso problematico dei social media è stato associato a una minor quantità di sonno, con un potenziale impatto sulla salute generale e sul rendimento scolastico degli adolescenti.

“È chiaro che i social media possono avere conseguenze sia positive che negative sulla salute e sul benessere degli adolescenti - osserva **Hans Henri P. Kluge**, direttore regionale dell'OMS per l'Europa. “Ecco perché l'educazione all'alfabetizzazione digitale è così importante. Tuttavia, rimane inadeguata in molti paesi e, laddove è disponibile, spesso non riesce a tenere il passo con i giovani e la tecnologia in rapida evoluzione. Stiamo assistendo alle conseguenze di questo divario, con probabilità di peggioramento, a meno che governi, autorità sanitarie, insegnanti e genitori non riconoscano le cause profonde della situazione attuale e non adottino misure per porvi rimedio. Mentre milioni di bambini in tutta la regione tornano a scuola dopo le vacanze estive, alcuni paesi stanno prendendo in considerazione restrizioni o addirittura divieti sui social media per i bambini fino a una certa età. È chiaro che abbiamo bisogno di un'azione immediata e continua per aiutare gli adolescenti a invertire la tendenza all'uso potenzialmente dannoso dei social media, che ha dimostrato di portare a depressione, bullismo, ansia e scarso rendimento scolastico”.

Sebbene il rapporto evidenzia i rischi, sottolinea anche i benefici di un uso responsabile dei social media. Gli adolescenti che sono utenti assidui ma non problematici hanno segnalato un supporto tra pari e connessioni sociali più forti.

“Questo studio rivela sia le promesse che le insidie dell'impegno digitale per i nostri giovani”, commenta **Natasha Azzopardi-Muscat**, Direttrice per le politiche e i sistemi sanitari nazionali, Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS. “È fondamentale adottare misure per proteggere i giovani, per consentire loro di navigare nel panorama digitale in modo sicuro e dotarli degli strumenti per fare scelte consapevoli sulle loro attività online, massimizzando i benefici e riducendo al minimo i rischi per il loro benessere mentale e sociale. In breve, dovrebbero governare i social media e non essere governati dai social media”.

Il rapporto rivela anche che il 34% degli adolescenti gioca quotidianamente a giochi digitali, con il 22% che gioca per almeno 4 ore.

Mentre il 68% è stato classificato come giocatore non problematico, il 12% era a rischio di gioco problematico. Un precedente studio HBSC che esaminava il comportamento problematico nel gioco online in cinque paesi ha rilevato associazioni con una minore soddisfazione della vita, disturbi psicologici più frequenti e un minore supporto tra pari.

Tuttavia, per molti adolescenti, il gioco rimane un passatempo innocuo o addirittura benefico. La dott. ssa **Claudia Marino** dell'università di Padova, una delle autrici del rapporto, osserva: “*Le differenze di genere nei modelli di gioco sono sorprendenti. I ragazzi non solo mostrano tassi più elevati di gioco quotidiano, ma hanno anche maggiori probabilità di sviluppare abitudini di gioco problematiche. Ciò evidenzia la necessità di interventi mirati che considerino motivazioni specifiche di genere e fattori di rischio nel comportamento di gioco*”.

Gli interventi per affrontare l'uso problematico dei social media - segnala l'OMS - dovrebbero essere appropriati all'età, sensibili al genere e adattati culturalmente. Dovrebbero concentrarsi sull'aiutare i giovani a sviluppare competenze di alfabetizzazione digitale, promuovere comportamenti online sani e fornire supporto a coloro che sono a rischio di uso problematico.

L'ufficio regionale dell'OMS per l'Europa invita i decisori politici, gli educatori e gli operatori sanitari a dare priorità al benessere digitale degli adolescenti con le seguenti specifiche chiamate all'azione: investire in un ambiente scolastico che promuova la salute, in cui sia integrata l'educazione all'alfabetizzazione digitale.

- Implementare programmi basati su prove nelle scuole che coprano l'uso responsabile dei social media, la sicurezza online, le capacità di pensiero critico e le sane abitudini di gioco.
- Migliorare i servizi di salute mentale.
- Garantire l'accesso a servizi di salute mentale riservati, non giudicanti e accessibili che possano affrontare i problemi derivanti dall'uso problematico della tecnologia digitale.
- Promuovere un dialogo aperto.
- Incoraggiare conversazioni sul benessere digitale all'interno di famiglie, scuole e comunità per ridurre lo stigma e aumentare la consapevolezza.
- Formare educatori e operatori sanitari.
- Fornire formazione specializzata per fornire un'educazione e un supporto all'alfabetizzazione digitale efficaci e inclusivi. Applicare la responsabilità della piattaforma.
- Garantire che le piattaforme dei social media applichino restrizioni di età e creino un quadro normativo che incoraggi la progettazione responsabile degli strumenti digitali per i giovani utenti.

“In definitiva, ciò che stiamo cercando di ottenere per i nostri figli è una solida base per la vita nell'era digitale, qualcosa che le aziende di social media e i giovani stanno iniziando a riconoscere e ad agire in tutto il mondo”, ha concluso Kluge.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=124562



<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1727251717.pdf>

Economia e sanità

Il Sole
24 ORE

Piano strutturale di bilancio: da Governo impegno a tenere la spesa in sanità oltre l'1,5% del Pil per 7 anni di Radiocor Plus

Sulla sanità il Governo “conferma l’impegno a tenere la spesa sopra all’1,5% in rapporto sul Pil previsto in media per i prossimi 7 anni”. Lo si apprende da fonti dell’Esecutivo al termine dell’incontro sul Psb con i sindacati, che si è tenuto a Palazzo Chigi.

Inoltre sui contratti di lavoro pubblico, c’è “l’impegno a recuperare i valori dell’inflazione, ovvero circa il 2% annuo”.

Altro tema, la conferma del “no” alla tassazione degli extraprofitti: il Governo, per bocca del ministro Giorgetti, ha auspicato «il contributo da parte di chi ha maggiormente beneficiato delle condizioni particolarmente favorevoli, escludendo che si debba pensare alle cosiddette ‘tasse sugli extraprofitti’.

Purtroppo - è stato osservato da parte del Governo - l’approccio della Commissione Europea non è di tipo espansivo e non sono state accolte le richieste italiane di considerare diversamente le spese per gli investimenti.

Il Piano strutturale di Bilancio sarà presentato alle Camere dopo un nuovo passaggio in Consiglio dei ministri venerdì. Lo si apprende sempre da fonti di Governo, al termine dell’incontro tra Esecutivo e sindacati sul prossimo Psb.

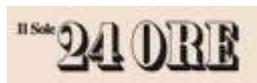
“Il Governo, nell’incontro odierno con i sindacati, - sottolineano le stesse fonti - ha rimarcato che la linea continuerà a essere prudente e responsabile, anche in considerazione delle criticità che caratterizzano l’attuale fase di transizione, in cui prosegue l’interlocuzione con la Commissione Europea”.

Il Psb sarà esaminato dall’Aula della Camera il prossimo 8 ottobre alle 15, secondo quanto stabilito dalla conferenza dei capigruppo di Montecitorio.

Il ministro dell’Economia, Giancarlo Giorgetti, potrebbe essere ascoltato in audizione dalle commissioni Bilancio congiunte nella giornata del 3 ottobre.

Solo dopo l’esame da parte delle Camere si passerà alla legge di bilancio.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-09-25/piano-strutturale-bilancio-governo-impegno-tenere-spesa-sanita-oltre-l-15per cento-pil-7-anni-182624.php?uuid=AGmMnOD&cmpid=nlqf>



Manovra/ Medici e infermieri: basta fare cassa sulla pelle del Ssn e dei professionisti

“Nessuno pensi di continuare a fare cassa sulla pelle del Servizio Sanitario Nazionale e dei suoi professionisti”. Non usano mezzi termini Pierino Di Silverio, segretario Anaa Assomed, Guido Quici presidente Cimo-Fesmed e Antonio De Palma, presidente Nursing Up che serrano le fila dei medici, dirigenti sanitari, infermieri e professioni sanitarie ex legge 43/2006, affinché al Governo arrivino chiare le loro richieste per la legge finanziaria 2025 che sarà presentata a fine settembre.

“Il nostro principale obiettivo – dichiarano Di Silverio, Quici e De Palma - è quello di favorire provvedimenti che risolvano il Ssn dallo stato di agonia in cui versa da anni e di rendere più appetibile le nostre condizioni di lavoro, mettendo un argine alle fughe di colleghe e colleghi molto prima dell’età di quiescenza”.

“Per questo – proseguono - affidiamo al Governo e al Parlamento i punti principali delle nostre rivendicazioni:

- investire nel Ssn non solo con finanziamenti, ma anche con leggi che ne consentano il rilancio;
- rendere appetibili le professioni sanitarie, con un piano di assunzioni che limiti il disagio;
- aumentare le retribuzioni prevedendo finanziamenti adeguati per il rinnovo dei contratti, incluso i sanitari dell’ospedalità privata, riconoscendo e distinguendo le risorse destinate alle specificità sanitarie.
- defiscalizzazione dell’indennità di specificità medica, raddoppio di quella infermieristica ed estensione alle Ostetriche.
- Adozione di seri provvedimenti tesi ad arrestare l’escalation delle aggressioni nelle strutture sanitarie.
- Contrattualizzazione degli specializzandi.
- Riconoscimento del carattere usurante delle professioni assistenziali.

La legge di bilancio non è l'unico ambito di intervento per riqualificare il Ssn. "Chiediamo una profonda riforma del Ssn ormai datata al 1992 con il decreto legislativo n. 502 non più compatibile con le profonde trasformazioni susseguitesesi nei decenni".

"Questo il nostro pacchetto di proposte - concludono Di Silverio, Quici e De Palma - che porteremo avanti con tutte le nostre forze.

"Chiediamo un forte impegno da parte del Governo che questa volta deve dimostrare se davvero intende difendere il diritto alla salute, unico principio espressamente dichiarato fondamentale nella Costituzione Italiana, o se intende portare alla deriva il nostro SSN. Noi ci comporteremo di conseguenza".

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2024-09-03/manovra-medici-e-infermieri-basta-fare-cassa-pelle-ssn-e-professionisti-134149.php?uuid=AFla4tgD&cmpid=nlqf>



Sondaggio Demopolis-Oxfam: sistema fiscale iniquo per l'85% degli italiani, crescono le disuguaglianze

[Luciano Cerasa](#)

Secondo l'85% per cento degli italiani il sistema fiscale è "poco o per niente" equo, il 63% chiede un riequilibrio dell'attuale tassazione spostandola dal lavoro ai redditi finanziari, ai profitti e ai grandi patrimoni e il 72% pensa che il principale strumento per contrastare la crescente, ingiusta disuguaglianza di trattamento tra i cittadini da parte dello Stato sia la lotta all'evasione e all'elusione fiscale.

Sono questi i principali risultati di un'indagine, condotta dall'Istituto Demopolis per Oxfam Italia nel mese di settembre, che ha sondato e analizzato percezioni e sensibilità dei cittadini sui temi della disuguaglianza economica, sull'incidenza del sistema fiscale e sull'opportunità di favorire un riequilibrio complessivo delle imposte per rafforzarne l'equità.

Il rapporto restituisce una visione per certi versi inedita, sono stati profilati anche gli elettori che non sono andati a votare, della percezione che gli italiani hanno della gestione della spesa pubblica e delle entrate che spiega anche la disaffezione verso la politica.

Solo il 20% ritiene che sia rispettato l'articolo 53 della nostra Costituzione, in base al quale tutti sono chiamati a concorrere "alle spese pubbliche in ragione della loro [capacità contributiva](#)" e secondo criteri di progressività e il 70% si dichiara favorevole a un'[imposta](#) europea sui grandi patrimoni che, secondo la proposta Oxfam appoggiata da Nens e Lef, si applicherebbe in Italia solo allo 0,1% più ricco della popolazione, circa 50mila persone con patrimoni superiori a 5,4 milioni di euro.

L'adesione all'applicazione della [tassa](#), per la quale è in corso una raccolta di firme anche in Italia per una legge di iniziativa europea "Tax the rich", raggiunge nel sondaggio il 73% tra i "non voto".

Il nesso sistemico che connette fiscalità e disuguaglianze si dimostra radicato nelle risultanze della ricerca, ma anche sfaccettato.

L'Italia è sempre più disuguale: nella percezione del 71% dei cittadini intervistati da Demopolis, negli ultimi 5 anni le disuguaglianze sono aumentate, e sono di natura per lo più economica, ma anche di [accesso](#) ai servizi, soprattutto quelli sanitari.

Nelle valutazioni dei cittadini, i grandi divari economici all'interno della società minacciano il futuro delle nuove generazioni e la coesione sociale (86%), la crescita economica (79%) e la qualità della democrazia (71%).

Per il 72%, la lotta ad evasione ed elusione fiscale potrebbe contribuire a ridurre le disuguaglianze oggi in

Italia. Ma servirebbe anche – per il 61% – un sistema fiscale più equo: che sia progressivo e non faccia disparità fra contribuenti nelle stesse condizioni economiche.

Nell'ascolto degli italiani, infatti, accanto alla vulgata secondo cui “le tasse sono troppo gravose in assoluto”, emerge la percezione che siano oggi violati i principi costituzionali di [capacità contributiva](#) e progressività. In questo contesto, secondo l'indagine Demopolis per Oxfam, 7 italiani su 10 sarebbero oggi favorevoli ad un'[imposta](#) europea sui grandi patrimoni: in Italia si applicherebbe ad appena lo 0,1% più ricco della popolazione, generando risorse utili per finanziare i crescenti bisogni sociali della popolazione e contenere le disuguaglianze.

La variabile principale di supporto all'iniziativa risiede infatti nella convinzione che tassare i grandi patrimoni possa offrire risorse aggiuntive vitali per finanziare politiche a sostegno della scuola, della sanità, dell'inclusione sociale e di una giusta transizione ecologica (68%).

Per il 56% si tratterebbe anche di rendere più equo il sistema fiscale italiano: di contenerne le storture.

Ma una pericolosa convinzione attraversa la metà del campione analizzato, delineando, in modo preoccupante, quanto persistente sia in seno alla popolazione la sfiducia nelle istituzioni: un italiano su due ritiene che la tassazione dei grandi patrimoni rischi di essere inutile perché lo Stato è inefficiente e sprecherebbe le risorse. Il 38% teme che tassare i grandi patrimoni sia un rischioso precedente che spianerebbe la strada per l'introduzione di un'[imposta](#) patrimoniale generalizzata che graverebbe sul ceto medio.

Quasi metà della popolazione (47%) non condivide tale timore.

L'approfondimento demoscopico trae ispirazione dall'iniziativa pubblica (promossa da Oxfam Italia) di raccolta firme per l'istituzione di un'[imposta](#) europea sui grandi patrimoni per generare risorse da destinare ad investimenti per l'inclusione sociale e ad una transizione ecologica giusta nei Paesi dell'Unione.

Vissuti ed opinioni dei cittadini italiani sui temi delle disuguaglianze

Come si sono evolute, dove si inverano e su che cosa impattano i divari

L'Italia non è uguale per tutti: non lo è nelle prestazioni del Welfare, né sul piano sociale ed economico. Inoltre, in un contesto di progressiva riduzione delle risorse pubbliche per i servizi, le disuguaglianze nel Paese crescono.

Secondo l'analisi condotta dall'Istituto Demopolis per conto di Oxfam Italia, per il 71% dei cittadini, le disuguaglianze in Italia sono aumentate negli ultimi 5 anni.

risultanze dell'indagine consentono di stilare anche una “graduatoria” delle dimensioni di disuguaglianza maggiormente percepite dall'opinione pubblica.

È il [reddito](#), per l'83% degli italiani, il principale ambito in cui si manifestano le più forti disuguaglianze nel Paese.

Con un dato in crescita esponenziale, inoltre, 7 intervistati su 10 segnalano che l'Italia è sempre più disuguale nell'[accesso](#) ai servizi sanitari: nella rilevazione condotta sul tema da Demopolis per Oxfam nel 2016, il dato si attestava al 54% (16 punti in meno rispetto ad oggi).

La maggioranza assoluta ricorda anche quanto pesino i divari nelle opportunità di [accesso](#) al mondo del lavoro (55%) e nella disponibilità dei patrimoni in seno al tessuto sociale italiano (51%).

Poco meno della metà del campione individua ambiti di disuguaglianza nella qualità dell'istruzione (46%) e nel risiedere in aree a differente tasso di sviluppo (43%).

Muovendo proprio dalla disamina degli ambiti di manifestazione dei divari fra le diverse Italie, l'indagine ha verificato gli impatti percepiti delle disuguaglianze economiche, ben oltre lo stretto ambito censuario.

Il percorso di analisi condotto da Demopolis, a partire dalla fase qualitativa di colloqui aperti con la popolazione, ha consentito di valutare il quadro complesso di preoccupazioni che attraversano l'opinione pubblica, proprio in ragione di una consapevolezza diffusa del peso delle disuguaglianze economiche che, nella convinzione quasi plebiscitaria degli intervistati (86%), impattano negativamente sul futuro delle nuove generazioni e sulla coesione sociale.

Per 8 su 10, le disuguaglianze compromettono la crescita economica; per il 71% rappresentano una minaccia al buon funzionamento della democrazia.

Il sistema fiscale italiano nella percezione dell'opinione pubblica non è

coerente con il dettato costituzionale

Il sistema fiscale italiano, nella percezione dei cittadini, lascia a desiderare su molti fronti; non ultimo, la mancata adesione al dettato costituzionale.

Secondo le analisi dell'Istituto Demopolis per Oxfam, gli orientamenti dell'opinione pubblica italiana sulle evoluzioni auspicabili per il sistema fiscale sono leggibili ma non unanimi, e non privi di distinguo.

Per migliorarne l'equità, il 63% degli intervistati incoraggia un riequilibrio dell'attuale tassazione, spostandola dal lavoro a redditi finanziari, profitti e grandi patrimoni.

Ma un quarto del campione oggi auspica un calo generalizzato delle tasse, proprio per tutti.

Nella percezione dell'opinione pubblica, si profila anche il tradimento da parte delle Istituzioni del dettato costituzionale. Solo per 1 cittadino su 5 (20%) è oggi rispettato l'art. 53 della Costituzione, in base al quale tutti dovrebbero essere chiamati a concorrere "alle spese pubbliche in ragione della loro [capacità contributiva](#)" e secondo criteri di progressività, anche richiedendo un contributo maggiore al crescere della condizione economica. Per il 41% è rispettato solo in parte. Per oltre il terzo degli intervistati (37%), oggi non lo è affatto.

E invece, il sistema fiscale italiano non è equo. Lo è poco o per niente, nelle valutazioni dell'85% della popolazione, perché non è effettivamente progressivo e fa disparità fra contribuenti nelle stesse condizioni economiche.

Un'imposta europea sui grandi patrimoni?

Come migliorare l'equità del sistema fiscale italiano e il ruolo dei "super ricchi"

Il sistema fiscale "perfetto" forse non esiste; ma anche le possibilità di renderne più equa la dinamica non registrano consensi unanimi. A partire dall'applicazione più corretta del principio di progressività, che è auspicata, ma non plebiscitariamente.

Secondo i risultati dell'indagine, per il 67% degli intervistati, oggi sarebbe preferibile aumentare il prelievo a carico dei più ricchi per garantire maggiori e migliori servizi pubblici.

Ma un quinto dei rispondenti caldeggia l'ipotesi di pagare tutti meno tasse e avere meno servizi pubblici, oggi maggioritariamente percepiti come incongrui, soprattutto nell'ambito delle prestazioni sanitarie e del welfare.

Che i "super ricchi" dovrebbero essere maggiormente chiamati a far fronte ai bisogni della collettività è convinzione della maggioranza assoluta degli italiani.

Secondo 2 intervistati su 3, dovrebbero farlo in forma strutturale, attraverso una tassazione fortemente progressiva.

Per il 16%, sarebbe sufficiente incentivare libere donazioni per attività filantropiche e di pubblica utilità. In questo contesto d'opinione, oggi 7 italiani su 10 intervistati da Demopolis per Oxfam, sarebbero favorevoli ad un'[imposta](#) europea sui grandi patrimoni.

In Italia si applicherebbe ad appena lo 0,1% più ricco della popolazione e potrebbe generare risorse utili per finanziare i crescenti bisogni sociali della popolazione e contenere le disuguaglianze.

Si tratta di un auspicio che attraversa trasversalmente le anime dell'opinione pubblica nazionale e che risulta minoritario (seppur prossimo al 50%) esclusivamente nei segmenti di elettorato ascrivibili alla maggioranza di governo, mentre supera il 70% dei consensi anche nella componente degli italiani che si dichiarano astensionisti.

Quanto pesa il sistema fiscale sulle disuguaglianze:

Prospettive e nessi causali relativi alla tassazione dei grandi patrimoni ed alla persistenza dei divari nel tessuto sociale

L'indagine Demopolis-Oxfam si è spinta ad analizzare le variabili che animano propensioni e contrarietà della popolazione rispetto alle ipotesi di tassazione dei grandi patrimoni, individuando tendenze d'opinione che raccontano anche le prospettive valoriali degli italiani.

Ad argomentare l'opportunità di nuove misure di giustizia fiscale, è innanzi tutto la convinzione che serva offrire risposte ai crescenti bisogni sociali e collettivi.

La variabile principale di supporto all'iniziativa risiede infatti nella convinzione che tassare i grandi patrimoni possa offrire risorse aggiuntive vitali per finanziare politiche a sostegno della scuola, della sanità, dell'inclusione sociale e di una giusta transizione ecologica (68%).

Per il 56% si tratterebbe anche di rendere più equo il sistema fiscale italiano: di contenerne le storture.

Ma una convinzione attraversa la metà del campione analizzato, delineando, in modo preoccupante, quanto persistente sia in seno alla popolazione la sfiducia nelle istituzioni: 1 italiano su 2 ritiene che la tassazione dei grandi patrimoni rischi di essere inutile perché lo Stato è inefficiente e sprecherebbe le risorse.

Il 38% teme che tassare i grandi patrimoni sia un rischioso precedente che spianerebbe la strada per l'introduzione di un'f patrimoniale generalizzata che graverebbe sul ceto medio.

Quasi metà della popolazione (47%) non condivide tale timore. Per 3 intervistati su 10, tassare i grandi patrimoni è un modo per demonizzare chi ha il merito di aver prodotto ricchezza.

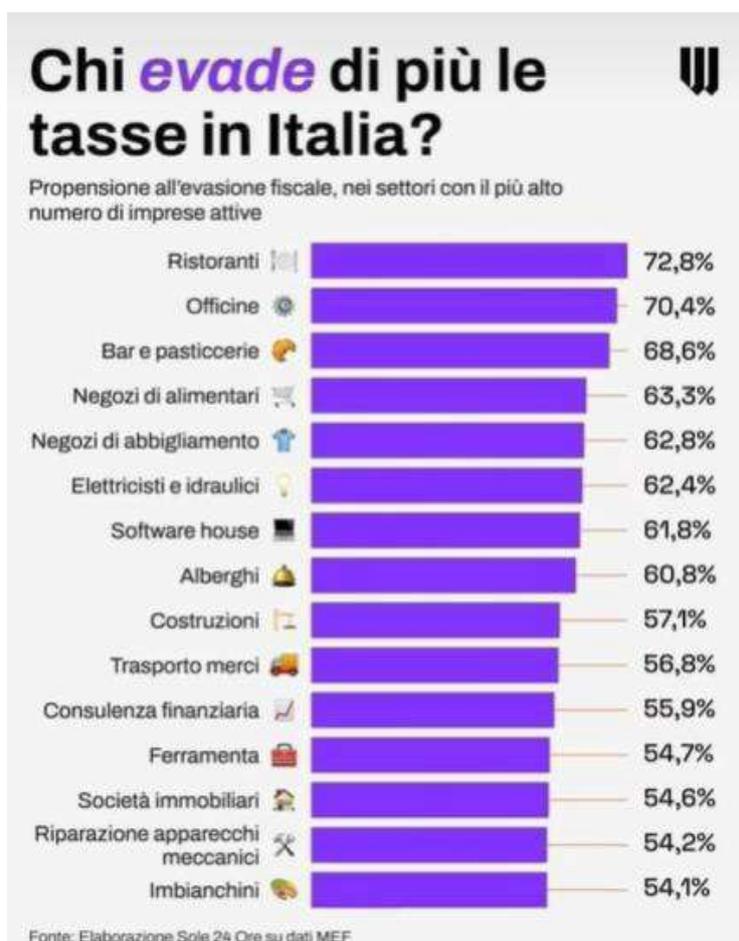
Nelle valutazioni circa le misure di contrasto alle disuguaglianze, il ruolo dei sistemi fiscali è pienamente riconosciuto dagli italiani.

Oggi, per il 72%, la lotta ad evasione ed elusione fiscale potrebbe contribuire a ridurre le disuguaglianze in Italia. Per circa 2 su 3, servirebbero politiche del lavoro che limitino il ricorso al precariato e assicurino condizioni di lavoro dignitose: perché un potente motore di disuguaglianza risiede nella bassa intensità e discontinuità delle prestazioni lavorative.

Per il 63%, sono urgenti maggiori investimenti pubblici in sanità, istruzione e welfare.

Ma servirebbe anche – per il 61% – un sistema fiscale più equo: che sia progressivo e non faccia disparità fra contribuenti nelle stesse condizioni economiche.

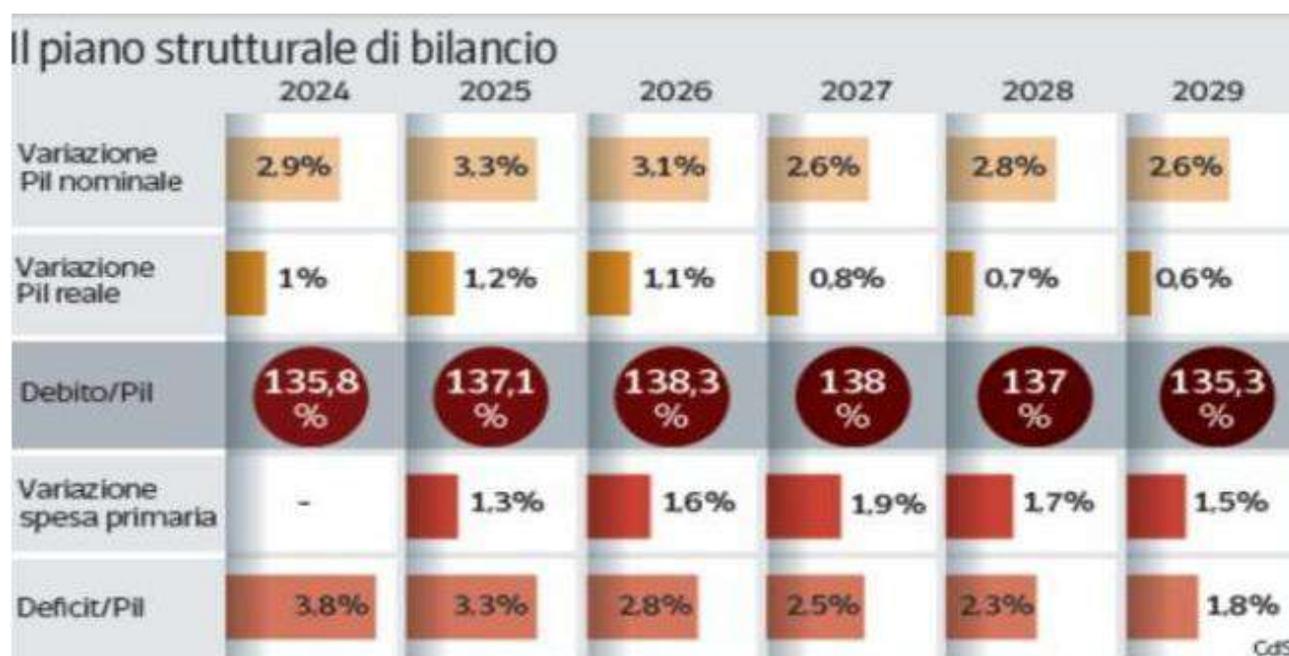
<https://www.fiscoequo.it/sondaggio-demopolis-oxfam-sistema-fiscale-iniquo-per-l85-italiani-crecono-le-disuguaglianze/>



Conti pubblici, il piano (a due velocità) del governo: spread giù e poca crescita

[Federico Fubini](#)

Il Piano strutturale di Bilancio racconta un'Italia debole che, malgrado le riforme e gli investimenti del Recovery, continuerà a indebolirsi complice la bassa produttività



Nell'ultimo anno i rendimenti dei titoli di Stato italiani a dieci anni si sono ridotti di 141 punti (1,41%), recuperando 31 punti sulla Spagna, 61 sulla Germania e 84 sulla Francia. In altri termini, malgrado l'esplosione del debito da Superbonus, i mercati hanno creduto nel controllo della finanza pubblica. Non fosse stato così, i buoni del Tesoro di Roma sarebbero stati toccati dal contagio francese, con i buoni del Trésor di Parigi sotto pressione per l'instabilità politica e il deficit in aumento.

Non è andata così. Gli spread italiani sono scesi, la prudenza di Giancarlo Giorgetti ha prodotto dei frutti. Non è un caso se il ministro dell'Economia la confermi ora nel Piano strutturale di bilancio: «Il sentiero di politica fiscale è credibile e prudente – scrive il ministro –. Disegna un percorso che consentirà di comprimere i tassi sul debito». Giorgetti parla di un Pbs che «si concentra sulla sostenibilità del sistema pensionistico e la qualità del sistema sanitario». Aggiunge anche che il Piano «rafforza le politiche per la famiglia, per sostenere la natalità». In realtà è improbabile che poche centinaia di milioni (magari una tantum) abbiano un impatto su una natalità che continua a calare soprattutto perché cala in Italia il numero di donne in età fertile.

La crescita in calo

Ma c'è un altro aspetto del Piano che lo rende diverso da tanti programmi precedenti dei governi, incluso l'attuale: il pessimismo sulla cilindrata del Paese. La crescita è stimata in calo anno dopo anno, dall'1,2% del 2025 allo 0,6% del 2029. In parte dev'essere cautela, ma il Psb racconta un'Italia debole che, malgrado le riforme e gli investimenti del Recovery, continuerà a indebolirsi.

I redditi degli italiani al palo

Il piatto forte della Manovra, la ricerca di coperture per 11 miliardi di euro di sgravi contributivi e 5 di riduzione dell'Irpef dei ceti medio-bassi, va visto in questa luce. Le misure in preparazione affrontano il male che consuma il motore di crescita del Paese o siamo ai palliativi? Di certo, il potere d'acquisto degli italiani da

tempo non fa che restare indietro. Stando ai dati della Banca mondiale, il reddito medio per abitante negli Stati Uniti era del 58% sopra a quello dell'Italia nel 1980, ma nel 2023 la distanza è quasi raddoppiata al 116%. Il reddito medio in Germania era del 7% superiore nel 1980 e nel 2023 aveva allungato a un più 26%. Effetti simili si vedono anche facendo la tara sul più basso costo della vita in Italia: gli italiani si sono impoveriti e ora hanno un disperato bisogno di recuperare potere d'acquisto.

La produttività bassa non aiuta le imprese a generare valore

Il governo di Giorgia Meloni, come quello di Matteo Renzi ed altri, ha reagito dando un po' di sollievo ai redditi medio-bassi con circa 16 miliardi del bilancio pubblico. Ora deve trovare chi paga, perché sono tornate le regole europee. Meno attenzione attira invece la ragione di fondo di quella perdita di potere d'acquisto: secondo Penn World Database, dal 1980 l'Italia ha perso 45 punti percentuali di produttività totale sulla Germania, 35 sugli Stati Uniti e 34 sulla Francia. L'arretramento relativo di salari, stipendi e pensioni è il frutto della difficoltà delle imprese nel generare ricchezza allo stesso ritmo delle concorrenti estere, in un'era di transizioni tecnologiche. Nient'altro.

Risorse dalle imprese ai ceti medio-bassi

Le coperture della Manovra vanno lette su questo sfondo. Gli sgravi Irpef vengono coperti abrogando l'Ace ("aiuto alla crescita economica"), una misura che incentivava gli imprenditori a mettere capitale proprio nelle aziende. Parte degli sgravi al cuneo saranno coperti con «contributi da parte di tutte le imprese che hanno guadagnato», ha detto Giorgetti. Si prospettano anticipi fiscali o prelievi su banche, assicurazioni, energia, farmaceutica, moda. In sostanza la manovra trasferisce risorse dalle imprese ai ceti medio-bassi.

Ma con quali effetti? I settori con più potere di mercato (banche, assicurazioni, energia) non potranno che reagire con una stretta al credito o scaricando sui consumatori una serie di rincari. Moda e farmaceutica rischiano di ridurre gli investimenti, come del resto tutti gli imprenditori privati dell'Ace. Ne risentirà la produttività, mentre un gradino di inflazione in più eroderà il potere d'acquisto degli italiani. Succede quando si curano i sintomi, non le cause.

https://www.corriere.it/economia/finanza/24_settembre_29/conti-pubblici-il-piano-a-due-velocita-del-governo-spread-giu-e-poca-crescita-49148e30-2082-4f39-8c62-d00e6acb3xlk.shtml

Istat, dalla revisione del Pil 2021-2023 quasi 100 miliardi in più: cosa cambia per la manovra

[Mario Sensini](#)

La revisione generale dei Conti economici nazionali: il Pil nominale 2021 è risultato superiore di 21 miliardi e nel 2022 e 2023 di 34 e 43 miliardi. Nel 2023 Pil dello 0,7%, 0,2 punti percentuali in meno della stima di marzo

ANDAMENTO DEL PIL IN VOLUME

anni 2008-2023, valori concatenati in miliardi di euro (anno di riferimento 2020) e variazioni percentuali annuali



I nuovi dati del Pil diffusi dall'Istat non modificano i programmi del Mef, che nelle prossime ore chiuderà il Piano strutturale di bilancio a sette anni. Il volume più elevato del prodotto interno lordo registrato sul 2021, 2022 e 2023, grazie a nuovi elementi statistici e criteri contabili, dà la misura di un'economia più forte, finalmente tornata ai livelli precedenti la crisi del 2007, ma aiuta solo da un punto di vista matematico. Molto più dei livelli, per stabilire il futuro percorso della finanza pubblica, contano le traiettorie e quelle sostanzialmente non cambiano.

Taglio del deficit necessario

La crescita del Pil del 2021 è stata rivista dall'8,3 all'8,9%, quella del 2022 dal 4 al 4,7%, quella del 2023 ridotta dallo 0,9 allo 0,7% e trainata essenzialmente dalle costruzioni nell'ultimo anno del Superbonus.

Dati i maggiori livelli che si registreranno anche sul Pil del 2024, ci potrebbe essere un piccolo effetto positivo di rimbalzo sul tasso di crescita.

L'indebitamento netto della pubblica amministrazione, il deficit, è un po' migliore del previsto: il deficit 2023 viene rivisto dal 7,4 al 7,2%. Anche questo cambia poco sul piano pratico: il Piano dovrà comunque prevedere una riduzione del deficit di mezzo punto di Pil, 12-13 miliardi l'anno, a prescindere dal punto di partenza.

Le incertezze sui dati

Il rapporto debito/Pil è invece ancora incerto. L'Istat ha ricalcolato il valore del Pil, ed i dati migliorano, ma la Banca d'Italia sta facendo lo stesso con quello del debito. I dati li diffonderà l'11 ottobre: per il momento, sulla base dell'aggiornamento Istat, il debito scende tra il '22 e il '23, dal 138,1 al 134,5% del Pil, mentre il Def indicava il 137,3%. Anche qui, cambia solo il punto di partenza, non la dinamica.

Incognita Eurostat

I margini di manovra della finanza pubblica che saranno delineati dal Piano, che arriverà mercoledì in Consiglio dei Ministri, nella sostanza, e al momento, non cambiano. Tanto più che molti numeri ancora ballano. Il 4 ottobre arriveranno, sempre dall'Istat, i conti della pubblica amministrazione (indebitamento, saldo primario e corrente) del secondo trimestre '24. E c'è sempre l'incognita di Eurostat.

Le Legge di Bilancio il 15 ottobre

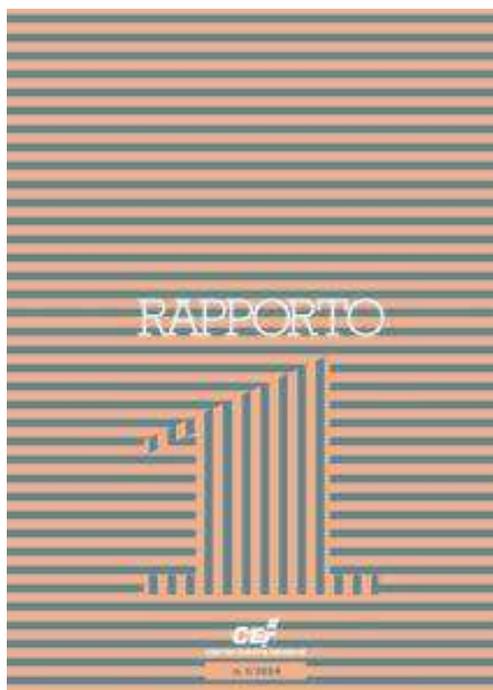
L'Istat ha già avviato l'interlocuzione con l'ufficio statistico comunitario, una «sessione di chiarimenti» sul trattamento contabile di varie poste del bilancio pubblico, compresi i crediti Superbonus, in vista della notifica formale alla Ue dei dati su deficit e debito del 2023, che avverrà il 20 ottobre. Quando il Piano di bilancio, dopo il parere del Parlamento atteso a inizio ottobre, sarà ormai a Bruxelles. Ma anche dopo la presentazione della Legge di Bilancio 2025, che avverrà il 15 ottobre.

https://www.corriere.it/economia/finanza/24_settembre_23/istat-dalla-revisione-del-pil-2021-2023-quasi-100-miliardi-in-piu-come-cambiano-i-conti-7634955b-7f79-4f5e-9ee6-2a2490dc1x1k.shtml



Rapporto CER 1/2024

Publicato il [6 Agosto 2024](#) Archiviato in: [Rapporti CER 2024](#)



La pausa estiva vede l'economia italiana allineata alle previsioni di crescita assunte nel DEF per il 2024, ma per il 2025 si delinea la probabilità di un rallentamento.

Nell'aggiornamento della previsione che illustriamo in questo Rapporto la stima sull'incremento del prodotto nel prossimo anno viene infatti ribassata allo 0,6% (due decimi in meno rispetto alla nostra precedente valutazione e sei decimi al di sotto del dato programmatico).

La variazione del Pil è poi attesa risalire allo 0,8% nel 2026, per stabilizzarsi allo 0,7% nel 2027. Considerando il triennio nel suo insieme, prevediamo un aumento cumulato del Pil del 2,1%, a fronte del 3,2% indicato dal governo. Stimiamo inoltre che il principale contributo alla crescita provenga dai consumi delle famiglie (1,3 punti nel periodo), mentre la spinta fornita dagli investimenti scenderebbe a tre decimi di punto, con un apporto sostanzialmente nullo proveniente dalle esportazioni nette.

In senso moderatamente positivo agirebbe anche il ciclo delle scorte, con un contributo di 5 decimi concentrato nel biennio 2025-26.

Punti qualificanti della previsione sono poi un attivo di parte corrente stabilmente al di sopra dei 50 miliardi di euro, un tasso di disoccupazione che a fine periodo tornerebbe al punto di minimo toccato nel lontano 2007-2008 il rientro dell'inflazione all'obiettivo del 2% e la discesa dell'indebitamento pubblico al di sotto del 3%.

<https://www.centroeuropearicerche.it/rapporti/rapporto-cer-1-2024/>

quotidianosanità.it

Più risorse per la sanità, monitoraggio della spesa, assunzioni e potenziamento territorio anche con partnership pubblico-privato. Ecco cosa prevede il Piano strutturale di bilancio

Luciano Fassari.

Previsto anche il riordino della sanità integrativa, la promozione di stili di vita sani e azioni di contrasto all'antibiotico resistenza. Il Mef ha confermato che la spesa sanitaria salirà oltre del target dell'1,5% previsto dal Patto con Bruxelles ma numeri certi ancora non ce ne sono.

30 SET -

Più risorse per la sanità, monitoraggio più attento della spesa, assunzioni e potenziamento territorio anche con partnership pubblico-privato. E anche riordino della sanità integrativa, promozione di stili di vita sani e contrasto all'antibiotico resistenza. Sono alcune delle riforme contenute nel Piano strutturale di bilancio appena trasmesso dal Governo al Parlamento.

Sulle risorse per la sanità il Ministro dell'Economia, Giancarlo Giorgetti ha confermato l'impegno a tenere la spesa sopra al target di aumento per quella pubblica dell'1,5% in rapporto sul Pil fino al 2031 (per il 2025 il limite sarà l'1,3%). "Il Governo - si legge nel PSB si impegna a salvaguardare il livello della spesa sanitaria assicurandone una crescita superiore a quella dell'aggregato di spesa netta" Cifre al momento non ce ne sono (nel Psb si indicano le previsioni di spesa a legislazione vigente) ma ciò potrebbe voler dire un aumento per il 2025 di circa 2-3 miliardi compreso il miliardo in più già previsto dalla scorsa manovra. Ma non solo risorse nel Piano strutturale di bilancio il Governo definisce anche le riforme e le iniziative che intende intraprendere per rafforzare il Ssn.

"Il potenziamento del servizio sanitario nazionale- si legge nella bozza di PSB - e della rete di protezione e inclusione sociale è stato al centro dell'azione del Governo negli ultimi anni. Per gli anni a venire, il Governo si impegna a proseguire in questa direzione"

Nello specifico il Governo vuole "perseguire il potenziamento di alcune delle misure per il sistema sanitario nazionale che si sono rivelate più impattanti, tra cui l'efficientamento delle reti di medicina generale, delle reti di prossimità, delle strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale (Case della Comunità, le Centrali Operative e degli Ospedali della Comunità), nonché della digitalizzazione dei Dipartimenti di

emergenza e accettazione di I e II livello oltre che all'ammodernamento delle grandi apparecchiature sanitarie".

Essenziale poi è anche "l'estensione degli investimenti sulla ricerca e per la formazione e lo sviluppo delle competenze tecniche, professionali digitali e manageriali del personale del sistema sanitario".

E ancora per permettere un maggiore efficientamento della sanità italiana il Governo intende:

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

C'è spazio anche per modifiche ai criteri del riparto delle risorse per il Servizio Sanitario Nazionale, dove si vuole "valutare interventi di potenziamento delle aree meno sviluppate, anche con il supporto delle best practice regionali (trasferimento delle conoscenze e delle tecnologie, sviluppo di competenze, apprendimento dai punti di forza di altre parti del SSN che performano meglio per agevolare la riduzione dei bassi standard), al fine di superare i divari territoriali, implementando appieno anche le riforme previste dal PNRR".

Prevista anche "l'individuazione di meccanismi per aggiornare i Livelli Essenziali di Assistenza al fine di garantire ai cittadini una offerta di prestazioni sempre più ampia e corrispondente alle reali richieste di salute. Nel contempo, si sosterrà l'innovazione e la sostenibilità attraverso oculati processi di disinvestimento da pratiche obsolete o addirittura dannose (cd. de-listing)".

C'è spazio anche per la prevenzione. "Col fine di migliorare il benessere dei cittadini – prosegue il PSB - e ridurre le spese, si intende iniziare una serie di progetti innovativi per incentivare stili di vita sani, sia mediante programmi di informazione sul territorio nazionale relativi ai rischi legati alla sicurezza alimentare e nutrizionale, che la riorganizzazione dei servizi di dietetica e nutrizione clinica, con sviluppo dei percorsi finalizzati alla prevenzione nutrizionale, allo screening del rischio e valutazione dello stato nutrizionale. Un secondo ambito di grande importanza è disincentivare l'abuso di antibiotici per contrastare l'antibiotico resistenza. Infine, è rilevante istituire strumenti di controllo per diminuire l'impatto ambientale derivante dall'uso di fitosanitari e al contempo assicurare la tutela dei consumatori".

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=124659



Italia
2025-2029

**PIANO STRUTTURALE DI BILANCIO
DI MEDIO TERMINE**

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1727589956.pdf>

Draghi, ecco il piano per far ripartire l'Europa: servono 800 miliardi l'anno. "Sfida esistenziale"

dal nostro corrispondente Claudio Tito



Mario Draghi, già presidente del Consiglio in Italia e governatore della Bce, è stato incaricato da Ursula von der Leyen di redigere il Rapporto sulla competitività della Ue (ansa)

L'ex governatore della Bce spiega il suo rapporto: innovazione, decarbonizzazione e Difesa. "Servono 5 punti di Pil di investimento aggiuntivo all'anno", più del doppio del Piano Marshall. Ecco perché è imprescindibile un maggior coordinamento, ma anche un "finanziamento comune"

BRUXELLES – Innovazione, transizione ecologica ed energetica e Difesa. Sono questi i tre settori su cui l'Ue deve puntare per affrontare e vincere la sfida della competitività e della globalizzazione. Mario Draghi non ha dubbi e presentando il suo Rapporto indica le chiavi per consentire all'Europa di tornare a crescere e rimanere un punto di riferimento globale. "Quello che non possiamo fare – avverte - è non andare avanti" perché "questa è una sfida esistenziale". Nella consapevolezza che servono miliardi di investimento almeno il 5 per cento del Pil annuo. Misure che fanno pensare – senza che Draghi lo dica esplicitamente - alla necessità di ricorrere ad altre forme di debito pubblico comune.

[\[\[gele.Finegil.StandardArticle2014v1\) A_162926866A_162926866\]\]](#)

La premessa è sempre la stessa: l'Unione da oltre venti anni non cresce e il prezzo lo hanno pagato le famiglie. Un esempio: il reddito disponibile è cresciuto negli Usa di più del doppio rispetto al Vecchio Continente. Eppure "il rallentamento della crescita è stato visto come un inconveniente, non come una calamità" perché "gli esportatori europei sono riusciti a conquistare quote di mercato nelle parti del mondo in più rapida crescita, in particolare in Asia". La disoccupazione è calata dal 2010 e questo ha offerto la sensazione di benessere associata alla protezione militare offerta dagli States che "ha liberato i bilanci della difesa da spendere in altre priorità". Ma quel "paradigma sta svanendo": la concorrenza globale è aumentata, l'energia – a causa della Russia – costa di più, il cambiamento tecnologico ha aumentato il divario con gli Usa: "Solo quattro delle 50 principali aziende tecnologiche del mondo sono europee".

In più il calo demografico non supporta la crescita come in passato. Entro il 2040 ci saranno almeno 2 milioni di lavoratori in meno.

Servono il doppio degli investimenti del Piano Marshall

[Tutto questo reclama investimenti, tanti miliardi:](#) "Per digitalizzare e decarbonizzare l'economia e aumentare la nostra capacità di difesa, la quota di investimenti in Europa dovrà aumentare di circa 5 punti percentuali del PIL". Per fare un confronto: il Piano Marshall tra il 1948 e il 1951 ammontava a circa l'1-2% del Pil annuo. Nel dettaglio, "il fabbisogno finanziario necessario all'Ue per raggiungere i suoi obiettivi è enorme" e per raggiungere gli obiettivi indicati nel rapporto "sono necessari almeno 750-800 miliardi di euro di investimenti aggiuntivi annui, secondo le ultime stime della Commissione, pari al 4,4-4,7% del Pil dell'Ue nel 2023".

"Se l'Europa non può diventare più produttiva – avverte l'ex presidente della Bce -, saremo costretti a scegliere. Non saremo in grado di diventare, allo stesso tempo, un leader nelle nuove tecnologie, un faro di responsabilità climatica e un attore indipendente sulla scena mondiale. Non saremo in grado di finanziare il nostro modello sociale. Dovremo ridimensionare alcune, se non tutte, le nostre ambizioni. Questa è una sfida esistenziale".

Secondo Draghi, i valori fondamentali dell'Europa restano “la prosperità, l'equità, la libertà, la pace e la democrazia in un ambiente sostenibile” e se non sarà più in grado di fornirle ai suoi cittadini – o dovrà scambiare gli uni contro gli altri – avrà perso la sua ragione d'essere”.

L'intervista

Quindi vengono individuate tre aree di azione per risollevare il Vecchio Continente in cui intervenire “collettivamente”.

Le tre aree per rilanciare l'Europa

Quindi in primo luogo l'innovazione.

Va colmato il divario con Usa e Cina. L'Europa ha una industria “statica”: “Non esiste una società dell'UE con una capitalizzazione di mercato superiore a 100 miliardi di euro che sia stata creata da zero negli ultimi cinquant'anni, mentre tutte e sei le società statunitensi con una valutazione superiore a 1 trilione di euro sono state create in questo periodo”.

La conseguenza è che le nostre imprese investono in meno in innovazione perché specializzate in tecnologie mature. In più, avvisa l'ex premier italiano, “le imprese innovative che vogliono espandersi in Europa sono ostacolate in ogni fase da normative incoerenti e restrittive” e così molti imprenditori preferiscono investire in America: “Tra il 2008 e il 2021, quasi il 30% degli "unicorni" fondati in Europa – startup che hanno poi raggiunto un valore di oltre 1 miliardo di dollari – ha trasferito la propria sede all'estero, con la stragrande maggioranza che si è trasferita negli Stati Uniti”. Questo ha un effetto devastante anche sull'impatto che può avere l'Intelligenza artificiale. Settore su cui rischiamo di rimanere drammaticamente indietro.

Il secondo settore d'azione è il clima con un piano congiunto per la decarbonizzazione e la competitività.

“Se gli ambiziosi obiettivi climatici dell'Europa saranno accompagnati da un piano coerente per raggiungerli – è la sua posizione - , la decarbonizzazione sarà un'opportunità per l'Europa.

Ma se non riusciamo a coordinare le nostre politiche, c'è il rischio che la decarbonizzazione possa andare contro la competitività e la crescita”.

L'energia elettrica costa ancora il triplo che negli Usa.

E poiché l'energia non pulita ci sarà ancora per diversi anni “senza un piano per trasferire i benefici della decarbonizzazione agli utenti finali, i prezzi dell'energia continueranno a pesare sulla crescita”. A suo giudizio, dunque, “l'Ue si trova di fronte a un possibile compromesso. Aumentare la dipendenza dalla Cina può offrire la strada più economica ed efficiente per raggiungere i nostri obiettivi di decarbonizzazione.

Ma la concorrenza sponsorizzata dallo Stato cinese rappresenta anche una minaccia per le nostre industrie produttive di tecnologie pulite e automobilistiche”.

“La decarbonizzazione – prosegue - deve avvenire per il bene del nostro pianeta. Ma perché diventi anche una fonte di crescita per l'Europa, avremo bisogno di un piano congiunto che abbracci i settori che producono energia e quelli che consentono la decarbonizzazione, come le tecnologie pulite e l'automotive”.

Il terzo settore d'azione è la Difesa. La sicurezza è un presupposto imprescindibile in uno scenario globale che sta diventando sempre più minaccioso. Per questo non si può dipendere da Pechino ad esempio per la fornitura di chip la cui produzione è per quasi il 90 per cento in Asia.

L'America ha imboccato una strada di indipendenza da questo punto di vista e l'Europa ha bisogno di una vera e propria “politica economica estera”, sostiene Draghi: “Solo insieme possiamo creare la leva di mercato necessaria per fare tutto questo”. Ma per questo serve la pace. L'Ue è il secondo investitore in Difesa ma separatamente e questo non si riflette concretamente nelle nostre capacità.

“L'industria della difesa – spiega Draghi - è troppo frammentata, il che ostacola la sua capacità di produrre su larga scala, e soffre di una mancanza di standardizzazione e interoperabilità delle attrezzature, che indebolisce la capacità dell'Europa di agire come potenza coesa. Ad esempio, dodici diversi tipi di carri armati sono prodotti in Europa, mentre gli Stati Uniti ne producono solo uno”.

Serve dunque concentrare gli sforzi, impegnare risorse comuni. Il 78 per cento della spesa militare è stata appaltata ad aziende non europee. “Allo stesso modo – rileva - non collaboriamo abbastanza all'innovazione,

anche se gli investimenti pubblici in tecnologie innovative richiedono grandi capitali e le ricadute per tutti sono sostanziali". Ossia, l'Ue non si coordina. Ed è troppo lenta nelle decisioni: 19 mesi di media per approvare una legge.

In molti settori – osserva l'ex banchiere centrale - l'UE può ottenere molto adottando un gran numero di misure più piccole, ma in modo coordinato che allinei tutte le politiche verso l'obiettivo comune. In altri settori, sono necessari un piccolo numero di passi più grandi, delegando a livello dell'UE compiti che possono essere svolti solo lì. In altri settori ancora, l'UE dovrebbe fare un passo indietro, applicando il principio di sussidiarietà in modo più rigoroso e riducendo l'onere normativo che impone alle società dell'UE".

Il "finanziamento comune"

Poi però c'è la domanda delle domande: come finanziare tutto questo? Intanto progredire con il mercato unico dei capitali. E poi serve un "finanziamento comune". Draghi non lo dice ma il riferimento a nuove forme di debito comune e formule simili al Recovery Fund appaiono implicite.

"Questa relazione – sintetizza Draghi - arriva in un momento difficile per il nostro continente. Dovremmo abbandonare l'illusione che solo la procrastinazione possa preservare il consenso.

In realtà, la procrastinazione ha solo prodotto una crescita più lenta, e certamente non ha ottenuto più consenso. Siamo arrivati al punto in cui, senza interventi, dovremo compromettere il nostro benessere, il nostro ambiente o la nostra libertà". Quindi, urgono riforme e bisogna aumentare la "cooperazione".

"Mai in passato – è il suo ultimo monito - le dimensioni dei nostri paesi sono apparse così piccole e inadeguate rispetto alle dimensioni delle sfide. Ed è da molto tempo che l'autoconservazione non è più una preoccupazione comune. Le ragioni di una risposta unitaria non sono mai state così convincenti – e nella nostra unità troveremo la forza per riformare".

https://www.repubblica.it/economia/2024/09/09/news/innovazione_decarbonizzazione_difesa_draghi_presenta_i_tre_assi_per_il_rilancio_delleuropa_sfida_esistenziale-423487424/?ref=RHLF-BG-P3-S1-T1



Ue, Mario Draghi presenta il rapporto sulla competitività: "Serve cambiamento radicale e urgente"

L'ex premier italiano ed ex presidente della Banca centrale europea ha presentato il rapporto sulla competitività dell'Ue chiesto dalla presidente della Commissione europea Ursula von der Leyen per risollevere l'economia del blocco

Il cambiamento deve essere "radicale", "urgente e concreto" e bisogna "puntare sulla crescita e la produttività", ha detto lunedì a Bruxelles l'ex primo ministro italiano ed ex presidente della Banca centrale europea, Mario Draghi, durante la conferenza stampa di presentazione del [rapporto sulla competitività dell'Unione Europea](#).

Assieme alla presidente della Commissione europea Ursula von der Leyen, che lo ha brevemente introdotto, Draghi ha spiegato i passi da compiere per risollevere l'economia del blocco.

"Perché ci importa la crescita? Perché ha a che fare con i nostri valori fondativi, la prosperità, l'uguaglianza, la libertà, la pace e la democrazia in un ambiente sostenibile. Dobbiamo assicurarci che gli europei ne beneficino", ha ricordato Draghi.

"Dobbiamo capire che diventeremo sempre più piccoli verso le sfide da affrontare. Una risposta unificata non è mai stata più obbligatoria. Per la prima volta dalla Guerra fredda dobbiamo temere per la nostra autoconservazione", ha avvisato Draghi.

I tre pilastri della competitività di Draghi: innovazione, decarbonizzazione e sicurezza degli approvvigionamenti

"Fino a qualche tempo fa, non avremmo avuto questa conversazione. Non possiamo ignorare che le condizioni sono cambiate. La crescita ha rallentato per un lungo periodo e ora il quadro del commercio globale è cambiato. La Cina sta competendo con noi su mercato globale. La popolazione è destinata a continuare a calare e ora più che mai dobbiamo puntare sulla produttività", ha continuato Mario Draghi, che è poi passato al primo dei pilastri del suo rapporto, l'innovazione, soprattutto in relazione al gap con gli Stati Uniti.

Il secondo ambito di intervento è rappresentato dalla decarbonizzazione, senza rinunciare a un aumento della competitività, mentre il terzo concetto chiave è quello di un aumento della sicurezza degli approvvigionamenti per ridurre le dipendenze dall'esterno.

Riferendosi al rapporto, Draghi lo ha definito come "granulare e concreto: contiene 170 proposte concrete a livello generale poi declinate in sottoproposte di vario tipo. Non partiamo da zero, ma abbiamo la speranza di poter realizzare tutto quello che indichiamo nel rapporto".

I giornalisti hanno rivolto domande anche alla presidente von der Leyen, in particolare sulla possibilità di introdurre Eurobond per finanziare progetti comuni europei: "Fondi comuni saranno necessari per alcuni progetti comuni. Significa contributi nazionali, quindi bilancio europeo, e nuove risorse proprie".

Le conclusioni di Enrico Letta e le reazioni contrastanti degli europarlamentari

Le conclusioni arrivano in un momento chiave del ciclo politico dell'Ue, pochi giorni prima che von der Leyen [nomini i nuovi commissari](#). Proprio la presidente della Commissione aveva dato mandato a Draghi un anno fa di capire come risolvere l'economia dell'Ue, soprattutto in relazione al crescente divario di produttività con gli Stati Uniti. L'economia americana è oggi più grande del 50% rispetto a quella dell'Ue, nonostante 15 anni fa le due economie fossero alla pari.

In precedenza, [il contenuto del suo rapporto](#) era già in parte trapelato, in base a dichiarazioni precedenti dello stesso Draghi e di un altro ex presidente del Consiglio italiano, Enrico Letta, che era stato incaricato di trovare il modo di potenziare il mercato unico dell'Ue. Molti dei concetti chiave del rapporto, infatti, potrebbero rifarsi alle sue conclusioni.

Le linee guida del rapporto Draghi saranno probabilmente contestate da esponenti della destra, che sosterranno che Draghi ha ignorato l'impatto dell'immigrazione, e da esponenti della sinistra, che affermano che l'ex premier italiano sta cercando di deregolamentare e tagliare i salari dei lavoratori.

Ma dovrà anche superare l'inerzia istituzionale: molti definiscono il rapporto un campanello d'allarme per una Bruxelles compiacente

<https://it.euronews.com/my-europe/2024/09/09/ue-mario-draghi-presenta-il-rapporto-sulla-competitivita-serve-cambiamento-urgente-e-concr>

la Repubblica

Così il rapporto Draghi detta l'agenda alla nuova Commissione europea

Catherine E. De Vries *

Le lettere di missione ai futuri commissari suggeriscono che il rapporto di Draghi abbia già influenzato le priorità politiche definite da Ursula von der Leyen

24 Settembre 2024 alle 09:00 4 minuti di lettura

* *Politologa, presidente dell'Institute for European Policymaking at Bocconi University*

Ursula von der Leyen, la presidente confermata della Commissione europea, [ha indicato la sua nuova squadra](#). Dopo aver superato l'ostacolo delle audizioni al Parlamento Europeo, il nuovo collegio dei commissari avrà un lavoro arduo da svolgere. La necessità di riforme importanti è rafforzata dalle guerre in corso in Ucraina e Gaza e dal rapido cambiamento del panorama geo-economico, con le crescenti tensioni tra Cina e Stati Uniti. Nel molto atteso [rapporto sul futuro della competitività dell'Europa](#), l'ex presidente della Banca centrale europea ed ex primo ministro italiano, Mario Draghi, non ha esitato a prendere una posizione netta e chiedere una profonda revisione delle politiche europee.

Se l'Ue non cambia rotta e non diventa più produttiva aumentando gli investimenti - questo il messaggio di Draghi - il continente sarà condannato a un ulteriore declino e i politici saranno chiamati a prendere decisioni molto difficili.

Se l'Ue non riuscirà ad aumentare la sua competitività e rimarrà bloccata su una traiettoria di crescita lenta o nulla, non sarà in grado di raggiungere i suoi obiettivi principali, ossia garantire il benessere, la libertà, la pace e la sicurezza per i suoi cittadini.

L'impatto del rapporto

Il rapporto Draghi ha ricevuto un'accoglienza ambivalente. Mentre i gruppi ambientalisti, per esempio, lo hanno criticato per la mancanza di ambizione nel combattere il cambiamento climatico, il settore finanziario ha accolto favorevolmente l'invito a massicci investimenti per stimolare la crescita e l'innovazione.

Gran parte del dibattito politico sul rapporto si è concentrato su come finanziare ulteriori investimenti - stimati in almeno 800 miliardi di euro all'anno (circa il 4,5% del PIL dell'Ue) - per investire in decarbonizzazione, digitalizzazione e difesa. [Il tema del prestito comune, di cui Draghi è da tempo sostenitore](#), è sempre stato un punto dolente all'interno dell'Ue.

Sin dalla crisi finanziaria del 2008, l'idea di condividere i debiti ha visto contrapposti i paesi del Nord contro quelli del Sud. Il fondo per la ripresa post-pandemica, Next Generation, prevedeva prestiti comuni, ma con una base legale soltanto temporanea, come ribadito dalla Corte Costituzionale tedesca di recente.

La discussione sui pregi e i difetti degli investimenti e dei prestiti, e sull'eventuale necessità di una modifica dei Trattati, trascura un punto importante: il rapporto Draghi ha già avuto un impatto e ha influenzato l'agenda della presidente della Commissione Ursula von der Leyen e della sua nuova squadra.

Basta leggere con attenzione le "le lettere di missione", che vengono inviate dalla presidente della Commissione a ciascun commissario designato e delineano il titolo e il contenuto del portafoglio di ciascun commissario.

Effetto Draghi sui portafogli

La prima cosa da notare è che [i titoli dei commissari hanno subito un cambiamento](#) significativo rispetto alla Commissione 2019-2024. E alcuni dei principali cambiamenti nei titoli mostrano una notevole somiglianza con le priorità delineate nel rapporto Draghi.

[Uno dei posti chiave nella nuova Commissione](#), la Concorrenza, che sarà occupato dall'ex ministra spagnola Teresa Ribera, ne è un esempio.

A differenza della sua predecessora, la danese Margrethe Vestager, il cui mandato era per realizzare "un'Europa pronta per l'era digitale e la concorrenza", il titolo della commissaria designata Ribera si concentra su "una transizione pulita, giusta e competitiva".

Il legame tra clima, competitività e crescita si trova anche nella descrizione del titolo del Commissario designato, Wopke Hoekstra, dei Paesi Bassi, "per il clima, zero emissioni nette e crescita pulita, responsabile anche della tassazione".

Questi cambiamenti si adattano alla seconda area di azione delineata nel rapporto Draghi, cioè l'impegno dell'Ue per un "piano comune per la decarbonizzazione e la competitività".

Segnala un cambiamento dalla visione degli ambiziosi obiettivi climatici dell'Europa come un fine in sé per affrontare il cambiamento climatico a una visione della decarbonizzazione attraverso la lente dello stimolo alla crescita e all'innovazione, soprattutto nel settore delle tecnologie pulite.

Questo nuovo focus evidenzia anche il rischio di eccessiva regolamentazione e di [costi elevati](#) per le imprese, che potrebbero far sì che la decarbonizzazione sia in contrasto con maggiore competitività e crescita.

Altri segnali dell'impatto del rapporto Draghi sull'agenda della Commissione sono sull'imprenditorialità e l'innovazione nel mandato della Commissaria designata bulgara, Ekaterina Zaharieva, "per le startup, la ricerca e l'innovazione", e il mandato del Commissario designato lettone, Valdis Dombrovskis, "per l'economia e la produttività; attuazione e semplificazione".

Nel caso di quest'ultimo, non solo è evidente il legame esplicito con la produttività, l'aumento della quale è un pilastro chiave delle proposte contenute nel rapporto Draghi, ma anche il focus su una più fluida attuazione e semplificazione delle regole, in riferimento all'appello di Draghi per "ridurre gli oneri amministrativi e regolamentari" nell'Ue.

Il legame tra lettere di missione e priorità politiche

Ci sono anche collegamenti percepibili tra il contenuto delle lettere di missione inviate dalla presidente della Commissione Ursula von der Leyen e le azioni suggerite dal rapporto Draghi.

Ad esempio, la prima parte della lettera di missione che espone le priorità della nuova Commissione nel suo complesso non solo fa esplicito riferimento al rapporto Draghi ([e anche al rapporto dell'ex primo ministro italiano Enrico Letta sul mercato unico](#)), ma evidenzia anche l'ambizione di questa Commissione di creare "una Unione degli Investimenti" con un "bilancio più semplice, più focalizzato e a lungo termine" che consenta una "migliore attuazione" e "regole più semplici".

Nella descrizione dei portafogli di commissari chiave, come Ribera per la Concorrenza, la decarbonizzazione è esplicitamente inquadrata in termini di una strategia di crescita e industriale. Ribera, insieme al vicepresidente esecutivo per la Prosperità e la strategia industriale, il francese Stéphane Séjourné, e al Commissario designato per il clima Hoekstra, è responsabile di "sbloccare investimenti, creare mercati leader per le tecnologie pulite e mettere in atto le condizioni affinché le aziende possano crescere e competere".

Il rapporto Draghi fa esplicito riferimento ai vantaggi competitivi delle aziende europee nelle tecnologie pulite e a come l'Ue dovrebbe sostenere la loro crescita e capacità di competere in futuro.

Nella stessa lettera di missione a Ribera, si fa esplicito riferimento al rapporto Draghi e al suo focus sui prezzi energetici elevati come ostacolo alla crescita.

Ridurre i prezzi dell'energia dovrebbe diventare un punto chiave del mandato di Ribera. Riferimenti simili alla necessità di concentrare gli sforzi dell'Unione sulla competitività attraverso una strategia industriale e investimenti si trovano nella lettera di missione al Commissario designato Valdis Dombrovskis.

Altri esempi dell'influenza del rapporto Draghi sono il focus su una Difesa europea come mezzo per vantare la competitività industriale dell'Europa e il supporto alla ricerca e all'innovazione sull'intelligenza artificiale nei portafogli della vicepresidente finlandese Henna Virkkunen per la "Sovranità tecnologica, sicurezza e democrazia" e del Commissario designato lituano per lo "Spazio e la difesa", Andrius Kubilius.

Mentre il focus della nuova Commissione si cristallizzerà nei mesi e negli anni a venire, al momento le lettere di missione per i futuri Commissari suggeriscono che il rapporto di Mario Draghi sia stato decisivo nella definizione delle priorità politiche come delineate dalla presidente della Commissione Ursula von der Leyen. Solo il tempo dirà se la nuova squadra di commissari riuscirà a tradurre queste ambizioni in azioni politiche concrete.

https://www.repubblica.it/economia/2024/09/24/news/cosi_il_rapporto_draghi_detta_l_agenda_a_ll_a_nuova_commissione_europea-423517046/?ref=RHLF-BG-P21-S3-T1

Istat, rivista al ribasso la crescita 2023. Giù il rapporto deficit/Pil

L'istituto rivede al rialzo il dato nominale per il 2021, 2022 e 2023 con effetti anche sulle variazioni dei tassi di crescita. Migliora anche il rapporto debito/Pil.

MILANO – L'Istat rivede al ribasso il tasso di crescita Pil nel 2023, ma per effetto di un ritocco al rialzo più robusto nei due anni precedenti del dato nominale e leggermente meno lo scorso anno. In sostanza il minor tasso di crescita nel 2023 maschera comunque una buona notizia per i conti pubblici: l'economia nell'ultimo triennio si è rafforzata di più di quanto inizialmente stimato, lasciando anche probabilmente una piccola dote in più al governo in vista della prossima Manovra.

Lo scorso anno il tasso di variazione del prodotto interno lordo in volume è pari a 0,7%, 0,2 punti percentuali in meno rispetto alla stima del marzo scorso.

Lo rende noto l'Istat in base alla revisione generale dei Conti economici nazionali.

Sulla base dei nuovi dati, nel 2022 il Pil in volume è aumentato del 4,7%, al rialzo di 0,7 punti percentuali, nel 2021 è cresciuto dell'8,9%, con una revisione di +0,6 punti percentuali.

La correzione al ribasso è come detto figlia però di un miglioramento del dato nominale.

“Rispetto alle stime diffuse a marzo 2024, il Pil nominale del 2021 è risultato superiore di circa 21 miliardi e nel 2022 e 2023, rispettivamente, di 34 e 43 miliardi.

Per effetto della revisione, il Pil in volume del 2023 si è attestato a un livello per la prima volta superiore al massimo raggiunto prima della crisi finanziaria del 2008”, osserva l'Istat.

Il miglioramento del denominatore ha portato a una riduzione del rapporto deficit/Pil.

Nel 2023 è pari al 7,2%, migliorato rispetto alla stima pubblicata ad aprile che indicava -7,4%.

Riviste anche le stime sul 2022 a 8,1% dall'8,6% stimato in primavera.

Scende anche il rapporto debito/Pil, al 134,6% mentre nel Def il dato era stimato al 137,3%.

https://www.repubblica.it/economia/2024/09/23/news/istat_revisione_pil-423516148/?ref=RHUO-UO

Il dumping dell'export cinese nasconde il rischio di una mega crisi finanziaria

Maurizio Ricci

Le fabbriche continuano a produrre, anche in perdita, perché hanno bisogno del cash flow che serve a pagare gli interessi sui debiti contratti per l'investimento. Pena un crac a tappeto delle banche locali esposte su quei debiti

La Cina è vicina. Troppo. Tanto che, entro fine ottobre, i governi europei ratificheranno l'iniziativa della Commissione di imporre extra tariffe punitive, fino quasi al 40%, sulle importazioni di auto elettriche fabbricate in Cina. Punitive secondo gli standard europei, in realtà: gli americani sono arrivati al 100%.

Ma la Ue è storicamente riluttante a compromettere, con i dazi, i principi del libero commercio. Inoltre teme, più di Washington, ritorsioni da Pechino sull'export europeo. E, al fondo, è acutamente consapevole di dipendere più degli americani dall'economia cinese.

Due blocchi in rotta di collisione

Da questo punto di vista, l'Europa non ha ancora riconosciuto che l'auto è solo la punta dell'iceberg. La Cina è diventata fornitrice essenziale non solo di cose che l'Europa non ha, tipo minerali essenziali per l'high-

tech, ma anche di cose che l'Europa ha e di cui è orgogliosa: macchinari, chimica, chip, la fascia alta dell'industria manifatturiera.

Il risultato è una interdipendenza trasversale, che non esisteva dieci anni fa. Un'analisi del *Peterson Institute for International Economics* mostra che gli Stati Uniti restano, dei tre grandi blocchi mondiali, quelli con una più forte concentrazione delle importazioni da pochi fornitori.

Ma, dal 2018, quando sono partite le tariffe di Trump, il peso della Cina si è dimezzato, mentre crescevano le quote di Europa, Messico, Canada. L'Ue, al contrario, è il blocco con la maggiore diversificazione delle fonti di importazione. Ma il processo è opposto a quello americano: la concentrazione dei fornitori dell'import aumenta e, soprattutto, per il ruolo crescente della Cina.

Di fatto, nei settori di punta delle grandi realtà manifatturiere d'Europa: la Germania, ma anche l'Italia. I due blocchi – Europa e Cina – sono, dunque, inevitabilmente in rotta di collisione non solo in singoli settori, come l'auto, ma trasversalmente su tutta, o quasi, l'industria manifatturiera. La produzione cinese di macchinari copre il 3% della domanda globale vent'anni fa, oggi è al 18, più della Germania.

Il problema è che l'offensiva cinese è una sorta di riproposizione, in chiave geoeconomica, de "L'invasione degli zombies", plasticamente rappresentati, ad esempio, dalla massa di escavatori edili che si accumulano nei piazzali delle fabbriche.

Le aziende europee si reggono sul mercato, quelle cinesi sui debiti di Stato.

Secondo il Center for European Reform, le ditte industriali cinesi in perdita sono arrivate a 180 mila, tre volte il massimo raggiunto negli ultimi 25 anni. I costruttori europei segnalano che il tasso di utilizzazione degli impianti nelle fabbriche di auto elettriche supera appena il 50%, contro quasi l'80% delle rivali tedesche.

Secondo un esperto del Council on foreign relations, Zongyuang Zoe Liu, la produzione di auto elettriche è passata, dal 2020 al 2024, da 300 mila a 6 milioni. La domanda interna, però, ristagna a 2 milioni, le esportazioni a 500 mila. Il surplus di produzione è di 3,5 milioni di vetture. Secondo le statistiche ufficiali a maggio la produzione di auto elettriche in perdita era pari al 27%. Ma l'anno scorso è arrivata fino al 32%.

Il bagno di sangue aziendale

Tanta sovracapacità si traduce, infatti, in un crollo dei prezzi e in un inevitabile boom del peso dei debiti. Insomma, lo scenario di un bagno di sangue aziendale. Invece, niente. Per capirlo, dice Liu, bisogna spiegare come funziona la pianificazione di Pechino. Dal centro parte l'indicazione di quali sono i settori prioritari e i funzionari locali del partito si lanciano in una corsa disperata a investire, perché il loro futuro politico dipende dal successo che hanno nel far aumentare il Pil locale nella direzione indicata da Pechino.

Poco importa che tutti facciano la stessa cosa e che, per massimizzare gli aumenti di produzione, tutti finiscano per scegliere le tecnologie più a portata di mano. Quando nel 2010, da Pechino è partita la parola d'ordine "pannelli solari", 31 province su 34 hanno investito sui pannelli e metà città cinesi si sono ritrovate con una fabbrica di pannelli.

Oggi l'utilizzazione di questi impianti è al 23%, la capacità delle fabbriche vale il doppio della domanda globale e l'inerzia la farà aumentare ancora del 50% entro il 2025. Ma le fabbriche continuano a produrre, anche in perdita, perché hanno bisogno almeno di quel tanto di cash flow che serve a pagare gli interessi sui debiti contratti per l'investimento.

Pena un crac a tappeto delle banche locali esposte su quei debiti, come i governi locali che, spesso, hanno finanziato gli investimenti attraverso società fuori bilancio in partnership con le stesse banche. Secondo il *Wall Street Journal*, questi debiti fuori bilancio oscillano fra 7 e 11 mila miliardi di dollari, di cui 800 miliardi effettivamente già a rischio.

C'è, insomma, un collegamento diretto fra il dumping delle esportazioni cinesi e il rischio di una mega crisi finanziaria. La Cina avanza su ghiaccio sottile e il recente crac immobiliare potrebbe essere solo un antipasto. Solo che, se la Cina fa crac, il vento soffierà forte anche qui. Il dumping è l'incarto: dentro il pacco c'è il tritolo di una crisi finanziaria. Non basteranno le guerre tariffarie a bloccare la deriva.

https://www.repubblica.it/economia/rubriche/eurobarometro/2024/09/10/news/il_dumping_dellexport_cinese_nasconde_il_rischio_di_una_megacrisi_finanziaria-423480699/?ref=drirt-2