



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. 22 del 1.01.2025



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

Review realizzata in collaborazione con:



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



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Nota redazionale.

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

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

Per le Istituzioni:

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

Per i dati:

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

Criteri di selezione:

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

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

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

I curatori

Giorgio Banchieri

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

Antonio Giulio de Belvis

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

Maurizio Dal Maso

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

Emanuele Di Simone

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

Nicoletta Dasso

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

Lidia Goldoni

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

Francesco Medici.

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

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

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

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

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

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

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

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

Indice

Articoli di apertura	8
Quotidiano sanità - <i>In una Italia che galleggia, un Ssn forte può diventare un salvagente.</i> Giorgio Banchieri, Andrea Vannucci,	8
Quotidiano sanità - <i>I dati dell’Ocse ci ricordano che la forza del nostro Ssn è, anzi era, la prevenzione.</i> C. M. Maffei	15
Quotidiano sanità - <i>Assistenza agli anziani: la riforma non serve più?</i> Franco Pesaresi e Giovanni Lamura	17
<i>Welforum.it - LEPS: i servizi per la valutazione multidimensionale.</i> Franco Pesaresi	20
Quotidiano sanità - <i>Ministero e Agenas: che (insana) passione per le classifiche.</i> Claudio Maria Maffei	24
Sanità Informazione - <i>“La grande bugia dei 3 miliardi in più per la sanità”.</i> Lucio Mango	25
Quotidiano sanità - <i>Il rapporto Oasi e la possibile cura per il Ssn: fuochino...fuochino.</i> Claudio Maria Maffei	27
Master MIAS, <i>Management e Innovazione nelle Aziende Sanitarie</i> – DiSSE Università “Sapienza” e ASQUAS	30
Scenari della sanità	31
UE – Lettera Ursula von der Leyen a Olivér Varhelyi, Commissario alla sanità UE	31
The Lancet – <i>Una tabella di marcia per una salute migliore in USA.</i> Redazione The Lancet	35
The BMJ - <i>Decrescita: una nuova logica per l’economia globale.</i> O. Tayyab, M. Goyal, M. H. Lemos, Jason Hickel	37
The Lancet – <i>Disparità nel benessere negli Stati Uniti in base a razza ed etnia, età, sesso e posizione geografica, 2008-21: un’analisi basata sull’indic di sviluppo umano.</i> L. Dwayser ed altri	39
The Lancet – <i>Dieci Americhe: un’analisi sistematica delle disparità nell’aspettativa di vita negli Stati Uniti.</i>	40
JAMA - <i>La riforma del sistema sanitario degli Stati Uniti.</i> Redazione	44
Salute Internazionale - <i>Assicurazioni USA. Chi è il killer?</i> Gavino Maciocco	46
La Repubblica - <i>Oltre un terzo degli adulti è analfabeta funzionale, Italia ultima tra i Paesi industrializzati.</i>	50
The Lancet – <i>Fattori associati all’abbandono del personale sanitario del Regno Unito a seguito della pandemia di Covid 19: risultati di uno studio di indagine a livello nazionale.</i> C. A. Martin e altri	52
The Lancet – <i>17° Conferenza Europea sulla salute pubblica (EPH).</i> Raffaello Cordoso	54
The NEJM - <i>Lezioni dal servizio sanitario nazionale inglese.</i> Redazione	55
The NEJM - <i>Modifica del pagamento Medicare per rafforzare l’assistenza primaria.</i> D.B. Jacobs e altri	62
The Lancet – <i>Come la burocrazia sta prosciugando la scienza-</i> D. P. de Winter e altri	65
The Lancet – <i>I pericoli della leadership anti-vaccino di RFK Junior per la salute pubblica.</i> T. Yang	67
Scenari del SSN	68
Quotidiano sanità - <i>Dalle liste d’attesa alla manovra fino alle emergenze globali. Il 2024 della sanità italiana</i>	68
Quotidiano sanità - <i>“La spesa sanitaria dovrebbe crescere dell’1,4% sul Pil per consentire ai sistemi di resistere a future crisi”. Il monito e le ricette dell’Ocse.</i>	70
OECD. Policy Brief - <i>Ultime tendenze della spesa sanitaria: andare oltre le recenti crisi</i>	71
Il Sole 24 Ore - <i>Agenas: la spesa per la mobilità sanitaria nel 2023 sale a 2,88 miliardi</i>	78
Il Sole 24 Ore - <i>Ddl Bilancio: la spinta delle Casse professionali per gli investimenti e la previdenza integrativa.</i> Claudio Testuzza	79
Quotidiano sanità - <i>Essere progressisti in sanità.</i> Ivan Cavicchi	80
Il Sole 24 Ore - <i>Ddl Bilancio: torna l’ipotesi del silenzio assenso per trasferire il Tfr ai fondi pensioni ma l’Inps è contrario.</i> Claudio Testuzza	81
Il Sole 24 Ore - <i>Corte costituzionale/ Devono essere ridotte le altre spese indistinte prima di sacrificare quella per la Sanità</i>	83
Il Sole 24 Ore - <i>Farmaceutica/ Diretta, Aifa certifica il disavanzo 2023 a oltre 3,2 miliardi e ripiano da 1,6 mld per le aziende</i>	84

Il Sole 24 Ore - Ddl bilancio: Ciriani, per Ssn incremento 35 mld in 5 anni e misure sul personale. Poi il punto sul Pnrr e sul Piano pandemico che ancora non c'è. Barbara Gobbi.	85
Il Sole 24 Ore - Le "Milleproroghe per la sanità": dallo scudo penale dei medici alle deroghe per recuperare camici bianchi nel Ssn e per accreditare i privati fino allo stop alle multe Covid	86
La Repubblica - Chi ha ragione tra Meloni e Schlein? Ecco i numeri del fondo per la sanità. A. Capacci e C. Cottarelli	88
Quotidiano sanità - La falciatura dell'autonomia differenziata da parte della Corte costituzionale crea uno spazio di recupero per la Sanità? Fernanda Fraioli	90
Quotidiano sanità - La libera professione per tutti non fa bene al Ssn - Marco Geddes da Filicaia	92
Quotidiano sanità - Attenzione a paragonare il sistema sanitario italiano a quello tedesco. Stefano Scillieri	94
Quotidiano sanità - Spesa sanitaria. Finita la pandemia sono finiti gli aumenti di risorse. Oms: nel 2022 quella pubblica pro capite è scesa in tutti i Paesi	96
Rapporto CENSIS 2024	97
Il Sole 24 Ore - Censis: balzo spesa sanitaria privata pro capite in 10 anni (+23%), 44 miliardi nel 2023	97
CENSIS - Il capitolo «Lavoro, professionalità, rappresentanze» del 58° Rapporto Censis sulla situazione sociale del Paese/2024	98
CENSIS – Considerazioni generali	99
CENSIS - sindrome italiana. Intrappolati nella sindrome italiana	101
Rapporto OASI 2024	116
Il Sole 24 Ore - Rapporto OASI/ FIASO: il dibattito è concentrato sui finanziamenti ma servono strategie a lungo termine	116
Il Sole 24 Ore -Rapporto Oasi Bocconi/ Alla sanità italiana servono 40 miliardi per raggiungere i livelli dell'Europa: la sostenibilità del sistema universalistico è la sfida per gestire liste di attesa e disuguaglianze	117
Quotidiano sanità - Il ruolo del management e dei professionisti per la riorganizzazione profonda del Ssn Francesco Longo e Alberto Ricci, CER GAS, SDA Bocconi	119
Dal Rapporto Oasi 2024 quattro prospettive "impopolari" per il cambiamento del Ssn. Lucia Conti	120
One Health e clima	123
Corriere della sera - Elizabeth Kolbert: «La sesta estinzione è in corso, i dati oggettivi sono terribili». E siamo tutti impreparati. Edoardo Vigna	123
La Repubblica - Clima, il 2024 sarà l'anno più caldo di sempre. Luca Fraioli	125
Corriere della sera - Internet, ma quanto inquinati? «È la più grande macchina che produce gas serra» Enzo Riboni	127
La Repubblica - L'albedo si riduce e con meno nuvole il pianeta si riscalda. Anna Lisa Bonfranceschi	128
La Repubblica - Il 2024 anno difficile e dal segno meno per Alpi, ghiacciai alpini e biodiversità	129
Science – Le nuvole della terra si stanno riducendo, aumentando il riscaldamento globale. P. Volsten	132
Sanità pubblica e privata	134
Quotidiano sanità - La difesa del SSN parte dalla preminenza della sanità pubblica. Marco Caldiroli	134
Santagostino magazine - Il vero costo della sanità in Italia	135
Pandemie in essere e in arrivo	137
The Lancet – Immunità umorale antivirale indotta dai vaccini monovalenti a mRNA JN1 contro le sottovarianti Omicron di SARS-COV-2 tra cui JN.1, KP.3.3.3. e XEC. K. Uriu e altri	137
The Lancet – Utilizzo di dati primari e raccolti di routine per determinare la prevalenza di multi morbidità nella Cina rurale ... X. Zhang e altri	139
The NEJM - Risposta all'epidemia di Ebola nella RDC con la vaccinazione ad anello rVSV-ZEBOV-GP JeanJacques Muyembe e altri	141
Science – Perché la pandemia di influenza aviaria non è ancora iniziata? K. Kupermaier	144
Infectious Diseases - Il problema del cambiamento climatico e la diffusione delle malattie tropicali in Europa e in Italia ... Grazia Pavia e altri	147
Quotidiano sanità -Stati Uniti. "Pandemia causata da una fuga di laboratorio a Wuhan". Accuse contro lockdown, mascherine e vaccini. Le conclusioni dell'indagine guidata dai Repubblicani. La replica dei Dem: "Nessuna nuova prova" Giovanni Rodriguez	148
La Repubblica - Batteri specchio, un gruppo di scienziati: "Stop alle ricerche: rischi per la vita sulla terra"	150
La Repubblica - Infarto e ictus, così il colesterolo LDL si lega al suo "netturbino" e va via dal sangue. F. Mereta	151
La Repubblica - Se soffri di reflusso, presta (ancor più) attenzione al rischio infarto - Federico Mereta	152
L'ospedale che cambia	154
The BMJ - Architettura e salute pubblica: da progetti dannosi ad ambienti costruiti sani. Cleo Valentine	154

Quotidiano sanità - <i>Mobilità sanitaria ospedaliera</i> . Ester Maragò	156
Il Sole 24 Ore - <i>Gettonisti, i paletti del ministero su tariffe, criteri organizzativi e requisiti anche di qualità e sicurezza delle cure</i> . Barbara Gobbi	160
Quotidiano sanità - <i>Gettonisti. Per i medici massimo 85 euro l'ora per il Pronto soccorso, per gli infermieri 28 euro. Le linee guida con limiti per uso e costi</i>	161
Quotidiano sanità - <i>Al Sud una giornata di degenza ospedaliera arriva a costare fino al triplo rispetto al Nord</i> . Giovanni Rodriquez	162
Quotidiano sanità - <i>In Sicilia le Ao con le apparecchiature "più vecchie", in Campania "parco macchine" rinnovato. Nuove il 95% all'Aou S. Andrea di Roma. Vetusto il 100% all'Aou di Cagliari</i> . Ester Maragò	164
Il Sole 24 Ore - <i>Diagnosi lente, difformità territoriali e lo spettro della rinuncia alle cure: il mondo difficile dei malati cronici nel XXII Rapporto sulle politiche della cronicità "Diritti sospesi"</i>	166
Medicina territoriale	169
Quotidiano sanità - <i>Case di comunità e orario parziale: come non fare medicina di prossimità</i> . Roberto Polillo, Mara Tognetti	169
Il Sole 24 Ore - <i>Il Ssn in via di desertificazione per evitare il collasso richiede scelte mirate a cominciare dalla formazione</i> - Renzo Ricci	170
Quotidiano sanità - <i>Costruire e abbattere muri</i> . Enzo Bozza	171
Il Sole 24 Ore - <i>Focus/ L'Assistenza domiciliare integrata ai tempi del PNRR: cresce l'ADI "prestazionale" ma resta il gap sugli anziani complessi</i> . Laura Pelliccia.	172
Domani - <i>Le Case della Comunità: una nuova idea di sanità per proteggere il welfare</i> . E. Granaglia e A. Morniroli	176
Forum D&D – <i>Case di Comunità, alla ricerca di una nuova nozione di "pubblico"</i> .	178
Sanità, sociale e Long Term Care	181
La Repubblica - <i>Covid, lo stress da lockdown ha fatto invecchiare più in fretta il cervello degli adolescenti</i>	181
PNAS - <i>Gli effetti del lockdown dovuto al COVID-19 sulla struttura del cervello degli adolescenti suggeriscono una maturazione accelerata che è più pronunciata nelle femmine che nei maschi</i> . Neva M. Corrigan	182
Welfare Italia Report 2024 - <i>Executive Summary</i>	189
La Repubblica - <i>Malattie croniche, colpiscono 24 milioni di italiani e costano 65 miliardi all'anno</i> . Irma D'Aria	201
Science - <i>Infiammazione endoteliale nel COVID-19</i> . Peter Libby	203
Il Sole 24 Ore - <i>Povertà sanitaria/ Oms: spese catastrofiche per il 20% delle famiglie in Europa e anche in Paesi ricchi. Kluge: «No alla scelta tra farmaci salvavita e cibo o alloggio»</i> . Barbara Gobby.	204
The Lancet – <i>Cambiamenti nella soddisfazione della vita, nell'autostima e nella salute autovalutata prima, durante e dopo essere diventati giovani assistenti nel UK ...</i> Rebecca Lacey e altri	205
Nursing	206
J Nursin Management - <i>Le forze motivazionali dei dirigenti infermieristici nello sviluppo di un ambiente di lavoro favorevole alla salute: Uno studio ermeneutico</i> - Diako Morvati e altri	206
Medical Care - <i>Svelare l'impatto del personale infermieristico interinale sulla qualità delle case di cura</i> . Pradhan, Rohit e altri	207
Quotidiano sanità - <i>Libera professione per le professioni sanitarie: un diritto a rischio, serve un intervento immediato e risolutivo</i> - Francesco Macri	208
Digitalizzazione e telemedicina	210
The Lancet – <i>Sviluppo e validazione di modelli di IA per la diagnosi precoce delle infezioni postoperatorie (PERISCOPE) ...</i> S. Meijden e altri	210
Quotidiano sanità - <i>Referti, prescrizioni, vaccinazioni, farmaci e informazioni diagnostiche. Tutta la salute in un click. Nasce l'ecosistema dei dati sanitari</i> .	211
The Lancet – <i>Benefici e danni associati all'uso di sistemi decisionali algoritmici basati su IA da parte di operatori sanitari</i> . C. Guglielmo e altri.	212
The Lancet – <i>Dalla missione 100 giorni alle 100 linee di sviluppo software: come migliorare l'analisi precoce delle pandemie</i> . C. T. Gualtero e altri.	214
The Lancet - <i>L'importanza dei laboratori di riferimento di microbiologia e dei finanziamenti adeguati per la sorveglianza delle malattie infettive</i> . Davis Show e altri.	218
Economia e sanità	222
Fisco Equo - <i>Manovra 2025: aumenta pressione fiscale e regalie agli evasori, che neppure apprezzano</i> . L. Cerasa	222
La Repubblica - <i>Bankitalia taglia la stima della crescita: sarà dello 0,5% quest'anno</i>	225
La Repubblica - <i>Inflazione in calo per l'Istat ma è record del debito pubblico</i>	226

quotidiano**sanità**.it

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

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

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

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

Premessa

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

Come guardano gli italiani al futuro

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

La cifra del nostro Paese sembra essere "la continuità nella medietà", dentro la quale restiamo intrappolati: non cresciamo in termini di produzione e PIL e non andiamo in crisi gravi nelle fasi critiche e recessive. Nel medio periodo tutti gli indicatori sul nostro Paese si dispongono su una linea di galleggiamento all'interno di un range di oscillazione molto ampio, delimitato dai valori massimi e minimi toccati dai Paesi UE.

A proposito di PIL nel ventennio 1963-1983 il suo valore, espresso in euro attuali, era raddoppiato (+117,1%); nei successivi vent'anni, tra il 1983 e il 2003, si era ridimensionato (+48,4%); ma negli ultimi due decenni, tra il 2003 e il 2023, l'aumento è stato solo del +5,8%, (+0,29% annuo).

Anche il reddito disponibile lordo pro-capite delle famiglie italiane in vent'anni (nel periodo 2003-2023) si è ridotto in termini reali del 7,0% e la ricchezza netta pro-capite delle famiglie è diminuita nell'ultimo decennio del 5,5%. I ceti medi e ceti lavorativi sono stati quelli più colpiti.

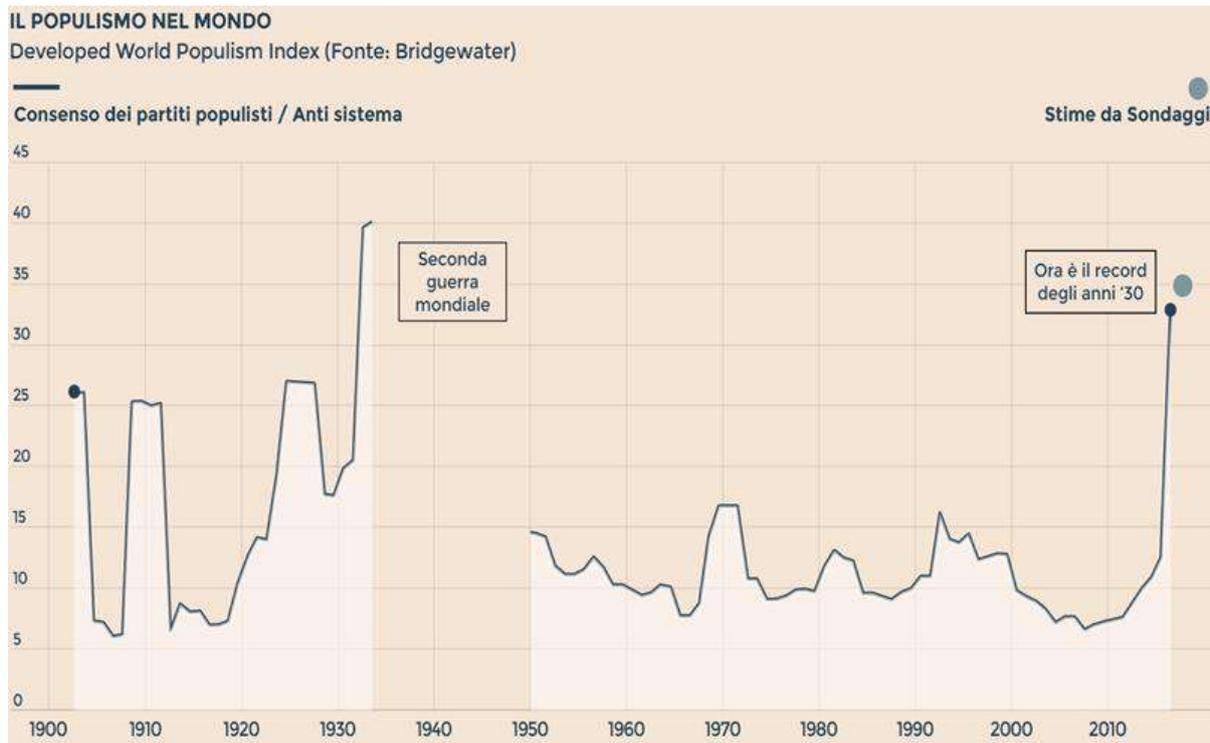
Anche in Italia la conseguenza principale della globalizzazione è stata una concentrazione della ricchezza molto accentuata che ha colpito i ceti medi e i ceti lavorativi che si sono "sfarinati" verso il basso della scala sociale e dei redditi.

Le traiettorie del cambiamento della nostra identità

Il Rapporto CENSIS evidenzia sinteticamente come stia cambiando l'identità del nostro Paese. Assistiamo ad un diffuso ritirarsi dalla vita pubblica: il tasso di astensione alle ultime elezioni europee del 2024 ha raggiunto il 51,7%. L'indifferenza verso gli strumenti della mobilitazione collettiva è ormai diffusa. Il 55,7% degli italiani oggi considera inutili le manifestazioni di piazza e i cortei di protesta.

Parimenti cresce una sfiducia crescente nei sistemi democratici, tant'è che il 68,5% ritiene che le democrazie liberali occidentali non funzionino più. Anche l'Unione Europea senza radicali cambiamenti per il 71,4% degli italiani è destinata a entrare in crisi.

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



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

Se tutto ciò provoca scoramento, una sorpresa positiva, per chi come noi crede nei valori dell'accoglienza e dell'integrazione, viene dal constatare che l'Italia si colloca al primo posto tra tutti i Paesi dell'Unione europea per numero di cittadinanze concesse (213.567 nel 2023). Il nostro Paese è primo anche per il totale cumulato nell'ultimo decennio (+112,2% di acquisizioni di cittadinanza italiana tra il 2013 e il 2022).

Siamo diventati ignoranti "funzionali" ...

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

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

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

In matematica, il 31,8% alle primarie, il 44,0% alle medie inferiori e il 47,5% alle superiori (anche in questo caso il picco più negativo si registra negli istituti professionali: l'81,0%).

Nel limbo dell'ignoranza possono attecchire convinzioni irrazionali, pregiudizi antiscientifici, stereotipi culturali.

Cala il Pil e cresce in modo incerto il lavoro

La media dei primi sei mesi dell'anno si è attestata a 23.878.000 occupati, con un incremento di un milione e mezzo di posti di lavoro in più rispetto all'anno nero della pandemia e una variazione positiva rispetto al 2007 del 4,6%.

La distanza tra il dato italiano e quello della media europea resta ancora significativa (nel 2023 era 8,3 punti percentuali in meno per il tasso di attività, 8,9 punti per il tasso di occupazione).

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

Attualmente osserviamo una riduzione della produzione in tutti i settori del manifatturiero. Diverso invece l'andamento

dell'agroalimentare (+2,7% tra il 2019 e il 2023 e +1,8% nei primi otto mesi 2024). Un Exploit invece nel turismo: nel 2023 le presenze in Italia hanno raggiunto i 447 milioni, con un incremento del 18,7% rispetto al 2013.

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

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

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

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

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

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

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

L'Intelligenza artificiale viene usata dalle generazioni più giovani: il 35,8% nella fascia 18-34 anni per la stesura di report, il 27,8% per scrivere e-mail.

Cosa ci manca a livello occupazionale in generale e in sanità

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

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

Nel 2023 quest'ultimo aspetto è stato riscontrato dalle imprese solo nel 16,7% dei casi.

Il ridotto numero di candidati riguarda ben il 70,7% della domanda di lavoro per infermieri e ostetrici, il 66,8% per i farmacisti e il 64,0% delle posizioni aperte per il personale medico. Inoltre, mancano all'appello candidati per il 34,6% delle professioni sanitarie riabilitative e per il 43,6% delle professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali.

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

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

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

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

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

Le prospettive del welfare

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

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

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

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

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

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

Solitudine e fragilità dei giovani

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

Se il 51,8% dei giovani dichiara di soffrire di stati d'ansia o depressione - contro il 40,8% delle persone di età compresa tra i 35 e i 64 anni e il 19,0% degli over 65, se il 32,7% dei 18-34enni afferma di soffrire di attacchi di panico - a fronte del 23,8% degli adulti e del 4,2% degli anziani - e il 18,3% soffre di disturbi del

comportamento, delle domande sul nostro presente e sul nostro futuro dovremmo porcele e non far finta che il problema non ci sia.

È senza dubbio vero che ci sono anche tanti giovani che studiano, lavorano, sono soddisfatti della propria vita e mettono in gioco strategie per assicurarsi un futuro migliore. Ma quanti di loro stanno lasciando il Paese! Dal 2013 al 2022 sono espatriati dall'Italia circa 352.000 giovani tra i 25 e i 34 anni. Di questi, più di 132.000 (37,7%) erano in possesso della laurea. Se nel 2013 erano il 30,5% degli emigrati dall'Italia nel 2022 sono diventati il 50,6%. È possibile che le scelte economiche dei vari governi che si sono succeduti negli ultimi due decenni che hanno cercato risultati in termini di produttività del paese attraverso politiche di bassi salari siano state determinanti per questo fenomeno. A parte il patrimonio perduto per formarli (stimato circa 4.3 mld) è inestimabile la perdita del "ritorno dell'investimento" che abbiamo fatto sui nostri giovani.

I patrimoni

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

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

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



La solitudine

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

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

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

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

Che ruolo può avere il servizio sanitario nazionale?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

E infine ... alcune considerazioni generali

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

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

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

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

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

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=126714

I dati dell'Ocse ci ricordano che la forza del nostro Ssn è, anzi era, la prevenzione

Claudio Maria Maffei

20 DIC -

Gentile direttore,

la stampa generalista, e non solo quella, saccheggia continuamente i dati dell'OCSE, Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (o OECD che dir si voglia), per denunciare giustamente i deficit strutturali della sanità italiana (a partire dal finanziamento basso, dai bassi livelli di retribuzione dei suoi professionisti e dalla carenza di infermieri).

Questi resoconti trascurano quasi sempre di trattare e interpretare i dati sui livelli qualitativi della performance del nostro Ssn e su altre dimensioni di analisi che sono meno sconcertanti o almeno non del tutto sconcertanti. E soprattutto trascurano alcuni dati che ci potrebbero aiutare a ragionare sulle scelte da fare per la difesa del nostro Ssn.

E' quello che vorrei provare a fare utilizzando l'ultima edizione di [Health at a glance, quella del 2024](#) dedicata ai Paesi Europei, pubblicazione annuale curata appunto dall'OCSE. [Dal sito del Ministero della Economia e delle Finanze](#) ricavo che l'Ocse, che ha sede a Parigi, conta attualmente 36 paesi membri tra cui i 27 dell'Unione Europea.

Il rapporto Health at a glance (la salute in uno sguardo) ha diverse sezioni di cui le prime due dedicate ad un argomento speciale (quest'anno dedicate alla politica del personale e all'invecchiamento in salute) e altre sei dedicate agli indicatori sanitari con il seguente ordine: stato di salute, fattori di rischio, spesa sanitaria e finanziamento, efficacia, accessibilità e resilienza.

Del Rapporto c'è [una sintesi in italiano](#), mentre sempre in italiano c'è [il profilo 2023 della "salute" nel nostro paese](#) frutto del lavoro congiunto dell'OCSE e dell'European Observatory on Health Systems and Policies, in collaborazione con la Commissione europea.

Con questi riferimenti ognuno può andare a leggere la situazione italiana in confronto a quella degli altri paesi incrociando diverse tipologie di indicatori.

Io farò la cosa più semplice incrociando alcuni dati sulle risorse (finanziamento e accessibilità) con alcuni indicatori di salute e di efficacia. In particolare citerò gli indicatori che mi sembra caratterizzino di più le quattro dimensioni messe a confronto. Solo di un indicatore riporterò la figura, mentre di molti altri citerò il numero in modo che gli interessati possano andare a recuperarla.

Per quanto riguarda gli indicatori di spesa e finanziamento, essi depongono costantemente per una situazione italiana peggiore rispetto ai paesi della Unione Europea (UE), il cui dato medio compare sempre nelle elaborazioni dell'OCSE. Ciò vale ad esempio per (di regola i dati sono quelli 2022 o dell'anno più vicino):

- la spesa sanitaria pro capite in cui il dato dell'Italia è di 2.947 euro contro i 3.533 della media UE (Figura 5.1);
- la spesa sanitaria rispetto al Prodotto Interno Lordo (Figura 5.3), in cui il dato dell'Italia di 8,8% è decisamente ridotto rispetto al dato medio UE (10,4%);
- la percentuale della spesa sanitaria pubblica sul totale della spesa pubblica con un dato italiano del 12% rispetto al 15% del dato medio UE (Figura 5.6).

Anche per gli indicatori di accessibilità la situazione italiana è spesso "peggiore" di quella della media UE.

A parte la maggiore disponibilità di medici (ormai più che altro un ricordo visto che come dimostra la Figura 7.9 siamo allineati alla media UE con 4,2 medici ogni 1000 abitanti), questo vale ad esempio per (salto il trattamento economico di medici e infermieri trattati di recente qui su Qs sia per quanto riguarda gli [infermieri](#) che per quanto riguarda i [medici](#)):

- il numero di infermieri ogni 1000 abitanti (Figura 7.15) con 6,5 infermieri in Italia e 8,4 nella UE;
- il rapporto infermieri/medici (Figura 7.16) con un dato italiano di 1,5 e un dato UE di 2,2);
- il numero di posti letto ospedalieri ogni 1000 abitanti (Figura 7.21) con un dato italiano di 3,1 contro i 4,7 della UE;
- il numero di posti letto intensivi ogni 1000 abitanti (Figura 8.4) con un dato italiano di 10,3 e un dato UE di 18,4;

- il numero di esami fatti con RM, TC e PET ogni 1000 abitanti (Figura 7.19) con un dato italiano di 193 e un dato UE di 247).

Passiamo adesso agli indicatori di salute in cui, almeno per alcuni e soprattutto per alcuni molto “pesanti”, il dato italiano è migliore, in alcuni casi molto migliore, di quello della media UE.

Ciò vale ad esempio per la attesa di vita alla nascita e la attesa di vita in buona salute alla nascita di cui rispettivamente alle Figure 3.1 (dato 2023) e 3.3.

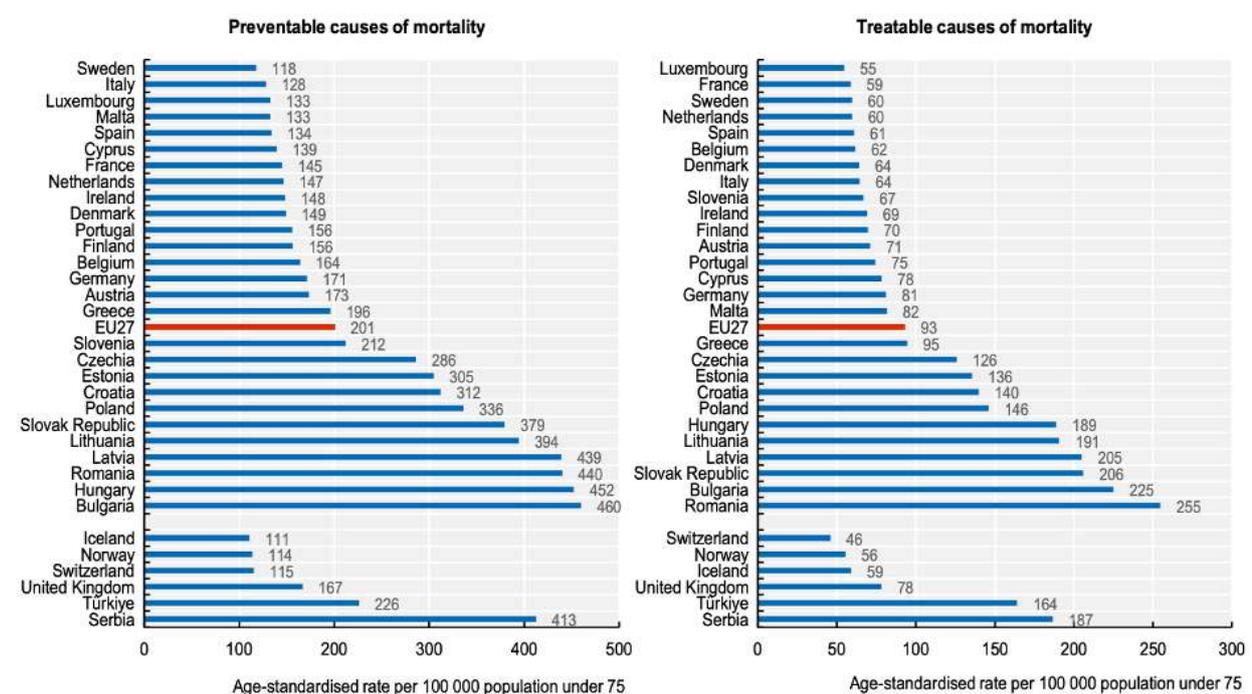
Per la attesa di vita alla nascita l'Italia è al secondo posto dopo la Spagna mentre per la attesa di vita in buona salute il dato italiano per le donne è di 67,8 anni (dato UE di 62,8 anni), mentre per gli uomini è di 67,1 (dato UE di 62,4). Se passiamo agli indicatori di efficacia, sicuramente il dato che più colpisce (almeno a me) è quello della mortalità evitabile (Figura 6.2 riportata anche qui) in cui l'Italia nel 2021 è al secondo posto come mortalità per cause prevenibili e all'ottavo come mortalità per cause trattabili.

In entrambi i casi il dato italiano è molto migliore del dato medio UE: 128 contro 201 per la mortalità per cause prevenibili e 64 verso 93 per la mortalità per cause trattabili. I dati italiani sono poi molto buoni per quanto riguarda la ospedalizzazione evitabile come nel caso del diabete (Figura 6.10) con un tasso di ospedalizzazione di 31 ogni 100.000 abitanti contro i 105 della media UE.

Proviamo adesso ad unire alcuni puntini. I dati dell'OCSE documentano alcuni fatti noti e molto preoccupanti come il sottofinanziamento relativo della sanità pubblica italiana, la carenza di personale e il suo inadeguato trattamento economico.

I dati sulla salute degli italiani sono invece più confortanti evidenziando che il modello del Ssn con una attenzione e risorse distribuite “abbastanza bene” sui tre macrolivelli assistenziali (prevenzione, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera) funziona, “nonostante” il basso numero di posti letto ospedalieri e la apparente ridotta disponibilità di tecnologie pesanti.

Figura 1 Tassi standardizzati ogni 100.000 abitanti sotto i 75 anni di mortalità evitabile nei paesi OCSE nel 2021



Ma soprattutto i dati OCSE documentano gli effetti della onda lunga in Italia di una attenzione, in parte “spontanea”, alla prevenzione. Ma ci sono importanti scricchiolii a questo proposito, come il bassissimo punteggio che prendono sulla prevenzione molte Regioni in sede di monitoraggio dei LEA, [con 7 tra Regioni e Province inadempienti nel 2022](#).

Ma che sulla prevenzione stiamo perdendo colpi ce lo dice anche il rapporto OCSE.

Ad esempio:

- nelle morti premature da inquinamento atmosferico da polveri sottili (Figura 6.10) con 105 decessi ogni 100.000 abitanti nel 2021 siamo molto superiori alla media UE;
- come percentuale di adulti che svolge una attività di almeno 150 minuti la settimana (Figura 4.18) siamo coi dati 2019 agli ultimi posti nella UE (19% contro il 32% della UE) e lo stesso vale per le ragazze e i ragazzi di 11 e 15 anni che nelle rispettive classifiche sono nel 2022 all'ultimo posto nella UE (Figura 4.16) come percentuale di soggetti che fanno la attività fisica raccomandata dall'OMS per la loro età;
- per le vaccinazioni contro morbillo ed epatite B (dati 2023, Figura 6.3) siamo sotto la media UE;
- per tutti e 3 gli screening dei tumori (mammella, cervice e colon retto) siamo sotto la media UE (Figure 6.5, 6.6 e 6.7).

In compenso abbiamo in Italia una iniziativa al giorno sull'approccio One Health, approccio che o si trasforma in risorse e progetti o rimane buono solo per le parate istituzionali come l'ultimo G7 Salute.

Forse una rilettura di Health at a glance Europe 2024 che vada al di là delle Figure sulle risorse che mancano e sugli stipendi troppo bassi (cose importantissime e da sanare ovviamente) ci può aiutare a (ri)trovare la strada giusta per far tornare il Ssn ai suoi principi ispiratori, tra cui spiccavano il ruolo della prevenzione e della epidemiologia, quest'ultima ormai ridotta al ruolo di Cenerentola nelle attenzioni ministeriali, regionali e aziendali.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=126667

quotidianosanità.it

Assistenza agli anziani: la riforma non serve più?

Franco Pesaresi¹ e Giovanni Lamura²

(Questo articolo è stato pubblicato su "Quotidiano Sanità" il

2/12/2024: <https://www.quotidianosanita.it/studi-e->

[analisi/articolo.php?articolo_id=126177#:~:text=Nel%20passaggio%20dalla%20Legge%20Delega,l'integrazioni%20socio%20sanitaria](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=126177#:~:text=Nel%20passaggio%20dalla%20Legge%20Delega,l'integrazioni%20socio%20sanitaria) .

Introduzione

La recente riforma dell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti, introdotta dalla Legge Delega n. 23 del 2023 e seguita dal primo decreto attuativo (Decreto Legislativo n. 29 del 2024), è frutto di un intenso lavoro preparatorio, avviatosi sin dai primi mesi del 2021 principalmente ad opera del network di organizzazioni della società civile raccolte nel "Patto per un nuovo welfare per la non autosufficienza" (<https://www.pattononautosufficienza.it/>).

La Legge Delega del 2023, recependo molte delle proposte del Patto, aveva imbastito un promettente quadro di riferimento in cui incastonare i vari provvedimenti necessari a fornire le variegate risposte che la non autosufficienza in età anziana richiede. Il Decreto Legislativo 29/2024 ha dato seguito ad alcune delle promesse formulate dalla Legge Delega, lasciandone tuttavia inattuata una gran parte, e facendo addirittura un passo indietro rispetto ad alcune di esse.

Rimandando ad un [recente rapporto](#) (Patto, 2024) l'approfondimento delle diverse sfaccettature toccate dalla riforma, viene qui di seguito fatto il punto rispetto a tre elementi centrali dell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti: i servizi domiciliari; quelli residenziali; e quello che possiamo senz'altro considerare il trasferimento monetario per eccellenza disponibile nel nostro paese, e cioè l'indennità di accompagnamento.

¹ Patto per la non autosufficienza; Asiquas.

² Direttore Centro ricerche economico-sociali per l'invecchiamento IRCCS Inrca (Ancona)

Servizi domiciliari

In Italia, la percentuale di persone con elevate necessità di cura che ricevono servizi di assistenza domiciliare risulta apparentemente superiore alla media europea (European Commission 2024), ma questo dato nasconde il fatto che l'intensità di tali sostegni, in termini di frequenza e numero di ore, è molto più ridotta nel nostro Paese (spesso limitandosi a pochissimi, brevi accessi a settimana) (Noli 2021).

Non sorprende quindi che l'offerta di servizi domiciliari siano molto inferiori al fabbisogno, come testimonia il fatto che i cittadini del nostro Paese sono coloro che nell'Unione Europea più spesso adducono, come motivo del mancato utilizzo dell'assistenza domiciliare, il fatto che tale servizio sia del tutto assente nel proprio territorio (lo riferisce quasi un italiano su tre, rispetto ad una media europea intorno al 10%), e di non poterselo permettere per insufficienti risorse finanziarie (motivo addotto dal 35% degli italiani) (EC-SPC 2021).

In cosa consistono i servizi domiciliari in Italia? Il più diffuso servizio domiciliare pubblico è l'assistenza domiciliare integrata (Adi) delle ASL. La durata del periodo di assistenza è sovente breve (perlopiù di 2-3 mesi) e sono erogate in media per ogni anziano assistito a domicilio 3 ore di lavoro del terapeuta della riabilitazione, 10 dell'infermiere e 3 di altre professioni, fra cui anche l'OSS, per un totale di 16 ore medie annue, a cui si aggiungono 2 accessi del medico (Ministero Salute, 2024a). L'80% degli anziani assistiti a casa riceve da uno a tre accessi mensili.

I dati, dunque, mostrano che piuttosto che il modello della presa in carico prevale quello prestazionale, con singole prestazioni (medico/infermieristico/riabilitative) volte a rispondere a specifiche, e contingenti, esigenze sanitarie.

La Legge Delega 33/2023 prevedeva l'introduzione di un servizio domiciliare pensato per la non autosufficienza, che oggi in Italia non esiste. Un servizio caratterizzato da unitarietà delle risposte, interventi di intensità e durata adeguate, e coinvolgimento di diverse professioni in base alle specifiche situazioni. La logica sottostante è quella del *care* multidimensionale.

Oggi, i servizi esistenti – Adi delle Asl e Sad dei comuni – sono sicuramente utili, ma non sono pensati per assistere la non autosufficienza (vedi tabella 1).

Nel passaggio dalla Legge Delega 33/2023 al Decreto Attuativo 29/2024 la riforma dell'assistenza a domicilio è stata cancellata, limitandosi a prevedere linee guida per l'integrazione socio-sanitaria. Difficile dire perché. L'impressione è che i due ministeri coinvolti, Welfare e Salute, impegnati nella scrittura del Decreto, non se la siano sentita di mettere in discussione il complessivo disegno della domiciliarità in Italia e/o abbiano istintivamente tenuto le distanze dal possibile abbandono del percorso tradizionale.

Tab. 1 – I diversi profili di domiciliarità

Servizio	Logica	Elemento caratterizzante	Cultura di riferimento
ADI (Asl)	<i>Clinico-ospedaliera</i>	Singole prestazioni di natura medico-infermieristica- riabilitativa, per rispondere a circoscritte necessità sanitarie	Ospedale
SAD (Comuni)	<i>Disagio socio-assistenziale</i>	Rivolta ad anziani non autosufficienti in condizioni di disagio sociale (carenti reti familiari e/o risorse economiche)	Assistenza sociale
Domiciliarità L.33/2023	<i>Care multidimensionale</i>	Sguardo complessivo sulla condizione dell'anziano, sui suoi molteplici fattori di fragilità, sul suo contesto di vita e di relazioni	Geriatria

Fonte: www.pattononautosufficienza.it

Se le cose rimanessero tali, si finirebbe col confermare che in Italia non esiste un servizio domiciliare per la non autosufficienza, e che quelli esistenti – ADI e SAD – hanno altre funzioni. Sarà pertanto importante, nei futuri decreti attuativi, ripartire da qui per mettere in piedi - riorganizzando o integrando l'esistente – un sistema in grado di offrire una reale e duratura risposta a domicilio alle esigenze di long-term care della crescente popolazione anziana.

Servizi residenziali

Il tasso di ricovero in strutture residenziali si è attestato per lungo tempo in Italia intorno al 2% della popolazione over 65 (scendendo all'1,6% se si prendono in considerazione i soli ricoverati non autosufficienti) (Brenna 2021), e solo recentemente si registra un certo incremento di tale indicatore (Pesaresi 2024).

Questo colloca il nostro paese al di sotto della media europea, pari al 3,6% (seppur misurata seguendo modalità diverse, che attesterebbero il valore per l'Italia intorno al 3,2%), e soprattutto inferiore a quella dei principali paesi a welfare più avanzato³.

La Legge Delega 33/2023 indica i punti chiave su cui agire in questo ambito, coincidenti con le indicazioni prevalenti a livello internazionale. La Delega, infatti, affida al Decreto Attuativo il compito di definire gli interventi necessari affinché i servizi residenziali garantiscano un'intensità assistenziale adeguata alle esigenze e alla numerosità degli anziani residenti, dispongano di personale con le competenze necessarie e offrano ambienti familiari e sicuri, strutturati per favorire qualità di vita, socialità e continuità delle relazioni. Il Decreto attuativo 29/2024, però, non fornisce nessuna indicazione concreta in materia e rimanda ad un ulteriore Decreto (vedi tab. 2), per cui si può affermare che il lavoro per definire la necessaria strategia nazionale nel campo della residenzialità non è ancora partito.

Tab. 2 - La residenzialità nella riforma

Criterio	Legge Delega 33/23	Decreto attuativo 29/44
<i>Dotazione di personale</i>	Indicazione di principio	No traduzione operativa
<i>Garanzia delle sue competenze</i>	Indicazione di principio	No traduzione operativa
<i>Qualità degli ambienti di vita</i>	Indicazione di principio	No traduzione operativa

Fonte: www.pattononautosufficienza.it

Indennità di accompagnamento

Un terzo elemento chiave della Legge Delega riguarda la riforma dell'indennità di accompagnamento, misura immutata dal 1980, anno della sua introduzione, e ritenuta a livello internazionale un caso esemplare di intervento mal disegnato: una stessa somma a tutti i non autosufficienti, senza alcuna graduazione in base al bisogno degli stessi, né progettualità tesa ad offrire risposte adeguate. Le attuali procedure per la sua concessione prevedono infatti una valutazione non standardizzata – che lascia tra l'altro un'ampia discrezionalità alle locali commissioni ASL incaricate di accertare la presenza o meno dei requisiti assistenziali richiesti per poterne beneficiare (Gori e Gubert 2021) – il cui esito si limita a due sole possibili alternative - “sì” o “no” rispetto al raggiungimento del 100% di invalidità. In tutti gli altri Paesi europei, al contrario, i livelli assistenziali individuati dalle procedure di accertamento variano dai tre ai quindici, e consentono così di modulare il livello di prestazioni erogate in funzione del diverso grado di bisogno accertato (EC-SPC 2021). Tenendo conto delle indicazioni emergenti dagli approcci adottati dai paesi più avanzati a livello internazionale, la Legge Delega ha previsto la trasformazione dell'indennità di accompagnamento nella “Prestazione Universale per la Non Autosufficienza”.

Tali indicazioni partono dall'opportunità che la Prestazione venga accordata basandosi esclusivamente sul bisogno di assistenza del beneficiario, indipendentemente dalle sue disponibilità economiche (quindi mantenendo l'approccio già esistente oggi per l'indennità di accompagnamento), confermando il diritto a riceverla sulla base del solo bisogno assistenziale. Inoltre, mentre oggi l'importo ricevuto è lo stesso per tutti, l'ammontare della Prestazione andrebbe graduato secondo il livello di fabbisogno assistenziale, in modo che chi ha maggiori necessità possa ricevere somme più elevate.

Infine, i beneficiari della Prestazione universale dovrebbero poter scegliere tra due opzioni per l'utilizzo:

- a) un contributo economico senza vincoli d'uso, come già oggi accade;
- b) la fruizione di servizi alla persona, svolti in forma organizzata (ad es. da soggetti del Terzo Settore) o individuale, da assistenti familiari regolarmente assunte. L'alternativa b) dovrebbe comportare una maggiorazione dell'importo, al fine di far sì che venga incentivato il ricorso ai servizi rispetto alla soluzione monetaria.

³ European Commission and Social Protection Committee (2021) *2021 Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume 2 – Country Profiles*. Luxembourg, Publications Office of the European Union, pag. 194 (<https://op.europa.eu/it/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1>).

Il Decreto 29/2024 cancella di fatto la riforma dell'indennità di accompagnamento. Prevede infatti una cosiddetta "sperimentazione" per il biennio 2025-2026 di una misura aggiuntiva, disegnata in modo da non modificare l'indennità già esistente.

Tale prestazione addizionale consiste in una misura di importo fisso (850 euro mensili) che va ad integrare l'indennità, lasciando quest'ultima immutata (vedi tab. 3), e limitandone i beneficiari ad un numero estremamente ridotto (25.000) nel 2025 e 2026. Ci si colloca così nell'antica tradizione italiana di non riformare ma di aggiungere qualcosa all'esistente, lasciandolo così com'è e stratificando il nuovo sopra il vecchio.

Tab. 3 - L'indennità di accompagnamento nella riforma

	Indennità di accompagnamento (OGGI)	Prestazione Universale (L. DELEGA 33/23)	Prestazione Universale sperimentale (DECRETO 29/24)
Criteri di accesso	Necessità di assistenza	Necessità di assistenza	Necessità di assistenza
Importo	Fisso	Graduato secondo i bisogni	Fisso
Utilizzo	Trasferimento monetario	A scelta tra trasferimento monetario e servizi (incentivati)	Trasferimento monetario (+ 850 euro in una sperimentazione per pochissimi)

Fonte: www.pattononautosufficienza.it

Osservazioni conclusive

Da quanto sopra esposto emerge con chiarezza che, dopo l'entusiasmo suscitato tra gli addetti ai lavori dall'adozione delle Legge Delega, che sembrava segnare l'avvio di una nuova fase storica nel settore dell'assistenza alla popolazione anziana non autosufficiente del nostro paese, l'emanazione del suo primo decreto attuativo ha suscitato profonda delusione, per la limitatezza dei progressi contenuti rispetto alle indicazioni della Legge Delega.

Se questo è in parte comprensibile, alla luce delle difficoltà di bilancio che l'attuale governo si trova ad affrontare, dall'altro la lentezza con cui sembrano procedere anche quelle misure in esso contenute che non comportano sostanziali costi aggiuntivi – come ad esempio l'istituzione e avvio del Comitato Interministeriale per le politiche in favore della Popolazione Anziana (CIPA), l'organizzazione integrata dell'assistenza sanitaria e sociale con punti di ingresso unici e procedure di valutazione semplificate, e una migliore integrazione dell'assistenza formale e informale – rinviate a futuri decreti, non lascia ben sperare. Confermando ancora una volta che il destino di questo vasto gruppo di cittadini – che non si limita alle sole persone anziane che necessitano assistenza, ma coinvolge i milioni di famigliari caregiver e di unità di personale sociale e sanitario impegnato in questo settore – non sembra rientrare tra le priorità dell'attuale governo.



LEPS: i servizi per la valutazione multidimensionale

Franco Pesaresi

(Il presente articolo è stato pubblicato su [welforum.it](http://www.welforum.it) il 4/12/2024: <https://www.welforum.it/leps-i-servizi-per-la-valutazione-multidimensionale/>)

Denominazione del LEPS

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

Descrizione sintetica del LEPS

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

- a) segretariato sociale;
- b) servizio sociale professionale per la presa in carico, inclusa la componente sociale della valutazione multidimensionale.

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

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

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

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

- a) condizioni e funzionamenti personali e sociali;
- b) situazione economica;
- c) situazione lavorativa e profilo di occupabilità;
- d) educazione, istruzione e formazione;
- e) condizione abitativa;
- f) reti familiari, di prossimità e sociali.

La valutazione multidimensionale è composta:

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

La valutazione multidimensionale consente, di:

1. Identificare gli attivabili al lavoro

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

2. Trovare le cause di esclusione

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

3. Definire i patti per l'inclusione sociale

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

Obiettivi

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

Destinatari

La valutazione multidimensionale dei bisogni del nucleo familiare e la definizione del percorso personalizzato di inclusione sociale e lavorativa coinvolgono indistintamente tutti i nuclei beneficiari dell'ADIn,

indipendentemente dalla presenza o meno di componenti tenuti agli obblighi di attivazione lavorativa e dal loro eventuale indirizzamento anche ai servizi per il lavoro.

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

Modalità di accesso per i destinatari

A seguito dell'invio automatico dei dati del nucleo familiare al servizio sociale del Comune/ATS di residenza, si avvia il percorso di accompagnamento. I servizi sociali convocano il nucleo familiare entro 120 giorni dalla presentazione del Patto di Attivazione Digitale (PAD) ed effettuano una valutazione multidimensionale dei bisogni del nucleo familiare, finalizzata alla sottoscrizione di un patto per l'inclusione sociale. È auspicabile convocare i nuclei familiari entro 60 giorni dalla sottoscrizione del PAD in modo da arrivare a finalizzare il Patto di Inclusione Sociale entro 120 giorni. In ogni caso i beneficiari sono tenuti, anche in assenza di convocazione, a presentarsi ai servizi sociale entro 120 gg dalla sottoscrizione del PAD, pena la sospensione del beneficio.

Modalità operative

La valutazione multidimensionale è effettuata da operatori del servizio sociale coinvolgendo operatori afferenti alla rete dei servizi territoriali, con particolare riferimento ai servizi per l'impiego, la formazione, le politiche abitative, la tutela della salute e l'istruzione. La valutazione è organizzata in un'analisi preliminare e in un quadro di analisi approfondito, laddove necessario in base alla condizione del nucleo.

Gli strumenti di presa in carico dei beneficiari dell'ADIn sono disponibili in modalità informatica sulla Piattaforma GePi che consente di calendarizzare gli appuntamenti e formalizzare la valutazione multidimensionale. I componenti il nucleo collaborano con gli operatori dei servizi ai fini della valutazione multidimensionale e della definizione del Patto per l'inclusione sociale e si impegnano ad accettare espressamente gli obblighi e rispettare gli impegni previsti nel Patto.

L'analisi preliminare

L'analisi preliminare (AP) è finalizzata ad orientare, mediante colloquio con il nucleo familiare, le successive scelte relative alla definizione del progetto personalizzato. Il responsabile dell'analisi preliminare è un assistente sociale, opportunamente identificato dai servizi competenti dell'Ambito Territoriale Sociale (ATS). L'AP serve per indagare 5 dimensioni di analisi: anagrafica della famiglia e caratteristiche dei componenti, situazione economica della famiglia (ISEE), bisogni del richiedente e del suo nucleo, servizi attivi per il nucleo familiare ed elementi per la definizione del Patto. Laddove, in esito all'analisi preliminare, la situazione di povertà emerga come esclusivamente connessa alla sola dimensione della situazione lavorativa, i beneficiari sono indirizzati anche al competente centro per l'impiego per la sottoscrizione dei Patti per il lavoro. Laddove, in esito all'AP, emerga che uno o più componenti siano attivabili al lavoro, i beneficiari dovranno sottoscrivere oltre al Patto per l'inclusione sociale (PaIS) anche il Patto personalizzato a cura del Centro per l'impiego (CPI).

Quadro di analisi

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

Non si dà luogo alla costituzione di equipe multidisciplinari, nel caso in cui la persona sia stata già valutata da altri servizi, e quando, in esito all'analisi preliminare e all'assenza di bisogni complessi, non ne emerga la necessità. In tal caso, al progetto personalizzato eventualmente in versione semplificata, provvede il servizio sociale. I servizi sociali nel procedere alla valutazione multidimensionale dei bisogni del nucleo familiare, finalizzata alla sottoscrizione di un patto per l'inclusione avviano ai centri per l'impiego i componenti del nucleo familiare, di età compresa tra 18 e 59 anni, tenuti agli obblighi di attivazione lavorativa, qualora risultino attivabili al lavoro, per la sottoscrizione del patto di servizio personalizzato.

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

Monitoraggio

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

Professionalità coinvolte

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

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

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

Costi per i destinatari

Non ci sono costi per chi accede alla valutazione multidimensionale.

Finanziamenti

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

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

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

Ministero e Agenas: che (insana) passione per le classifiche

Claudio Maria Maffei

02 DIC -

Gentile direttore,

Io confesso: ho sempre trovato riprovevoli le classifiche in sanità e quindi quando ho trovato in rete un articolo dal titolo [“Classifiche: che \(insana\) passione!”](#) mi sono subito trovato entusiasticamente d'accordo. Quell'articolo si riferiva alle classifiche delle Università, ma anche da noi in sanità la passione per le classifiche dilaga e quel che più mi colpisce e sconcerta è che dilaga a livello istituzionale, e cioè a livello di Ministero e Agenas.

Avevo appena finito di lamentarmi per il terzo anno consecutivo della [classifica Agenas dei “migliori” ospedali](#) quando al Forum Risk Management di Arezzo Agenas e Ministero si sono scatenati, la prima con la classifica delle migliori Aziende Sanitarie Territoriali (AST) e delle migliori Aziende Ospedaliere (AO) e il secondo con la classifica mascherata, ma evidentissima, delle migliori sanità regionali.

Di queste classifiche Qs ci ha subito fornito i riferimenti: [qui](#) sulle due classifiche Agenas e [qui](#) sul monitoraggio ministeriale dei LEA.

Vediamo di capire i motivi per cui queste classifiche vanno bene in una dimensione giornalistica e perché non vanno bene e sono addirittura pericolose in una dimensione di sanità pubblica. Vanno bene in una dimensione giornalistica perché data l'autorevolezza della fonte le si prende per classifiche “scientifiche” e poi perché si prestano benissimo ad essere “notiziabili” sia a livello nazionale che a livello locale.

Questa loro notiziabilità diventa peraltro una occasione per la politica di esibire medaglie o negare i problemi. Prendiamo quella ministeriale delle migliori sanità regionali fatta cadere “a caso” in un paio delle [slide](#) della sua relazione “Verso un nuovo Patto per la salute” dal Dg della Programmazione sanitaria Americo Cicchetti in anteprima al Forum di Arezzo.

Di quella slide hanno parlato ad esempio tra gli altri [il Fatto Quotidiano](#), [il Manifesto](#), [Sky Tg 24](#) e [la Repubblica](#). Fra l'altro tutti gli interventi parlano di un premio da 200 milioni da dividersi tra le prime 5 Regioni in base alla loro popolazione residente, che mi pare una novità assoluta ignota anche all'Ufficio Parlamentare di Bilancio che nel marzo di quest'anno [in una sua nota](#) ha chiarito cosa siano le quote premiali all'interno del Fondo Sanitario Nazionale, quote che non c'entrano niente con questo nuovo premio di cui nessuno sembra sapere niente.

Tra i molti commentatori di questa classifica ministeriale sono pochissimi a saper interpretare la famosa slide di Arezzo, la cui lettura richiede di conoscere le caratteristiche del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) e cioè del sistema di indicatori con cui viene effettuato il monitoraggio dei LEA da parte del Ministero, monitoraggio che è a sua volta un altro oggetto misterioso ai più. Per i lettori di Qs basta rimandare con qualche commento alla [pagina del Ministero della Salute dedicata al NSG](#) e a [quella dedicata al monitoraggio dei LEA](#), ma a tutti gli altri chi glielo spiega che il NSG è un sistema di indicatori molto discutibile formato per il 2023 ai fini del monitoraggio da 22 indicatori distinti tra le tre aree della prevenzione (6 indicatori), della assistenza distrettuale (9) e della assistenza ospedaliera (7) e che la valutazione delle performance regionali va fatta area per area e che in ogni area occorre arrivare a un punteggio di almeno 60 su 100? Chi glielo spiega che fare una media del punteggio tra le tre aree come sembra fare la slide è sbagliato? E soprattutto chi glielo spiega che quel sistema è totalmente inadeguato a rappresentare le criticità del Ssn tanto che nel 2023 un'altra slide ci dice che nella assistenza ospedaliera 20 Province/Regioni su 21 hanno raggiunto la sufficienza.

Ma quando mai? Il fatto è che gli indicatori usati per il monitoraggio nel NSG sono in larga misura obsoleti tanto che nel 2024 dovrebbero essere in parte cambiati (peraltro con un miglioramento non sostanziale). Inutile addentrarsi qui nei particolari, basta sottolineare che “vendere” come classifica scientifica quella che viene fuori dal NSG non ha senso e che in larga misura la tenuta o il miglioramento di alcune Regioni dipende solo dal fatto che gli indicatori del monitoraggio sono messi negli obiettivi dei Direttori.

Così fanno ad esempio le Marche che, governate dal 2020 in modo tecnicamente disastroso dal centrodestra, si fanno belle del quinto posto nella slide come si può ad esempio leggere [qui](#).

Un difetto nel sistema di monitoraggio diventa pericoloso non solo per le medaglie che regala alla cattiva politica, ma anche perché nasconde i problemi e orienta le risorse in modo sbagliato.

Se, solo a titolo di esempio, gli indicatori di monitoraggio o non ci sono (demenze, servizi consultoriali, tempi di attesa per la chirurgia oncologica, rispetto degli standard ospedalieri, neuropsichiatria infantile, ecc.) o sono fatti male (salute mentale, appropriatezza dei ricoveri, ecc.) hai una serie di indicazioni per la politica che finiscono nelle categorie dei problemi falsi positivi (caso raro) o falsi negativi (caso comunissimo).

E adesso veniamo alle due classifiche Agenas sulle migliori performance a livello di AST e AO. Molto materiale su queste analisi si trova in [una pagina del sito dell'Agenas](#) cui rimando, come rimando alla [descrizione di metodi e risultati fatta qui su Qs](#).

Quello che mi preme qui sottolineare è che, al pari del monitoraggio ministeriale dei LEA, il principale errore è trasformare un sistema analitico di valutazione della performance discutibile (molti indicatori sono "fragili"), ma utile come punto di partenza, in un punteggio sintetico che consente una classifica per ciascuna tipologia di Azienda.

Classifiche che peraltro presentano contraddizioni sia con quella ministeriale che con altre classifiche Agenas. Faccio un paio di esempi: ho già detto che nel 2023 secondo il Nuovo Sistema di Garanzia tutte le Regioni e Province tranne una raggiungono la sufficienza nella assistenza ospedaliera, ma secondo l'Agenas, che lo scrive nel [suo rapporto di sintesi](#), molte AST hanno nella assistenza ospedaliera una performance bassa o molto bassa.

Se prendiamo invece le Aziende Ospedaliere il ranking che emerge dall'analisi della loro performance porta la "mia" Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche al diciassettesimo posto nel 2023 dopo essere [stata fatta salire al primo dall'Agenas in base ai dati del PNE dello stesso anno](#).

Trasformare in classifiche sistemi di monitoraggio immaturi e in evoluzione rende un cattivo servizio al Ssn, in cui esistono e permangono coni d'ombra enormi su problemi assistenziali gravissimi come la presa in carico delle malattie croniche e di tutte le forme di fragilità che gravano sui pazienti e le loro famiglie e su problemi organizzativi altrettanto gravi come la totale e sovrana indifferenza di alcune Regioni rispetto alle indicazioni del DM 70. Inutile nascondere: è scoraggiante vedere la "mia" Giunta che governa le Marche farsi bella di un quinto posto nella classifica ministeriale quando le sue AST sono tra le peggiori in Italia per la prevenzione e la sua AO è tra le peggiori in Italia quanto a tempi di attesa per la chirurgia oncologica.

Quanto è lontana Roma dalle realtà del Ssn, un problema che prima o poi andrà affrontato. Troppi universitari romani nei ruoli chiave del Ssn vanno bene per l'immagine del Governo, molto meno bene per l'efficacia dell'azione di governo della sanità pubblica. Opinione mia, ovviamente.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=126178



“La grande bugia dei 3 miliardi in più per la sanità”

“Restano al SSN poco più di 250 milioni da utilizzare per le proprie strutture, soldi destinati, sembra, all'aumento dei “premi” per medici e infermieri che acconsentono di lavorare di più! Ma lo sa il Governo che se non si fanno assunzioni il personale esistente già lavora di più?”

Lucio Mango, Docente di Management Sanitario presso l'Università UNINT di Roma, Responsabile Salute e Sanità Centroconsumatoriitalia.it

Egregio Direttore,

le chiedo un po' di spazio sul suo giornale per chiarirmi e cercare di chiarire quanto sta succedendo al nostro Sistema Sanitario Nazionale pubblico. La parola pubblico mi corre l'obbligo di usarla, perché sembra che qui ci stiamo dimenticando che il SSN italiano è stato per lunghi anni tra i migliori, se non il miglior Sistema sanitario a livello mondiale. E perché lo era, forse perché garantiva, ai sensi della Costituzione, un livello di salute inteso come lo intende l'OMS in senso totalitario. Cioè per tutti i cittadini in quanto tali.

E ora? Beh lo vediamo, un migrante che non voglia essere rinchiuso deve pagare 5000 euro e se vuole anche essere "curato" ne deve altri 2000, ma se avesse tutti questi soldi forse se ne sarebbe rimasto a casa e non avrebbe rischiato la vita "per non morire di fame o di guerra"! Dice il Governo, mai stanziati così tanti soldi per la sanità. A spanne sembrerebbe anche vero, ma analizziamo questi soldi in più per cosa sono stati decisi. E qui la grande bugia! Leggo sul suo giornale il 16 u.s.: Meloni: ["Per la sanità 3mld in più per abbattere liste d'attesa"](#) e come? Incentivando la formazione dei prescrittori per superare il problema della inappropriata prescrizione?

Non sembra. Forse adeguando e organizzando il territorio per "alleggerire" le grandi strutture dalle prestazioni di livello medio basso? Ma se il rimaneggiamento dei fondi del PNRR che in parte a questo serviva ha fatto ridurre le strutture territoriali previste di quasi due terzi, allora neanche a questo serviranno questi tre miliardi "in più". Dice ancora la Meloni: "Abbattimento delle liste d'attesa è una priorità che intendiamo perseguire con ... rinnovo del contratto comparto (2,3 mld)" Ah, ma questi due virgole 3 miliardi non erano ricompresi nei sette miliardi che il Governo ha stanziato per i rinnovi dei contratti dei dipendenti della PA? Quindi sarebbero comunque arrivati, infatti sfido qualunque datore di lavoro a firmare un rinnovo contrattuale senza aver prima controllato di avere le risorse per far fronte agli eventuali aumenti salariali. Perciò questi due virgole 3 miliardi non vanno considerati in più per la sanità, ma come risorse impiegate per un giusto e sacrosanto rinnovo contrattuale che era fermo da parecchi anni. Infatti si parla di (cito dal sito del Ministero della Pubblica Amministrazione) "conclusione della tornata contrattuale 2019-2021...con lo sguardo rivolto al passato, per riconoscere al personale sanitario quanto fatto nei difficili anni della pandemia...". Quindi che liste d'attesa, qui si parla di un riconoscimento di "...quanto fatto...", non di quanto previsto per ridurre le liste d'attesa.

Ci mancherebbe pure che un sudato e ritardato rinnovo contrattuale non riconoscesse i giusti diritti dei lavoratori della sanità. Quindi questi due miliardi e trecento milioni non contano affatto come incremento dello stanziamento per la sanità, ma, alla stregua degli altri cinque previsti per i rinnovi contrattuali di tutto il settore della PA, come uno giusto stanziamento che lo Stato come imprenditore fa per i propri dipendenti, indipendentemente dagli scopi sanitari. Beh ne resta uno di miliardo, anzi settecento milioni per l'abbattimento delle liste d'attesa (che poi sarebbe più giusto chiamare tempi d'attesa, infatti le liste si creano per prolungati tempi di esecuzione delle prestazioni). Bene, ma oltre 300 milioni sembrano destinati alle strutture private! E qui è che casca l'asino, se mi si consente l'affermazione.

Il ricorso al privato accreditato è infatti una misura controproducente per molti fattori. Primo fra tutti la discrezionalità dei gestori privati di offrire prestazioni "convenienti", cioè quelle di scarso impegno e di elevata remunerazione. Infatti non risulta essere mai stato attuato il sistema di accreditamento previsto fin dal 1992 dal D.lgs. 502. Il sistema prevedeva che le ASL contrattualizzassero con i fornitori privati accreditati le prestazioni di cui avevano bisogno, invece si è lasciato ai suddetti fornitori la discrezionalità di offrire prestazioni "convenienti", lasciando la fase contrattuale allo stabilimento di un "tetto" economico di rimborso, quale che fosse la prestazione. Il grande fallimento dell'accREDITamento. Questo significa che il privato, con motivazioni ed esigenze diverse da quelle del SSN prospera pagato dalle risorse pubbliche. Risorse che dovrebbero e potrebbero essere impiegate diversamente e con motivazioni rivolte al pubblico anziché al profitto dei privati.

Restano quindi al SSN poco più di 250 milioni da utilizzare per le proprie strutture, soldi destinati, sembra, all'aumento dei "premi" per medici e infermieri che acconsentono di lavorare di più! Ma lo sa il Governo che se non si fanno assunzioni il personale esistente già lavora di più? Lo sa il Governo che c'è una forte caduta di nuove iscrizioni ai corsi di laurea in sanità, particolarmente infermieri? Lo sa il Governo che c'è un travaso anomalo di personale della sanità dal pubblico al privato proprio per la scellerata scelta di finanziare i privati con soldi pubblici?

Ecco quindi svelato il falso aumento di finanziamenti alla sanità pubblica, tralasciando considerazioni sugli aumenti dei costi di tutti i tipi che di fatto limano i presunti aumenti di finanziamento e tralasciando le considerazioni dell'impatto percentuale del finanziamento sul PIL che si avvia ad essere poco più del 6%, rispetto al 7.1 della media europea e dell'oltre 10 della Germania.

["La grande bugia dei 3 miliardi in più per la sanità" | Sanità Informazione](#)

quotidiano**sanità**.it

Il rapporto Oasi e la possibile cura per il Ssn: fuochino...fuochino

Claudio Maria Maffei

Gentile direttore,

ho molto apprezzato [il primo capitolo del Rapporto OASI 2024](#) scritto da Francesco Longo e Alberto Ricci, efficacemente sintetizzato qui su Qs da [Lucia Conti qui su Qs](#).

In questo capitolo si cerca di fare una diagnosi sulle principali criticità di sistema (da qui il titolo, Diagnosi principale: quattro criticità e quattro prospettive "impopolari" per il cambiamento) e su questa impostare un possibile percorso di cura.

Rimando alla lettura in esteso del capitolo per ricostruire bene i passaggi che contiene e che provo a ricostruire qui "a modo mio" solo per poter poi aggiungere qualche considerazione personale in termini di diagnosi e cura della crisi del Ssn.

Sul versante della cura, ritengo che Longo e Ricci abbiano ben ricostruito i motivi per cui è arduo aspettarsi un incremento del finanziamento del Ssn che lo allinei a quello del sistema a lui più simile, e cioè a quello del National Health Service britannico, e giustamente correlano tale dato alla struttura demografica del nostro Paese.

Ci si trova così (prima criticità) ad affrontare con meno risorse una popolazione con più bisogni. Una seconda criticità viene identificata nella pretesa di garantire una universalità di accesso ad un menù di prestazioni/servizi incompatibile con le risorse disponibili rinunciando a prendersi la responsabilità di definire e selezionare esplicitamente le priorità.

La terza criticità riguarda lo sbilanciamento della attenzione e delle risorse a favore della produzione anziché del governo della domanda, il che porta ad una sicura sconfitta nella eterna lotta (espressione mia) contro le liste di attesa. La quarta criticità viene identificata con la forbice che si crea tra una domanda in aumento e una capacità di produzione in diminuzione.

Al di là di una valutazione di merito di ciascuna di queste quattro criticità, credo vada apprezzato lo sforzo di tentare usando i dati disponibili una analisi non semplicistica che unisca i puntini per fare una diagnosi di sistema (non a caso il capitolo si intitola "inquadramento di sistema").

Sul versante della cura, le prospettive "impopolari" suggerite sono il governo delle aspettative per "determinare una convergenza tra il prescritto e l'erogabile dal Ssn", la promozione di una efficienza impopolare che cerchi il recupero di efficienza nei rami alti delle scelte di politica sanitaria (ad esempio nel ridimensionamento della ipertrofica rete ospedaliera), l'aumento delle risorse attraverso "un sistema di ridotte, ma più capillari partecipazioni, che riequilibri i contributi forniti e i benefici ottenuti tra cittadini-pazienti e Ssn" e infine una rivoluzione nella geografia dei servizi che superi "le lobby professionali e i silos organizzativi".

Anche su questo versante della cura, è decisamente apprezzabile il tentativo di dare sistematicità alla proposta (che ovviamente gli Autori stessi non pretendono esaustiva) e di fondarla su una serie di elementi qualitativi e quantitativi espliciti.

Credo valga la pena di condividere il punto di vista degli Autori sintetizzato alla fine del capitolo: "avere uno sguardo onesto sulla natura e sull'entità dei problemi richiede una postura adulta, non consolatoria, in grado di stare nella realtà del presente: la consapevolezza delle evidenze, seppur dolorose, dovrebbe essere un

punto di partenza per tutti coloro che intendono far crescere la sanità italiana. Da qui i manager del SSN possono ripartire, per continuare a far crescere le loro organizzazioni e ad essere generativi.”

La riflessione su questo punto di vista può essere aiutata dall'intervento qui su Qs [da Francesco Longo e Alberto Ricci](#) pubblicato in occasione della presentazione del Rapporto OASI 2024, un intervento dedicato ad una riflessione sul ruolo del management e dei professionisti per la riorganizzazione profonda del Ssn.

Da questo intervento estrapolo un passaggio secondo me fondamentale: “Spesso il management sarà chiamato a promuovere il cambiamento e a renderne tangibili i risultati, spingendo la politica a sostenere la legittimità e la convenienza di compiere alcune scelte, a prima vista inedite e quindi problematiche in termini di consenso.”

E adesso provo a fare qualche considerazione su questo capitolo nella consapevolezza della evidente sproporzione tra la mia capacità di analisi e quella dei curatori del Rapporto OASI 2024, scaricabile [qui](#) assieme a tutti i precedenti Rapporti dal 2003 in poi.

Il capitolo assume particolare rilevanza perché è in qualche modo il trailer che lancia il Rapporto e perché è la parte che verrà letta di più e da un pubblico più ampio. Parto dalla espressione “diagnosi principale”.

Nelle linee guida per la codifica della Scheda di Dimissione Ospedaliera la diagnosi principale è la “condizione morbosa, identificata alla fine del ricovero, che risulta essere la principale responsabile del bisogno di trattamento o di indagini diagnostiche.”

Nel nostro caso, quello in cui il paziente è addirittura il Ssn, nella diagnosi principale dovrebbero essere fatte rientrare tutte le condizioni più importanti che influenzano il decorso della malattia, quelle su cui andrebbe costruito il profilo di cura.

Bene, a me pare che la diagnosi principale non includa alcuni problemi clinici sfuggiti forse perché a farla sono stati degli aziendalisti, come giusto che sia in un Rapporto dell'Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema Sanitario Italiano che è principalmente destinato al mondo delle Aziende a partire da chi le dirige, come dimostra il linguaggio utilizzato, decisamente ostico per i laici.

Nel capitolo introduttivo a me sembra che abbiamo trovato poco spazio o abbiamo avuto una trattazione inadeguata diverse criticità, tra quelle che meritano di essere incluse nella diagnosi principale. In queste considerazioni mi porto dietro la mia esperienza di Osservatorio (personale) sulla sanità delle Marche, una Regione che per la sua natura intrinsecamente “mediana” ha dentro le dinamiche di tante altre Regioni.

Tra le criticità maggiori mi sembra manchino:

- il tema delle risorse umane, che include una grande quantità di problemi come le difficoltà di reclutamento per alcune figure e in alcuni settori e la fuga dal Ssn pubblico;
- il tema della grande variabilità in termini di capacità programmatiche e gestionali tra i vari Servizi Sanitari Regionali;
- il tema dei fondi integrativi;
- il tema del disinvestimento dalla prevenzione e dai servizi territoriali in genere;
- il tema a livello regionale clamorosamente evidente e pesante della ingerenza della politica in scelte che dovrebbero essere tecniche e della inadeguatezza della politica nel fare le scelte che le sono proprie;
- il tema della incapacità di governo centrale del Ssn (che va integrato col punto precedente).

Tra le criticità incluse nella diagnosi principale trattate in modo inadeguato mi sembra vadano segnalate:

- la sottovalutazione delle inefficienze che permangono anche ai rami bassi per le quali mi limito al tragico e scandaloso esempio della edilizia sanitaria (che fosse per me gestirei in modo totalmente diverso);
- la visione riduttiva delle inefficienze nei rami alti che vanno molto al di là dei piccoli ospedali e della frammentazione delle attività complesse e delle strutture ambulatoriali per includere ad esempio il sistema della emergenza territoriale;
- la sopravvalutazione di competenze e ruolo delle Direzioni come testimoniata dalla frase citata prima sul management “chiamato a promuovere il cambiamento e a renderne tangibili i risultati, spingendo la politica a sostenere la legittimità e la convenienza di compiere alcune scelte, a prima vista inedite e quindi problematiche in termini di consenso”;

- la sottovalutazione delle distanze tra management e professionisti che aumentano tanto più quanto diminuiscono quelle tra politica e management.

Questi miei personali appunti possono essere semplificati ad esempio accorpando diverse criticità in una unica relativa alla perdita di senso del rapporto tra politica, management e professionisti e, a questo punto, cittadini.

Con una grande variabilità tra Regioni, ma nelle Marche è così.

Per concludere, ribadisco il mio grande apprezzamento per il lavoro sistematico e continuo che porta ogni anno alla presentazione e pubblicazione del Rapporto OASI.

In ossequio al periodo natalizio appena cominciato mi permetto di ricordare scherzosamente ancora una volta che io attendo in questo periodo dell'anno l'uscita del Rapporto OASI come Dan Aykroyd ed Eddy Murphy aspettavano alla Borsa di New York i dati sulla raccolta di arance in "Una poltrona per due", il film natalizio per definizione e programmazione.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=126375



DIPARTIMENTO DI SCIENZE SOCIALI ED ECONOMICHE

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA



XX edizione
a.a. 2024-25

Master di II livello in

MANAGEMENT E INNOVAZIONE NELLE AZIENDE SANITARIE

OBIETTIVI FORMATIVI

- fornire una formazione avanzata nell'area dell'organizzazione e dell'innovazione delle aziende sanitarie;
- far maturare le necessarie conoscenze sociologiche, economiche, giuridiche, etiche, manageriali e finanziarie, per comprendere e gestire efficacemente il processo di aziendalizzazione della Sanità Pubblica sulla base del rispetto dei principi del welfare;
- far acquisire le principali tecniche di governance aziendale quali la gestione delle risorse umane, l'analisi organizzativa e dei processi, l'analisi degli esiti e delle performance, il monitoraggio e la valutazione.

DOCENTI DEL MASTER

Professori accademici (Sapienza Università, Università Roma Tor Vergata, Politecnico Marche, Istituto Sant'Anna di PISA/MES, Università di Padova, Università di Ferrara, Università di Bologna) e professionisti impegnati nel settore della sanità italiana, economisti, sociologi, medici, manager, consulenti, esperti in comunicazione provenienti dai seguenti enti: Ministero della sanità, Istituto Superiore di Sanità, AGENAS, CNR ITS, AUSL e Aziende Ospedaliere della Lombardia, del Veneto, dell'Emilia Romagna, della Toscana, delle Marche, dell'Umbria e del Lazio, CREA Sanità, Fondazione "S. Ventin" Roma, Cittadinanzattive.

DESTINATARI

Il Master è rivolto principalmente al *personale dirigente di strutture sanitarie, aventi almeno 5 anni di anzianità di servizio alla data di scadenza del bando, e al personale delle strutture presenti nel territorio della Regione Lazio.*
L'iscrizione al Master è aperta comunque a tutti coloro che sono interessati ad acquisire una formazione manageriale in ambito sanitario, purché in possesso di un diploma di laurea magistrale specialistica, di qualsiasi classe di laurea e Facoltà di provenienza.
Il numero massimo di partecipanti è di 30.
È prevista la fruizione di moduli singoli, come *studenti editori*, fino all'acquisizione di un massimo di 20 cfu e con il rilascio di un attestato finale di frequenza.

TITOLI RILASCIATI

- Ai Dirigenti con anzianità di servizio di almeno 5 anni alla scadenza del bando sarà rilasciato, previo frequenza dei Moduli didattici dedicati e superamento della prova finale, l'*Attestato di formazione Manageriale da parte della Regione Lazio (che ha validità di sette anni dalla data del rilascio) o il Diploma di Master di II livello da parte dell'Università.*
- Agli iscritti non "dirigenti con anzianità di servizio di almeno 5 anni" sarà rilasciato solo il *Diploma di Master di II livello da parte dell'Università*

Il Master è progettato rispettando i requisiti per la formazione manageriale dei dirigenti sanitari del Servizio Sanitario Nazionale disciplinati dagli artt. 10 e 16 quinquies del D.Lgs. 502/1992, dell'art. 7 del D.P.R. 484/1997 e dell'accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 1997/2003. Nell'attuale edizione, inoltre, il Piano Formativo del Master ha integrato i principi dell'Accordo stipulato ad ottobre 2019 tra l'Ateneo e la Regione Lazio in applicazione delle D.G.R. Lazio n. 438 del 2/07/2019 e n. 520 del 30/07/2019.

MODULI DIDATTICI

La didattica frontale si articola in 5 moduli focalizzati su:

- La complessità delle trasformazioni e le reti in sanità
- Governance e cambiamento: strumenti di management
- La managerialità in rete: interpretazioni etiche e comunicative
- La governance della qualità nelle strutture sanitarie: rischio clinico, FODA, budgeting
- Le sfide dell'innovazione organizzativa in sanità: integrazione socio-sanitaria, dall'ospedale al territorio, management amministrativo, management dell'emergenza-urgenze

ARTICOLAZIONE DEL CORSO

Durata: annuale.

Credit: 60 cfu, pari a 1800 ore di studio:

- 400 ore di didattica frontale,
- 200 ore di stage/ tirocinio
- 300 ore per project work,
- 100 ore per elaborato finale,
- 400 ore di studio individuale.

SCADENZE E COSTI

Iscrizioni: **entro il 31 gennaio 2024.**
Didattica frontale: da fine febbraio 2024 a febbraio 2025.

Costo annuo: 4.000 euro.

SEDE LEGALE E AULE

Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche
Sapienza Università di Roma
Via Salara 113, Roma.

REFERENTI E CONTATTI

Direttore: Prof.ssa Laura Franceschetti
Coordinatore Scientifico: Prof. Giorgio Santolite

Per informazioni:
Tel. 06 - 7894422
Email: mastermiias.direzione@uniroma1.it

WebSite: <https://web.uniroma1.it/06es/master-mias>

Scenari della sanità



Commissioner for Health and Animal Welfare

Caro Olivér,

La Commissione in cui saremo presenti insieme sarà chiamata a fare delle scelte che plasmeranno il nostro continente e la nostra Unione per anni e decenni a venire. In un periodo di grande instabilità globale e grandi aspettative nei confronti degli europei, dobbiamo essere all'altezza di questa responsabilità. Dobbiamo dare il massimo e guidare in prima linea, lavorando a stretto contatto con le persone e le regioni d'Europa e con i parlamenti, i governi e le istituzioni che le servono.

Questo era lo spirito delle Linee guida politiche che ho presentato al Parlamento europeo nel luglio 2024, il nostro piano comune per la forza e l'unità dell'Europa.

Si concentra sul garantire la nostra sicurezza in ogni senso in un mondo più pericoloso e turbolento, sul sostenere le persone e i cittadini rafforzando la nostra prosperità, la nostra economia sociale di mercato, le transizioni verdi e digitali e sostenendo la nostra qualità di vita unica.

Rafforzeremo la nostra democrazia, ci uniremo attorno ai nostri valori e ci assicureremo di essere più forti in patria. Collaboreremo con i nostri partner e affermeremo meglio i nostri interessi in tutto il mondo.

Insieme, risponderemo alle preoccupazioni e alle aspettative reali e legittime che gli europei hanno espresso alle ultime elezioni.

Saremo più vicini alle persone e alle aziende dove conta davvero, con supporto pratico e investimenti sostenuti. Ci impegneremo a rendere l'Europa più veloce e semplice nel modo in cui agiamo e nel modo in cui interagiamo con le persone. E lavoreremo per l'unità europea a ogni svolta, a partire dall'interno del nostro College. Sono convinto che la vostra esperienza, motivazione e impegno europeo saranno una parte essenziale di questo team. Questa lettera espone le mie aspettative per il nostro lavoro collettivo, così come per la vostra missione.

Nuova Commissione, nuovo approccio

Le priorità che ho definito nelle Linee guida politiche non sono aree di lavoro autonome. Sono tutte collegate e avranno tutte un impatto reciproco. Lo stesso varrà per il lavoro del College nel suo insieme e per ciascuno dei suoi membri che lavorano insieme in uno spirito di collegialità.

Mi aspetto che ogni membro del College si assuma la piena responsabilità di quanto concordato.

Ogni membro del College è uguale e ogni membro del College avrà la stessa responsabilità di realizzare le nostre priorità. Con questo in mente, mi aspetto cooperazione a tutti i livelli e che assumiate un ruolo attivo in tutte le priorità e facilitate l'accesso ai vostri servizi laddove le responsabilità degli altri commissari lo richiedano. Lavorerete con me e con il commissario per il bilancio, la lotta alle frodi e la pubblica amministrazione per un bilancio a lungo termine più semplice, più mirato e reattivo che rifletta le priorità strategiche europee e la nostra ambizione di essere una Commissione per gli investimenti.

Data la natura trasformativa del prossimo bilancio a lungo termine, e per adattarci al nostro approccio moderno e alle nuove priorità di spesa, esaminerò la struttura del College e le missioni di ciascun membro del College. Vorrei anche che tutti voi svolgeste un ruolo attivo nel supportare i paesi candidati a prepararsi all'adesione all'Unione nei rispettivi ambiti politici.

Conto su di voi quando si tratta delle revisioni delle politiche pre-allargamento e per il nostro più ampio ambizioso programma di riforme. Mi aspetto che tutti voi contribuiate al raggiungimento dei nostri obiettivi climatici concordati, in particolare quelli stabiliti per il 2030 e l'obiettivo della neutralità climatica per il 2050. Mentre ci dirigiamo verso il 2030, ciascun membro del College garantirà il raggiungimento degli obiettivi e dei target dell'UE definiti per quell'anno, nonché degli obiettivi di sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite nei rispettivi ambiti politici. Il College nel suo insieme sarà responsabile dell'attuazione complessiva degli obiettivi.

Oltre a quanto elencato nella vostra missione individuale di seguito, vorrei che tutti i membri del College attingessero a relazioni recenti o imminenti. Tra questi rientrano in particolare la relazione Draghi sul futuro della competitività europea, la relazione Niinistö su come migliorare la preparazione e la prontezza civile e di difesa dell'Europa, la relazione del dialogo strategico sul futuro dell'agricoltura dell'UE e la relazione Letta sul futuro del mercato unico.

Lavorare insieme per l'Europa, lavorare più da vicino agli europei

Per garantire la fiducia degli europei, voglio anche che il Collegio sia leader in materia di apertura, trasparenza e rappresentanza.

1. In primo luogo, questa Commissione rafforzerà il suo rapporto con le istituzioni dell'UE. Mi aspetto che tutti i Commissari siano presenti al Parlamento europeo, sia nei dibattiti in plenaria, sia nelle riunioni di commissione che nei triloghi. Allo stesso modo, mi aspetto che tutti i Commissari interagiscano con gli Stati membri e partecipino alle formazioni del Consiglio pertinenti. Ciò è essenziale per garantire la responsabilità e comunicare meglio il nostro lavoro e la nostra pianificazione. Vi chiederò di organizzare un dialogo strutturato con la vostra rispettiva commissione parlamentare per tracciare una strada da seguire per qualsiasi risoluzione dell'articolo 225 adottata dal Parlamento che richieda proposte legislative. Ciò farà parte del nostro lavoro per garantire la trasparenza e il flusso di informazioni con il Parlamento e il Consiglio, in particolare prima di eventi importanti e nelle fasi chiave dei negoziati internazionali.
2. In secondo luogo, questa Commissione sarà più presente sul campo, più spesso e in più regioni. Vorrei che visitaste regolarmente gli Stati membri. Vi incoraggio ad andare a livello locale, visitare luoghi e incontrare europei da tutta la nostra Unione, comprese le città, le zone rurali e scarsamente popolate. La nostra rete di Rappresentanze vi sosterrà in questo. Dovreste incontrare rappresentanti di aree regionali o locali, in particolare affidandovi alla nostra rete di Consiglieri locali dell'UE, e dare maggiore visibilità ai progetti dell'UE che fanno la differenza nella vita delle persone sul campo. Quando interagite con i nostri partner internazionali, sarete supportati anche dalla nostra rete di delegazioni dell'UE in tutto il mondo. Mi aspetto che comunichiate attivamente sulle azioni e le decisioni della Commissione e spieghiate i vantaggi e le opportunità derivanti dal nostro lavoro. Dovreste anche contribuire a contrastare la disinformazione, in particolare fornendo informazioni chiare e accurate in ogni momento.
3. In terzo luogo, questa Commissione darà inizio a una nuova era di dialogo con i cittadini e le parti interessate. Dovreste organizzare una prima edizione dei dialoghi annuali sulle politiche per i giovani entro i primi 100 giorni in modo che i giovani possano essere ascoltati e possano contribuire a dare forma al vostro lavoro. Questo farà parte del nostro lavoro per integrare la partecipazione dei cittadini nel nostro lavoro. Faremo leva sulla Conferenza sul futuro dell'Europa per instillare una vera e duratura cultura di democrazia partecipativa. Sceglieremo aree politiche e proposte in cui le raccomandazioni di un European Citizens' Panel avrebbero il valore maggiore e daremo seguito alle loro proposte.

4. In quarto luogo, ogni membro del College deve dimostrare un vero impegno europeo senza ombra di dubbio ed essere completamente indipendente nella propria azione. Mi aspetto la piena adesione a tutte le norme applicabili in materia di integrità, imparzialità ed etica da parte di tutti, a partire dal Codice di condotta. Garantirete che le norme sulla trasparenza e sugli incontri con i rappresentanti degli interessi siano pienamente rispettate, anche per il vostro personale e i vostri servizi. Rafforzeremo il nostro sistema di trasparenza estendendo i requisiti del Registro per la trasparenza a tutti i dirigenti.
5. In quinto luogo, faremo in modo che la Commissione diventi più rappresentativa delle persone che serviamo. Abbiamo fatto molti progressi in termini di equilibrio di genere nella gestione, ma c'è chiaramente ancora molto da fare. Rispecchiando la forza dell'UE nella diversità, il vostro Gabinetto dovrebbe garantire l'equilibrio di genere e geografico.

Mentre il Berlaymont rimarrà la vostra sede principale, avrete anche un ufficio all'interno della vostra Direzione generale e dovrete essere presenti regolarmente per lavorare a stretto contatto con il vostro personale e i vostri servizi. Garantiremo collettivamente che la Commissione sia un luogo di lavoro inclusivo, rispettoso e sicuro.

Rendere l'Europa più semplice e veloce

Il successo di questa nuova Commissione sarà misurato in base alla nostra capacità di raggiungere gli obiettivi e gli scopi che abbiamo fissato, in particolare come parte del Green Deal europeo.

Sarete responsabili della realizzazione degli obiettivi e dei traguardi politici all'interno del vostro portafoglio. Per raggiungere questo obiettivo, dovrete sfruttare appieno tutti gli strumenti per l'attuazione e l'applicazione, comprese le procedure di infrazione.

Garantirete che le norme esistenti siano adatte allo scopo e vi concentrerete sulla riduzione degli oneri amministrativi e sulla semplificazione della legislazione. Devi contribuire a ridurre gli obblighi di rendicontazione di almeno il 25%, e per le PMI almeno del 35%. Dovresti sfruttare la potenza degli strumenti digitali per fornire soluzioni migliori e più rapide. Dobbiamo ascoltare tutte le aziende e le parti interessate che lavorano quotidianamente per conformarsi alla legislazione dell'UE. Organizzerai almeno due dialoghi di attuazione all'anno con le parti interessate per allineare l'attuazione alle realtà sul campo. Preparerai una relazione annuale sui progressi in materia di applicazione e attuazione per le rispettive commissioni parlamentari e formazioni del Consiglio.

Lavorerai anche per testare lo stress dell'acquis dell'UE e presentare proposte per eliminare sovrapposizioni e contraddizioni ed essere completamente compatibili digitalmente, mantenendo al contempo standard elevati.

La nuova legislazione deve garantire che le nostre regole siano più semplici, più accessibili ai cittadini e più mirate. Garantirai che i principi di proporzionalità, sussidiarietà e migliore regolamentazione siano rispettati, anche attraverso ampie consultazioni, valutazioni d'impatto, una revisione da parte del Regulatory Scrutiny Board indipendente e un nuovo controllo delle PMI e della competitività. Le proposte devono essere basate su prove e il Centro comune di ricerca, il nostro servizio scientifico interno, può supportarti in tale lavoro.

La tua missione

Vorrei affidarti il ruolo di Commissario per la Salute e il Benessere degli Animali.

L'Europa ha compiuto passi storici dopo la pandemia di COVID-19 e le sfide che ha portato ai nostri sistemi sanitari, alle nostre società e alle nostre economie. Mentre superavamo la pandemia, sono emerse nuove minacce e sfide per la salute e dobbiamo continuare a rafforzare la nostra prevenzione, resilienza e competitività attraverso le nostre politiche sanitarie.

- Ti concentrerai sul completamento dell'Unione Europea della Salute, diversificando ulteriormente le catene di approvvigionamento, migliorando l'accesso ai trattamenti più avanzati, aumentando la competitività, la resilienza e la sicurezza dei sistemi sanitari e lavorando su inventari strategici.

- Continuerai inoltre a basarti sull'approccio One Health, riconoscendo la connessione tra persone, animali, piante e il loro ambiente condiviso. Sarai responsabile del benessere degli animali. Gli ultimi anni hanno evidenziato l'importanza di questo approccio e dimostrato la necessità di una vera Unione Europea della Salute.
- Proporrà un Critical Medicines Act per affrontare le gravi carenze di medicinali e dispositivi medici e ridurre le dipendenze relative a medicinali e ingredienti critici, nonché per garantire la fornitura di medicinali a prezzi accessibili.
- L'Europa ha bisogno di un settore farmaceutico forte, competitivo e innovativo. Guiderai gli sforzi per supportare il Parlamento europeo e il Consiglio nel concludere i lavori sulla riforma farmaceutica e nel dare seguito alla sua attuazione.
- Vorrei che guidassi i lavori su un nuovo European Biotech Act, concentrandoti sulla necessità di un ambiente normativo favorevole all'innovazione in aree di valutazione delle tecnologie sanitarie, sperimentazioni cliniche e altro.
- Garantirai la disponibilità e la competitività dei dispositivi medici, anche intensificando l'attuazione del quadro attuale e valutando la necessità di potenziali modifiche legislative.
- Voglio che intensifichi il nostro lavoro sulla salute preventiva, assicurando un approccio completo alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie durante tutto il corso della vita. Investire in efficaci misure di prevenzione ridurrà il peso delle malattie non trasmissibili, contribuendo ad alleggerire il carico sui sistemi sanitari e sostenendo una sana longevità.
- Come parte di questo, vorrei che garantissi l'attuazione del piano europeo per combattere il cancro. Dovresti attingere a questo lavoro per progettare un approccio comune in altre aree, esaminando in particolare la salute mentale, le malattie cardiovascolari, le malattie degenerative, l'autismo e altre malattie non trasmissibili.
- Come parte del lavoro sulla salute preventiva, dovresti affrontare altri fattori di rischio. Ciò include la valutazione e la revisione della legislazione sul tabacco, in particolare affrontando le preoccupazioni relative all'accesso dei giovani ai nuovi prodotti del tabacco e della nicotina.
- Continuerai il lavoro sulla resistenza antimicrobica (AMR) come una delle principali minacce per la salute, collaborando con gli Stati membri per raggiungere gli obiettivi del 2030.
- Vorrei che ti concentrassi sull'impatto dei social media e del tempo eccessivo trascorso davanti agli schermi sulle persone, in particolare sui giovani, e sul loro benessere e salute mentale. Conduirai un'indagine a livello dell'UE sugli impatti più ampi dei social media sul benessere per avviare un dibattito basato sulle prove sulla questione.
- Sulla base dell'attuale legislazione sul benessere degli animali, modernizzerai le norme sul benessere degli animali, comprese quelle sull'importazione di animali esotici, gli standard, affrontando al contempo la sostenibilità, le considerazioni etiche, scientifiche ed economiche e le aspettative dei cittadini.
- Proporrà azioni per prevenire e ridurre lo spreco alimentare. Lavorerai per migliorare la sostenibilità, la sicurezza e l'accessibilità della produzione e del consumo alimentare lungo tutta la filiera alimentare, anche attraverso la produzione biologica e l'uso accelerato di biocontrolli.
- Garantirai un elevato livello di fiducia da parte di utenti e consumatori e lavorerai per aumentare i controlli sui prodotti importati. Sarai responsabile dell'applicazione degli standard di sicurezza alimentare. Gli standard di sicurezza alimentare dovrebbero basarsi su pareri scientifici indipendenti e in consultazione con gli Stati membri dell'UE e le parti interessate.
- Vorrei che lavorassi insieme al Vicepresidente esecutivo per la sovranità tecnologica, la sicurezza e la democrazia per preparare un piano d'azione europeo sulla sicurezza informatica di ospedali e operatori sanitari nei primi 100 giorni del mandato. Dovresti lavorare per completare lo spazio europeo dei dati sanitari. Promuoverai l'adozione dell'intelligenza artificiale, in particolare attraverso linee guida chiare e tempestive sul suo utilizzo nel ciclo di vita dei medicinali. Farai proposte per aumentare le capacità di sequenziamento del genoma.
- Di norma, lavorerai sotto la guida del Vicepresidente esecutivo per una transizione pulita, giusta e competitiva. La Direzione generale della Salute e della sicurezza alimentare ti supporterà in questo ruolo.

Avanti

Le azioni elencate in questa lettera daranno forma al vostro lavoro. Tuttavia, dovremo completare e adattare man mano che andiamo avanti e conto sulle vostre idee e competenze in questo senso. Oltre alle riunioni del College e alle nostre discussioni continue, vi inviterò ogni sei mesi per una riunione di reporting strutturata per discutere dei progressi e delle sfide nel realizzare la vostra missione.

Riflettendo la natura in evoluzione delle priorità politiche, la Commissione deve rimanere agile nell'assegnare il personale dove più necessario. Mi aspetto che svolgiate un ruolo collegiale in questo, lavorando con i vostri servizi per identificare le efficienze e contribuendo agli sforzi di redistribuzione aziendale in tutta la Commissione.

Data la portata delle sfide e i numerosi problemi nella nostra posta in arrivo, dobbiamo partire subito.

Non vedo l'ora di lavorare a stretto contatto per l'Europa.

Cordiali saluti,

THE LANCET

[Questo diario](#) [Riviste](#) [Pubblicare](#) [Clinico](#) [Salute globale](#) [Multimedia](#) [Eventi](#) [Di](#)

EDITORIALE · Volume 404, Numero 10469, P2223, 07 dicembre 2024

[Scarica il numero completo](#)

Una tabella di marcia per una salute migliore negli USA

[La lancetta](#)

Il 20 gennaio 2025, l'amministrazione Trump assumerà il comando in un momento cruciale per la salute negli Stati Uniti. Per affrontare la serietà del compito che lo attende, *The Lancet* pubblica oggi quello che può fungere da libro informativo presidenziale, riunendo le migliori prove sullo stato di salute negli Stati Uniti e alcune soluzioni per migliorarlo.

I cinque articoli di ricerca pubblicati in questo numero dipingono un quadro desolante della salute negli Stati Uniti, con disparità geografiche, razziali, etniche, di genere e socioeconomiche al centro della situazione del paese.

Gli Stati Uniti si trovano nella poco invidiabile posizione di avere l'aspettativa di vita più breve tra tutti i paesi ad alto reddito.

In otto stati degli Stati Uniti, gli anni di vita persi per disabilità sono più alti che in qualsiasi altro paese al mondo.

Fattori di rischio tra cui obesità, uso di droghe, uso di tabacco e cattiva alimentazione stanno alimentando i decessi per malattie non trasmissibili, come tumori, diabete e malattie cardiovascolari.

Le politiche per affrontare sovrappeso e obesità "hanno fallito" secondo i GBD 2021 US Obesity Forecasting Collaborators; sovrappeso o obesità colpiscono ora tre quarti degli adulti e dei bambini negli Stati Uniti e costano al sistema sanitario [173 miliardi di dollari all'anno](#).

I maschi nativi americani e dell'Alaska sono stati la popolazione statunitense con il più grande calo dell'aspettativa di vita dal 2000 al 2021.

I neri hanno avuto la seconda aspettativa di vita più bassa nel 2021 e i bianchi nelle contee a basso reddito degli Appalachi e della Lower Mississippi Valley non hanno avuto alcun aumento dell'aspettativa di vita.

Le previsioni indicano che l'aspettativa di vita negli Stati Uniti aumenterà lentamente entro il 2050, ma a livello globale si prevede che il paese scivolerà dal 49° al 66° posto tra 204 paesi e territori. Se vogliamo reimmaginare degli Stati Uniti sani, cosa deve succedere?

Il contenuto di questo numero fornisce una guida. Il miglioramento della salute dal primo giorno della nuova amministrazione potrebbe iniziare con la continuazione o il rafforzamento di programmi di successo che hanno già un quadro giuridico e politico esistente, ad esempio, mantenendo l' [Affordable Care Act](#) e mantenendo l'espansione di Medicaid, che consente un'assicurazione sanitaria gratuita per coloro che hanno redditi fino a 20.783 dollari USA nel 2024.

Per dare al 16% dei bambini che vivono in povertà negli Stati Uniti la migliore possibilità di una vita sana, guarda all'espansione del credito d'imposta per i figli nel 2021, che ha portato a un calo storico della povertà infantile. 147 paesi hanno già una qualche forma di trasferimento di denaro per i figli, questa non è una politica radicale.

Smettete di erodere il diritto all'intero spettro dell'assistenza sanitaria riproduttiva e ripristinate il diritto all'aborto, che garantisce che metà della popolazione statunitense abbia la libertà personale di vivere secondo i propri termini. Anche l'infrastruttura sanitaria deve essere rafforzata.

Non sventrate l'NIH e il CDC. Queste istituzioni sono la prima linea di difesa per gli americani in un mondo imprevedibile di pandemie, epidemie di routine trasmesse da alimenti e gli inevitabili effetti del cambiamento climatico; promuovono anche lo sviluppo della prossima generazione di scienziati, che devono essere preparati per le sfide sanitarie future.

Infine, la posizione degli USA come leader mondiale della salute nella preparazione alle pandemie e nella lotta contro l'HIV, la tubercolosi e la malaria dovrebbe essere mantenuta mantenendo la rotta con i finanziamenti statunitensi per la salute globale.

La nuova amministrazione ha affermato che darà priorità alle malattie croniche, all'importanza della prevenzione, a questioni come la dieta e al ruolo dannoso dell'influenza commerciale sulla salute, il tutto con l'obiettivo di rendere di nuovo sana l'America.

Ma affrontare queste questioni richiede politiche che sono un anatema per l'ethos e le promesse di Trump, dei suoi nominati e della maggior parte del partito repubblicano.

L'ostilità all'importanza delle disuguaglianze, ai diritti riproduttivi, alla regolamentazione e alla supervisione statale e a molti principi di salute pubblica lascia la nuova amministrazione con una contraddizione che avrà difficoltà a risolvere, mascherata da autosufficienza, diritti individuali e libertà.

Timothy Snyder, scrivendo in questo numero, sostiene che la salute "consente la libertà in ogni fase della vita", e questo richiede un governo che risponda alle esigenze di salute delle persone nel corso della vita e inizi "dalle realtà corporee che affrontiamo tutti insieme: nascita, malattia, invecchiamento e morte".

Tuttavia, "la libertà non riguarda l'essere contro altre persone, o contro il mondo, o contro il governo. Deve riguardare l'organizzazione del governo in modo che tutte le persone possano prosperare in un mondo migliore".

Quindi, l'assistenza sanitaria è un diritto e "nessuna nozione di diritti individuali può sostenersi senza il lavoro collettivo".

La nuova amministrazione deve fare delle scelte importanti. Trump può ammirare l'aumento dell'aspettativa di vita degli USA per tutti gli americani tra 4 anni, oppure può guardare gli USA sprofondare ulteriormente in morti premature e costi sanitari ingombranti.

La salute della nazione è un riflesso della salute delle politiche dell'amministrazione.

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)02664-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)02664-3/fulltext)

CHRISTMAS 2024: DO YOU HEAR THE PEOPLE SING

Degrowth: a new logic for the global economy

Increasing production does not necessarily translate to better social outcomes

Omer Tayyab,¹ Meghna Goyal,¹ Morena Hanbury Lemos,¹ Jason Hickel^{1,2,3}

Decrescita: una nuova logica per l'economia globale

L'aumento della produzione non si traduce necessariamente in migliori risultati sociali

Omer Tayyab, 1 Meghna Goyal, 1 Morena Hanbury Lemos, 1 Jason Hickel^{1, 2, 3}

Ci troviamo di fronte a una triste realtà. Siamo nel mezzo di un evento di estinzione di massa guidato dall'attività economica umana che attraversa molteplici confini planetari.¹

Eppure continua a funzionare come al solito per le grandi società transnazionali impegnate in profitti da record,² in particolare i produttori di combustibili fossili.

Questa dinamica è chiara anche nell'assistenza sanitaria. Molte vite avrebbero potuto essere salvate durante la pandemia se l'accesso ai vaccini non fosse stato bloccato dietro i diritti di proprietà intellettuale per proteggere i profitti delle grandi aziende farmaceutiche.^{3 4}

Il nostro attuale sistema economico è chiaramente disposto a sabotare la salute planetaria e umana alla ricerca di profitto, accumulazione di capitale e crescita economica⁵, come misurato dal prodotto interno lordo (PIL).

La crescita del PIL (ovvero, aumento della produzione e del consumo industriale) viene spesso presentata in modo errato come un indicatore del progresso, ma rappresenta semplicemente la produzione aggregata. In base a questa metrica, produrre 1 milione di euro di bombe ha lo stesso valore di produrre 1 milione di euro di medicine. Chiaramente, non è la produzione aggregata che conta, ma ciò che viene prodotto.⁶

Inoltre, l'espansione economica perpetua si basa su un uso non sostenibile delle risorse, reso possibile dall'appropriazione sistematica di lavoro, terra, risorse materiali e valore, in particolare dai paesi del sud del mondo.⁷

Tuttavia, è chiaro che la crescita non si traduce necessariamente in migliori risultati sociali nelle economie ricche, perché i benefici tendono ad accumularsi vicino alla cima.⁸ La crescita può essere necessaria per lo sviluppo umano in molte parti del sud del mondo, ma le economie ricche hanno superato quel punto. Una larga quota della produzione statunitense viene effettivamente "sprecata" dal punto di vista dello sviluppo umano, in quanto molti altri paesi ottengono risultati sociali migliori con un PIL inferiore.⁹

La decrescita propone una nuova logica per l'economia globale: un maggiore controllo democratico sulle nostre capacità produttive, in modo che la produzione possa essere incentrata sulla soddisfazione dei bisogni e sul benessere umano in armonia con l'ecologia.

È necessaria una riconfigurazione pianificata del nostro sistema di produzione, a partire dalla riduzione equa dell'uso globale di materiali ed energia. In base a questa logica, le attività meno necessarie (jet privati, fast fashion, navi da crociera, pubblicità, obsolescenza programmata, armi, ecc.) vengono ridotte attraverso un processo democratico e la produzione necessaria avviene in allineamento con la salute delle persone e degli ecosistemi.

Questo porta a una società veramente sostenibile focalizzata direttamente sul soddisfacimento dei bisogni umani (utilizzando risultati sanitari, accesso all'alloggio, accesso al cibo e altri indicatori sociali come linee guida politiche) piuttosto che fare quindi solo parzialmente (e non in modo esaustivo) come un epifenomeno della crescita economica.

La decrescita contrasta con la "crescita verde", l'idea che le economie ad alto reddito possano continuare ad aumentare la produzione e il consumo indefinitamente, decarbonizzandosi anche entro il 2050. Come concetto, la crescita verde ricommette l'errore di confondere la crescita del PIL con il progresso, ma richiede anche straordinari atti di fede di fronte alla realtà contraria. Ai tassi attuali di mitigazione del clima, anche i paesi con le migliori prestazioni impiegheranno, in media, più di 200 anni per decarbonizzare.¹⁰

L'idea soffre anche della "visione del tunnel del carbonio", in cui tutti gli sforzi di mitigazione sono focalizzati sulle emissioni di gas serra mentre altri limiti planetari vengono trascurati.¹¹

In breve, la crescita verde manca di supporto empirico e non può risolvere la crisi ecologica.¹²

Spostare l'equilibrio Non tutte le persone e le nazioni sono ugualmente responsabili delle crisi attuali.

Le economie ricche del nord globale (e le élite ricche situate in tutto il mondo) utilizzano livelli estremamente elevati di energia e materiali.¹³

Sono responsabili di circa il 90% delle emissioni globali di carbonio in eccesso rispetto al limite planetario,¹⁴ e mantengono alti livelli di consumo di materiali affidandosi all'appropriazione di risorse dal sud globale.⁷

Inoltre, gli stati e le aziende nel nord globale mantengono le condizioni per la crescita interna e l'accumulazione di capitale spingendo per ridurre il costo del lavoro e delle risorse all'estero attraverso l'uso di debito e politiche commerciali per dettare i termini a loro favore.¹⁶

Intervengono anche per impedire la liberazione nazionale e lo sviluppo sovrano attraverso la violenza militare.¹⁷

La decrescita richiede riparazioni proporzionate¹⁸ al sud globale attraverso valuta estera o trasferimento di tecnologia e cancellazione del debito, nonché sanzionando e ridimensionando grandi conglomerati transnazionali che causano danni ecologici e sociali.

Richiede una riduzione della spesa militare in patria e all'estero per eliminare la coercizione contro il sud del mondo, ponendo fine ai paradisi fiscali segreti e a schemi di riciclaggio di denaro, e ponendo fine agli interventi stranieri nella sfera politica per lasciare spazio alla sovranità economica.

Un punto di partenza per tale trasformazione sarebbe la determinazione democratica della governance globale, che è attualmente determinata attraverso la potenza economica o militare e attuata senza responsabilità.²⁰

Le economie ricche devono ridurre il loro uso di materiali ed energia per garantire che i loro impatti ecologici rimangano entro i confini planetari. Può essere raggiunto attraverso miglioramenti dell'efficienza, ma affinché il cambiamento sia sufficientemente ampio e rapido, sarà necessario ridurre le forme di produzione e consumo meno necessarie.²¹

Nella letteratura sulla politica climatica, questo viene definito "mitigazione orientata alla sufficienza" e può essere raggiunto migliorando contemporaneamente i risultati sociali.²² ²³

Questi obiettivi possono essere realizzati utilizzando le capacità che i governi già possiedono. Politiche come la tassazione progressiva e l'orientamento al credito (allontanamento degli investimenti da o verso determinati settori) possono essere utilizzate per ridurre la produzione distruttiva.

La finanza pubblica e la politica industriale possono essere utilizzate per sviluppare beni socialmente ed ecologicamente necessari come alloggi e medicine a prezzi accessibili.

E una garanzia di lavoro pubblico e servizi di base universali possono essere implementati per garantire una base sociale che assicuri una buona vita a tutti.

C'è un forte sostegno popolare²⁴ per queste politiche e la trasformazione del sistema mondiale andrebbe a beneficio sostanziale della maggioranza globale.

Tuttavia, a causa di gravi deficit democratici nel nostro attuale sistema politico, questo sostegno non si manifesta nelle politiche.

Come ha dimostrato uno studio sugli Stati Uniti, il comportamento del suo sistema politico è più simile a un'oligarchia che a una democrazia.²⁵

Il raggiungimento di questi obiettivi richiederà quindi un'azione politica organizzata.

La ricerca di un futuro socialmente ed ecologicamente giusto richiede una lotta: una lotta nel sud del mondo per ottenere sovranità e liberazione economica, e una lotta dei lavoratori ovunque per ottenere la democrazia economica.

Disparità nel benessere negli Stati Uniti in base a razza ed etnia, età, sesso e posizione geografica, 2008-21: un'analisi basata sull'indice di sviluppo umano

[Dott.ssa Laura Dwyer-Lindgren](#), [Parkes Kendrick, MS](#) · [Laurea in Scienze Matematiche e Naturali](#) · [Zhuochen Li](#), [dottore in medicina](#) · [Dott. Chris Schmidt](#) · [Dillon O'Sylte](#), BA · e altri [Mostra altro](#)

Riepilogo

Sfondo

L'indice di sviluppo umano (HDI), una metrica composita che comprende l'aspettativa di vita, l'istruzione e il reddito di una popolazione, è ampiamente utilizzato per valutare e confrontare lo sviluppo umano e il benessere a livello nazionale, ma non tiene conto delle disuguaglianze all'interno del paese. In questo studio degli Stati Uniti, abbiamo mirato ad adattare il quadro HDI per misurare l'HDI a livello individuale per esaminare le disparità nella distribuzione del benessere per razza ed etnia, sesso, età e posizione geografica.

Metodi

Abbiamo utilizzato dati a livello individuale su adulti di età pari o superiore a 25 anni dal campione di microdati ad uso pubblico dell'American Community Survey (ACS) 2008-21.

Abbiamo estratto informazioni su razza ed etnia, età, sesso, posizione (aree di microdati ad uso pubblico), livello di istruzione e reddito e dimensioni della famiglia.

Abbiamo unito questi dati con le tavole di mortalità stimate per razza ed etnia, sesso, età, posizione (contea) e anno, generate utilizzando modelli di stima bayesiani per piccole aree applicati ai dati del certificato di morte del National Vital Statistics System.

Per ogni individuo nell'ACS, abbiamo utilizzato questi dati combinati per stimare gli anni di istruzione, i consumi delle famiglie e la durata di vita prevista; abbiamo convertito ciascuna di queste tre caratteristiche in un indice utilizzando un punteggio percentile; e abbiamo calcolato l'HDI come media geometrica di questi tre indici. Infine, abbiamo raggruppato gli individui in decili HDI annuali.

Risultati

Anni di istruzione, consumi delle famiglie e aspettativa di vita (e quindi l'ISU) sono variati notevolmente tra gli adulti negli USA nel periodo 2008-2021.

Per la maggior parte dei gruppi di razza, etnia e sesso, l'ISU medio è aumentato gradualmente dal 2008 al 2019, per poi diminuire nel 2020 a causa del calo dell'aspettativa di vita, sebbene vi siano state differenze sistematiche nella distribuzione dell'ISU per razza, etnia e sesso.

Nel decile HDI più basso, c'era una sovrarappresentazione (vale a dire, >10% della popolazione totale di una data razza, etnia e gruppo sessuale) di maschi nativi americani e dell'Alaska (AIAN) (50% [SE 0,2] nel decile, popolazione media annua nel decile 0,37 milioni [SE 0,002]), maschi neri (40% [<0,1], 4,67 milioni [0,006]), femmine AIAN (23% [0,1], 0,19 milioni [0,001]), maschi latini (21% [<0,1], 3,27 milioni [0,006]), femmine nere (14% [<0,1], 1,86 milioni [0,004]) e femmine latine (13% [<0,1], 2,07 milioni [0,006]).

Tuttavia, date le differenze nella dimensione totale della popolazione, i maschi bianchi erano il gruppo di popolazione più numeroso nel decile più basso (27% [<0,1] del decile più basso, 5,87 milioni [0,012]), seguiti dai maschi neri (22% [<0,1]) e dai maschi latini (15% [<0,1]).

Si sono riscontrate notevoli differenze in questi modelli in base alla fascia d'età: ad esempio, per la fascia d'età 25-44 anni, il decile HDI più basso aveva una sovrarappresentazione ancora maggiore di maschi AIAN (66% [0,2] nel decile, 0,22 milioni [0,001]) e maschi neri (46% [<0,1], 2,52 milioni [0,005]) rispetto alla fascia d'età di 85 anni e oltre (22% [1,1], <0,01 milioni [<0,001]; e 20% [0,3], 0,03 milioni [<0,001]).

Al contrario, il decile più basso aveva una sottorappresentazione di donne asiatiche (2% [<0.1], 0.06 milioni [<0.001]) nella fascia di età 25-44 anni, ma una sovrarappresentazione nella fascia di età 85 anni e oltre (25% [0.3], 0.03 milioni [<0.001]).

Il decile HDI più basso per la fascia di età 25-44 anni era principalmente maschile (76% [<0.1], 6.44 milioni [0.009]) mentre per l'età 85 anni e oltre era prevalentemente femminile (71% [0.1], 0.42 milioni [0.002]).

Nel decile HDI più alto, i cambiamenti nella composizione della popolazione per età sono stati particolarmente ampi per i maschi bianchi, che costituivano il 5% (0,1; 0,39 milioni [$0,001$]) di questo decile nella fascia di età 25-44 anni, ma il 49% (0,2; 0,29 milioni [$0,001$]) nella fascia di età 85 anni e oltre.

Dal 2012 al 2021, la percentuale della popolazione che viveva nel decile HDI più basso variava sostanzialmente in base alla posizione e una quota sproporzionatamente alta della popolazione che viveva in località in gran parte della metà meridionale degli Stati Uniti, degli Appalachi e degli stati della Rust Belt si trovava nel decile HDI più basso.

Interpretazione

Negli USA esistono notevoli disparità nel benessere, fortemente influenzate da razza ed etnia (a causa del razzismo), sesso, età e posizione geografica. Queste disparità non sono immutabili, ma il miglioramento non è scontato e i guadagni possono essere fugaci di fronte a una crisi come la pandemia di COVID-19. Per ridurre queste disparità è necessaria un'azione continua per garantire che tutti abbiano un accesso significativo a un'istruzione di alta qualità, i mezzi per guadagnare un reddito sufficiente e l'opportunità di vivere una vita lunga e sana, e dovrebbe concentrarsi sulle popolazioni e sulle località che sono più svantaggiate.

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)01757-4/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)01757-4/abstract)

THE LANCET

Questo diario Riviste Pubblicare Clinico Salute globale Multimedia Eventi Di

ARTICOLI · Volume 404, Numero 10469, P2299-2313, 7 dicembre 2024 · Accesso Libero Scarica il numero completo

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

Laura Dwyer-Lindgren, dottore di ricerca^{a, b}, Mathew M Baumann, laurea in scienze, Zhuochen Li, dottore in medicina, Ekaterina O Kelly, BA^a, Chris Schmidt, dottore di ricerca, Chloe Searchinger, laureata in lettere, e altriMostra altro

Riepilogo

Sfondo

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

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

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

Metodi

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

Abbiamo adattato i decessi dal National Vital Statistics System per tenere conto della segnalazione errata di razza ed etnia sui certificati di morte. Abbiamo quindi tabulato i decessi dal National Vital Statistics System e le stime della popolazione dall'US Census Bureau e dal National Center for Health Statistics dal 1° gennaio 2000 al 31 dicembre 2021, per America, anno, sesso ed età, e calcolato i tassi di mortalità specifici per età in ciascuno di questi strati. Infine, abbiamo costruito delle tavole di mortalità abbreviate per ogni America, anno e sesso, e abbiamo estratto l'aspettativa di vita alla nascita, l'aspettativa di vita parziale all'interno di cinque fasce d'età (0-4, 5-24, 25-44, 45-64 e 65-84 anni) e l'aspettativa di vita residua all'età di 85 anni.

Risultati

Abbiamo definito le dieci Americhe come: America 1: individui asiatici; America 2: individui latini in altre contee; America 3: individui bianchi (maggioranza), asiatici e nativi americani o nativi dell'Alaska (AIAN) in altre contee; America 4: individui bianchi nelle Northlands non metropolitane e a basso reddito; America 5: individui latini nel sud-ovest; America 6: individui neri in altre contee; America 7: individui neri in aree metropolitane altamente segregate; America 8: individui bianchi negli Appalachi a basso reddito e nella Lower Mississippi Valley; America 9: individui neri nel sud non metropolitano e a basso reddito; e America 10: individui AIAN nell'ovest. Grandi disparità nell'aspettativa di vita tra le Americhe sono state evidenti durante tutto il periodo dello studio, ma sono diventate più sostanziali nel tempo, in particolare durante i primi 2 anni della pandemia di COVID-19. Nel 2000, l'aspettativa di vita variava da 12,6 anni (intervallo di incertezza del 95% 12,2-13,1), da 70,5 anni (70,3-70,7) per l'America 9 a 83,1 anni (82,7-83,5) per l'America 1.

Il divario tra le Americhe con l'aspettativa di vita più bassa e più alta è aumentato a 13,9 anni (12,6-15,2) nel 2010, 15,8 anni (14,4-17,1) nel 2019, 18,9 anni (17,7-20,2) nel 2020 e 20,4 anni (19,0-21,8) nel 2021. Le tendenze nel tempo dell'aspettativa di vita sono variate a seconda dell'America, portando a cambiamenti nell'ordinamento delle Americhe in questo periodo di tempo. America 10 è stata l'unica America a sperimentare cali sostanziali nell'aspettativa di vita dal 2000 al 2019 e ha sperimentato i cali più grandi dal 2019 al 2021.

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

Entro il 2010, l'aumento di America 6 è stato sufficiente a superare anche America 8, che ha avuto un andamento relativamente piatto dal 2000 al 2019. America 5 aveva un'aspettativa di vita relativamente simile ad America 3 e 4 nel 2000, ma un tasso di aumento più rapido dell'aspettativa di vita dal 2000 al 2019 e quindi un'aspettativa di vita più alta nel 2019; tuttavia, America 5 ha sperimentato un declino molto più ampio nel 2020, invertendo questo vantaggio. In alcuni casi, queste tendenze variavano sostanzialmente in base al sesso e alla fascia d'età.

C'erano anche grandi differenze nel reddito e nel livello di istruzione tra le dieci Americhe, ma i modelli in queste variabili differivano tra loro e dai modelli nell'aspettativa di vita in alcuni modi notevoli. Ad esempio, l'America 3 aveva il reddito più alto nella maggior parte degli anni e la più alta percentuale di diplomati di scuola superiore in tutti gli anni, ma era classificata quarta o quinta nell'aspettativa di vita prima del 2020.

Interpretazione

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

L'aspettativa di vita varia notevolmente a seconda di dove si vive, delle condizioni economiche in quel luogo e della propria identità razziale ed etnica.

Questo divario era ampio all'inizio del secolo, è cresciuto solo nei primi due decenni ed è stato drammaticamente esacerbato dalla pandemia di COVID-19.

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

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

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

Nel 2006, lo studio Eight Americas ha esaminato le disuguaglianze nella salute e nell'aspettativa di vita negli Stati Uniti utilizzando una nuova inquadratura che considerava simultaneamente una costellazione di fattori contestuali interrelati, che andavano dal luogo alla razza e all'etnia, tra gli altri.

Questo studio ha suddiviso la popolazione degli Stati Uniti in otto gruppi in base a razza, regione geografica, urbanizzazione, reddito pro capite e tasso di omicidi e, così facendo, ha trovato lacune nell'aspettativa di vita nel 2001 in queste otto Americhe di oltre un decennio (12,8 anni per le donne e 15,4 anni per gli uomini). Altre ricerche sia prima che dopo questo studio fondamentale hanno costantemente trovato disuguaglianze nell'aspettativa di vita negli Stati Uniti, anche per posizione geografica, urbanizzazione, razza ed etnia, reddito, livello di istruzione e altre dimensioni.

Sebbene altri studi abbiano preso in considerazione due di queste dimensioni contemporaneamente (ad esempio, come l'aspettativa di vita varia in base alla posizione geografica e alla razza e all'etnia) e in genere trovino ulteriori disuguaglianze e interazioni complesse, gli studi che esaminano l'intersezione di più di due di queste dimensioni rimangono rari, a causa dei numeri esigui e di altre sfide nei dati.

Abbiamo effettuato ricerche su PubMed dall'inizio del database al 23 agosto 2024, utilizzando la stringa di ricerca ("Stati Uniti") AND ("aspettativa di vita") AND ("disuguaglianza" OR "disparità") AND ("geografia" OR "regione" OR "stato" OR "contea") AND ("razza" OR "etnia") AND ("urbano" OR "rurale") AND ("socioeconomico" OR "reddito" OR "istruzione") per studi che esaminano le disparità nell'aspettativa di vita negli Stati Uniti in base alla posizione geografica, alla razza e all'etnia, allo stato urbano e rurale e allo stato socioeconomico.

Abbiamo identificato solo due studi, oltre allo studio Eight Americas, che hanno stratificato l'aspettativa di vita in base ad almeno tre di queste dimensioni contemporaneamente (in entrambi i casi per razza, una misura dello stato rurale-urbano e una misura dello stato socioeconomico).

Inoltre, sebbene un'analisi dettagliata delle dimensioni interagenti della disparità sanitaria sia fondamentale per comprendere appieno la natura del problema e, nel caso di studi geografici dettagliati, sia utile anche per la pianificazione e il processo decisionale locale, il volume dei risultati può rendere difficile interpretarli e agire su di essi su scala nazionale.

Valore aggiunto di questo studio

Questo studio aggiorna ed espande lo studio originale Eight Americas, fornendo approfondimenti sulla dimensione e l'evoluzione delle disuguaglianze statunitensi nella longevità nel 21° secolo, inclusi i primi 2 anni della pandemia di COVID-19.

Mentre lo studio originale Eight Americas era in grado di considerare solo la razza e non l'etnia latina, questo aggiornamento aggiunge due nuove Americhe che comprendono la popolazione latina degli Stati Uniti, portando il totale a dieci. Perfezioniamo anche l'approccio metodologico per incorporare nuove fonti di dati e un aggiustamento più sfumato per l'errata classificazione di razza ed etnia sui certificati di morte e per valutare l'incertezza per tutte le quantità stimate.

Implicazioni di tutte le prove disponibili

Le disparità nell'aspettativa di vita tra le Americhe erano già grandi all'inizio del secolo, ma sono aumentate ulteriormente durante gli anni 2000 e 2010 e ancora di più durante i primi 2 anni della pandemia di COVID-19.

La traiettoria dell'aspettativa di vita, sia prima che durante la pandemia, è variata tra le Americhe, portando a diversi cambiamenti nell'ordinamento delle Americhe tra il 2000 e il 2021.

Le differenze di reddito e livello di istruzione probabilmente spiegano alcune delle differenze osservate nell'aspettativa di vita, ma non sono chiaramente l'unica forza trainante.

Oltre alle dimensioni inquietanti delle disparità, sono emerse diverse altre tendenze allarmanti. Dal 2000 al 2019, gli individui bianchi americani nelle contee a basso reddito degli Appalachi e della Lower Mississippi Valley (America 8) non hanno registrato alcun aumento dell'aspettativa di vita, mentre gli individui nativi americani o dell'Alaska nell'ovest (America 10) hanno registrato un calo sostanziale.

Le altre otto Americhe hanno registrato un aumento dell'aspettativa di vita dal 2000 al 2019 (in particolare nelle tre Americhe nere [6, 7 e 9], che avevano l'aspettativa di vita più bassa nel 2000); tuttavia, ci sono stati ulteriori miglioramenti minimi dal 2010 al 2019.

L'aspettativa di vita è diminuita in tutte e dieci le Americhe nel 2020, e si è ripresa parzialmente solo in tre Americhe nel 2021, con le Americhe che erano in condizioni peggiori prima della pandemia che hanno subito alcune delle maggiori perdite complessive dal 2019 al 2021.

Dobbiamo intraprendere un'azione collettiva per investire in un'assistenza sanitaria, un'istruzione e opportunità di lavoro eque e per sfidare le barriere sistemiche che creano e perpetuano queste disuguaglianze.

20 anni dopo, l'aspettativa di vita negli Stati Uniti si è spostata nella direzione sbagliata, rimanendo ulteriormente indietro rispetto alla maggior parte delle altre nazioni ricche. [6-9](#)

Ci sono prove che le crescenti divisioni geografiche in termini di salute e longevità all'interno degli Stati Uniti (tra regioni, [10](#) stati, [11-13](#) e contee [3,4,14](#)) sono state uno dei fattori che hanno determinato il rallentamento generale del progresso nell'aspettativa di vita negli Stati Uniti negli ultimi anni. [15](#)

Anche il ruolo delle disparità socioeconomiche è ben documentato, con gradienti sostanziali nell'aspettativa di vita negli Stati Uniti in base al reddito [4](#) e all'istruzione, [16,17](#) così come il ruolo del razzismo sistemico, che determina grandi disparità razziali ed etniche nell'aspettativa di vita. [18,19](#)

L'impatto drammaticamente diseguale della pandemia di COVID-19 negli Stati Uniti [20](#) ha offuscato l'unico punto luminoso nell'aspettativa di vita negli Stati Uniti, ovvero che le disparità razziali ed etniche sembravano ridursi nel primo decennio del 21° secolo. [5](#)

In questo studio, esaminiamo le disparità nella longevità degli Stati Uniti aggiornando ed espandendo lo studio originale Eight Americas, stimando le tendenze nell'aspettativa di vita dal 2000 al 2021 per dieci Americhe (inclusi gli analoghi degli otto gruppi originali, più due gruppi aggiuntivi comprendenti la popolazione ispanica o latina [di seguito latina] degli Stati Uniti), per anno, sesso e fascia d'età.

Questo raggruppamento della popolazione degli Stati Uniti in base alla contea, alla razza e all'etnia non è affatto l'unica divisione che potrebbe essere utilizzata per comprendere le grandi disuguaglianze nell'aspettativa di vita degli Stati Uniti.

Le disparità osservate lungo una qualsiasi dimensione (ad esempio, razza ed etnia, stato socioeconomico o posizione geografica) sono in genere grandi, ma esaminando come l'aspettativa di vita varia lungo più dimensioni contemporaneamente si rivelano le disparità sanitarie ancora più grandi che esistono nella società americana.

Ad esempio, nel 2019, l'aspettativa di vita variava di 12,6 anni tra cinque gruppi razziali ed etnici a livello nazionale; di 27,2 anni tra le contee; e di ben 36,3 anni se si considerano contemporaneamente contea e gruppo razziale ed etnico. [3](#)

Allo stesso modo, uno studio incentrato sull'aspettativa di vita all'età di 40 anni dal 2001 al 2014 ha rilevato un divario di 7 anni tra i quartili di reddito più basso e più alto a livello nazionale, che si è ampliato a 10,6 anni se si confrontano i quartili di reddito più basso e più alto nelle 100 contee più popolose. [4](#)

Sebbene questi tipi di analisi che esaminano modelli geografici dettagliati simultaneamente ad altre dimensioni di disuguaglianza siano cruciali per comprendere meglio l'interazione sfumata tra disuguaglianze basate sul luogo e altri tipi di disuguaglianze, sono difficili da espandere oltre due dimensioni, poiché la dimensione di ogni strato diventa sempre più piccola, ponendo difficoltà per una stima affidabile dell'aspettativa di vita. Inoltre, sebbene questo livello di dettaglio sia utile e necessario per scopi di pianificazione locale, a livello aggregato, avere risultati per centinaia o migliaia di strati può essere difficile da interpretare e su cui agire.

Rivedere il quadro di studio Eight Americas fornisce ora importanti approfondimenti aggiornati sui fattori interrelati delle disparità di mortalità, anche durante la pandemia di COVID-19.

La riforma del sistema sanitario degli Stati Uniti

Il sistema sanitario americano garantisce a una parte della popolazione livelli di cure mediche piuttosto elevati, in continuo miglioramento grazie al contenimento dei tagli all'innovazione tecnologica. Tuttavia la situazione complessiva della salute della popolazione americana, come riportano i dati relativi all'aspettativa di vita e agli anni potenziali di vita persi, colloca il Paese nell'ultimo terzo della classifica stilata dall'Ocse, nonostante gli investimenti pro-capite siano maggiori rispetto a quelli degli altri Stati. È quanto emerge dal working paper pubblicato, a febbraio 2009, dal dipartimento americano dell'economia "[Health care reform in the United States](#)" (pdf 768 kb).

Le prestazioni mediche sono di alto livello, ma è su altri fronti che il sistema sanitario americano deve essere potenziato, ad esempio intervenendo sull'accesso alle cure. Secondo il rapporto economico 2008 del Presidente ci sono "sostanziali opportunità per riforme che riducano i costi, aumentino l'accesso, rafforzino la qualità e migliorino la salute della popolazione statunitense".

Le proposte di riforma

La preoccupazione pubblica per la crescita dei costi legati alla salute e per l'aumento delle persone non coperte da assicurazione sanitaria cresce. Nel lungo periodo la maggiore minaccia per la sostenibilità dei finanziamenti pubblici è la crescita della spesa per le cure mediche. I decisori politici a livello federale hanno provato a risolvere questi problemi attraverso:

- il passaggio a un'assistenza sanitaria gestita da organizzazioni di fornitura di servizi sanitari come le HMOs e le PPOs
- l'introduzione di conti per il risparmio sanitario
- la riforma delle cure mediche.

Tuttavia, queste riforme non hanno arrestato la crescita delle spese per il sistema sanitario e si è registrato un incremento delle persone non sufficientemente assicurate o del tutto non assicurate. Durante la campagna elettorale i due maggiori candidati alla presidenza Obama e McCain hanno proposto due opposte riforme del sistema sanitario: la proposta del candidato repubblicano era basata sulla competizione di mercato per ridurre i costi delle assicurazioni sanitarie, mentre quella dell'attuale presidente Obama era incentrata sul raggiungimento di una copertura sanitaria universale.

La salute della popolazione americana

Il livello di salute della popolazione americana è inferiore rispetto a quello altri Paesi industrializzati, soprattutto per quanto riguarda l'aspettativa di vita e la mortalità infantile. Dagli anni '60 ad oggi, nella maggior parte dei Paesi dell'Ocse, l'aspettativa di vita è significativamente salita, ma negli Usa questo incremento è stato decisamente minore. L'aspettativa di vita è passata dai 70,2 anni del 1960-62 ai 77,7 del 2003-05. L'aumento di poco più di 7 anni è stato decisamente inferiore, ad esempio, a quello registrato nello stesso periodo dell'Italia (>10 anni).

Anche le discrepanze nell'aspettativa di vita tra i diversi gruppi socio-economici sono un grosso problema per il sistema sanitario americano. Tra il 1980-82 e il 1998-2000, l'aspettativa di vita tra le classi benestanti è aumentata di 3,4 anni, tra quelle più povere solo di 1,4 anni. Per non parlare delle disparità in salute legate a questioni etniche, geografiche e di genere.

Negativi rispetto agli altri Stati dell'Ocse sono anche i dati sulla mortalità infantile e sulle morti evitabili, soprattutto se si tiene conto della spesa sanitaria pro-capite del Paese. Se si esclude il Messico, gli investimenti

pubblici in sanità (46%) negli Usa sono molto più bassi rispetto agli altri Paesi, ma nonostante questo la spesa pubblica pro-capite è più alta.

La spesa sanitaria pro-capite

Negli Stati Uniti la spesa sanitaria pro-capite fornisce copertura sanitaria solo ai disabili e agli anziani. Attraverso il programma di assicurazione medica Medicare, amministrato dal governo degli Stati Uniti, sono assicurate, soprattutto, le persone sopra i 65 anni, i disabili e le persone con malattie renali agli ultimi stadi. Una parte dei cittadini più poveri viene invece aiutata dal programma Medicaid and the State Children's Health Insurance Program (SCHIP). In molti altri Stati dell'Ocse, invece, investimenti sanitari minori sono sufficienti a garantire una copertura sanitaria universale a tutti i cittadini.

La situazione è andata peggiorando negli ultimi anni: la crescita della spesa pubblica per la salute è stata maggiore rispetto alla media degli altri Paesi dell'Ocse e l'aumento di questa spesa è solo in parte riconducibile ai costi dei servizi sanitari. Il numero di medici per abitante e di visite mediche sono al di sotto della media dei Paesi in esame, così come quello relativo all'uso degli ospedali. Al contrario, il numero di infermieri, così come il costo dei farmaci è superiore alla media. Per quanto riguarda i medicinali, ciò si deve o al fatto che il prezzo non è stabilito dalle autorità competenti o a una domanda scarsamente elastica riconducibile al monopolio detenuto dalle industrie farmaceutiche per via dei brevetti.

Alcune valutazioni di comparazione mostrano che nel 2005 la spesa sanitaria degli Usa ha superato di 477 miliardi di dollari gli investimenti di Paesi come Giappone, Germania, Spagna, Gran Bretagna e Italia. L'aspettativa di vita dei cittadini americani si colloca sotto la media attesa, probabilmente a causa, oltre che di una ridotta efficienza dei sistemi sanitari, di una serie di fattori come educazione alla salute, consumo di tabacco e alcol, dieta e inquinamento.

Anche il numero di malati cronici negli Stati Uniti è superiore a quello degli altri Paesi Ocse. Il tasso di obesità è di gran lunga superiore e così pure il numero di fumatori. Si calcola che il 5-7% della spesa sanitaria totale degli Usa possa essere attribuito all'obesità, contro il 2-3,5% di Canada, Australia e Nuova Zelanda.

L'assenza di una copertura sanitaria universale

Gli Stati Uniti sono uno dei tre Paesi dell'Ocse, insieme a Messico e Turchia, a non avere una copertura sanitaria universale. Il numero di persone senza assicurazione è molto cresciuto negli ultimi anni, passando da 38 milioni nel 2000 a 46 milioni nel 2007. Il grande numero di persone non assicurate è in larga parte attribuibile all'atteggiamento dei datori di lavoro, sempre meno propensi a fornire copertura sanitaria ai propri dipendenti.

L'assenza di assicurazione è più diffusa tra i gruppi con reddito basso. Il 46% delle famiglie con reddito al di sotto del doppio della soglia di povertà sono privi di assicurazione, mentre sopra la stessa soglia è senza copertura sanitaria il 16% della popolazione. La crescita dei costi sanitari ha fatto crescere i premi delle assicurazioni e ha ridotto il numero delle persone assicurate. Le persone non coperte da assicurazione ricevono assistenza dagli ospedali no-profit, ma complessivamente i cittadini non assicurati ricevono molte meno cure (meno della metà) rispetto al resto della popolazione, con gravi conseguenze sulla salute (come per esempio una maggiore probabilità di morire di cancro per mancata prevenzione).

Come intervenire

Il ritardo dei trattamenti per le persone non assicurate comporta non solo una minore efficacia dei trattamenti, ma anche un incremento dei costi. La percentuale della popolazione non assicurata è cresciuta dal 12% del 2003 al 20% del 2007. Un allargamento dell'accesso alle cure sanitarie per i cittadini con reddito basso potrebbe aiutare a ridurre parte delle disuguaglianze tra le fasce della popolazione e accrescerebbe l'aspettativa e la qualità della vita.

Creare raggruppamenti nel mercato delle assicurazioni sanitarie per ridurre il rischio di selezione avversa nei contratti assicurativi e fornire sussidi alle persone con basso reddito per dotarsi di assicurazioni necessarie, è uno degli approcci possibili per raggiungere quest'obiettivo. La spesa pubblica del programma Medicare per gli anziani e per i disabili è cresciuta più degli altri investimenti sanitari e la creazione di un istituto per confrontare i dati sull'efficacia (come dimostrano le esperienze di altri Paesi) potrebbe aiutare a migliorare l'efficienza del sistema sanitario americano.

Assicurazioni USA. Chi è il killer?

Gavino Maciocco

L'uccisione del CEO di UnitedHealthcare ha suscitato un'ondata di solidarietà e ammirazione nei confronti del colpevole, Luigi Mangione, celebrato come un eroe sui social, mentre sono andate a ruba le magliette con scritto "Free Luigi", espressione della rabbia diffusa tra la popolazione nei confronti delle compagnie assicurative.

Sui bossoli dei proiettili che la mattina del 4 dicembre hanno freddato Brian Thompson, CEO (**Chief Executive Officer** = Direttore Generale) di UnitedHealthcare, una delle più grandi compagnie di assicurazioni sanitarie private degli Stati Uniti, erano incise tre parole "**deny**", "**defend**", "**depose**" (negare, difendere, deporre), che sono state immediatamente lette come il messaggio che l'omicida, **Luigi Mangione, 26 anni**, ha voluto comunicare. Un messaggio chiaro e coerente con le sue successive affermazioni di denuncia del sistema assicurativo sanitario: un sistema parassitario che tartassa e umilia i pazienti che, pur assicurati a caro prezzo subiscono ritardi e rifiuti dell'assistenza, consentendo alle assicurazioni di ridurre le prestazioni e massimizzare profitti.

Le tre parole riecheggiano il titolo di un libro pubblicato nel 2010 "**Delay, Deny, Defend**" ("Ritarda, Nega, Difendi"), scritto da Jah M. Feinman, esperto di diritto assicurativo, dove si descrivono i modi in cui le compagnie di assicurazione ritardano il pagamento delle prestazioni, negano legittime richieste di assistenza e difendono le loro azioni costringendo i richiedenti a intentare una causa, il tutto al fine di conseguire profitti astronomici.

Il cambiamento "**genetico**" delle assicurazioni sanitarie americane avviene alla fine degli anni 80 del secolo scorso, in una fase denominata "**managed care**" e dominata dal "**mercato**", quando le assicurazioni estesero enormemente il loro perimetro d'interesse, incorporando ospedali, cliniche e ambulatori e costringendo i propri assicurati ad avvalersi "**esclusivamente**" delle proprie strutture e dei propri medici, con il chiaro obiettivo di tenere sotto controllo i consumi e sanzionando i medici ritenuti troppo generosi nella prescrizione delle prestazioni (1).

Come sarebbe andata a finire lo intuì prontamente Jerome P. Kassirer, direttore della prestigiosa rivista **New England Journal of Medicine**. "*L'assistenza sanitaria regolata dal mercato – scrive Kassirer nel 1995 (2) – crea conflitti che minacciano la nostra professione. Da una parte ci si attende che i medici forniscano un ampio ventaglio di servizi e i migliori trattamenti per rafforzare la qualità della vita dei pazienti. Dall'altra, per contenere le spese al minimo essi devono limitare l'uso dei servizi, aumentare l'efficienza, ridurre il tempo dedicato a ciascun paziente e il ricorso agli specialisti. Sebbene molti ritengano che questo sia un dilemma astratto, io penso che questa crisi diventerà sempre più concreta e dura: **i medici saranno costretti a scegliere tra l'interesse del paziente e la propria sopravvivenza economica**". Jerome P. Kassirer continuerà a mantenere il punto sugli effetti perversi della **managed care** ("*Se noi consentiamo alle forze del mercato di distorcere i nostri standard etici rischiamo di diventare agenti economici piuttosto che professionisti della salute. Inevitabilmente ne soffriranno i pazienti, e ne soffrirà anche la nostra nobile professione*" ... "Il fondamentale errore nell'etica dell'assistenza sanitaria in questo paese è la struttura stessa del nostro sistema assistenziale. Un sistema in cui non c'è equità è di fatto già non etico"), **ma alla fine – su pressione dell'editore – sarà costretto a dimettersi.***

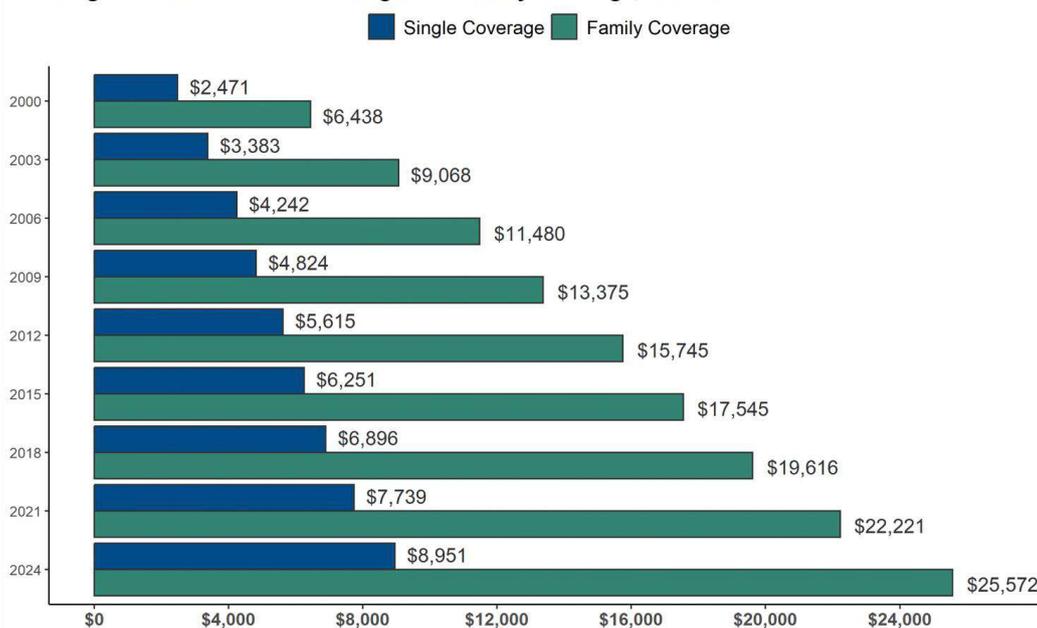
Le dimissioni di Kassirer sono un evento clamoroso, e insieme il segnale che le "**nuove assicurazioni**" hanno un forte sostegno politico "**bipartisan**" che le mette al riparo da critiche e denunce, godendo di una sorta di un'impunità: se qualcosa va storto a causa delle procedure restrittive delle assicurazioni, sono i medici a pagare e non i CEO delle compagnie assicurative. Un'unica, diffusa e molto rumorosa protesta riesce a fare breccia sul muro di gomma delle assicurazioni.

Si tratta della plateale protesta delle donne affette da cancro della mammella, operate di mastectomia e dimesse in seconda/terza giornata dall'intervento, spesso con ancora i tubi di drenaggio. A queste donne non viene neppure garantita la chirurgia ricostruttiva. Inizia allora una dura lotta legale di tutti i movimenti femminili per ottenere una legge che tuteli le donne con il cancro della mammella. **La legge viene approvata nel 1998: Women's Health and Cancer Rights Act (WHCRA).** E qui se ne può leggere qui il contenuto [your-rights-after-a-mastectomy-dol-booklet-2018](https://www.dol.gov/eo-13708)

Certo non sono mancati i libri di denuncia, come quello già citato di Jah M. Feinman e anche film memorabili come **L'uomo della pioggia (1997)**, diretto da **Francis Ford Coppola** e tratto dall'omonimo libro di **John Grisham**. Il film segue le vicende di un giovane avvocato che deve fare i conti con le ingiustizie del sistema assicurativo, decidendo di assumere il caso di un ragazzo che sta morendo di leucemia, al quale l'assicurazione rifiuta di pagare il risarcimento per le cure. **O come Sicko (2007)**, del regista **Michael Moore**. Si tratta di un documentario che mette a nudo le malefatte del sistema assicurativo sanitario USA e lo mette a confronto con sistemi universalistici come quelli canadese, britannico e francese.

La riforma sanitaria di Obama del 2010 interverrà sulle assicurazioni, eliminando le distorsioni più grossolane, come quella del rifiuto di assicurare persone con malattie pre-esistenti (tipico il caso di diabete), ma lasciando inalterata la loro "missione" for-profit (e quindi le loro tattiche per limitare le cure e ridurre i costi). **Obamacare non riuscirà neppure nell'obiettivo di ridurre le tariffe delle polizze assicurative**, che continueranno ad aumentare a ritmi ben superiori alla crescita del tasso annuale d'inflazione (**Figura 1**).

Figure 1
Average Annual Premiums for Single and Family Coverage, 2000-2024



SOURCE: KFF Employer Health Benefits Survey, 2018-2024; Kaiser/HRET Survey of Employer-Sponsored Health Benefits, 2000-2017

KFF 1

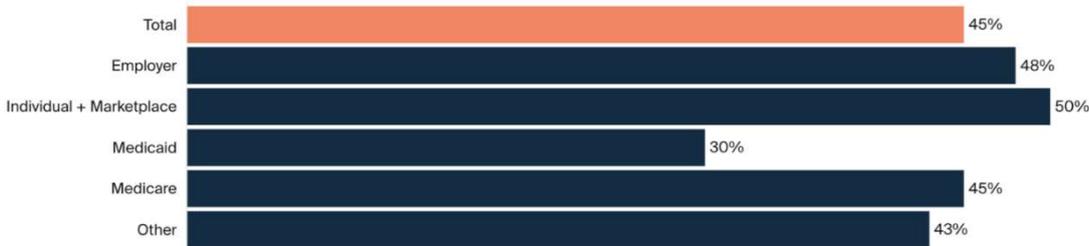
Si deve a [Commonwealth Fund](https://www.commonwealthfund.org/), un istituto indipendente di politica sanitaria, il merito di monitorare le dinamiche perverse del sistema assicurativo sanitario USA. Ad esempio, la Figura 2 mostra come quasi la metà (il 45%) degli iscritti a un'assicurazione vada incontro a pagamenti per prestazioni che credevano fossero gratuite o coperte dalla polizza assicurativa.

Figura 2

More than two of five working-age adults report being charged for a health service that they thought was free or covered by insurance.

Percentage of insured adults ages 19–64 who reported receiving a bill or being charged a copayment for a health care service that they thought was free or covered, by type of insurance coverage

 In the past 12 months have you or a family member received a bill or been charged a copayment for a health care service that you thought should have been free or covered by your insurance?



 Download data

Base: Adults ages 19–64 who were insured for all 12 months in the past year and were also insured at the time of the survey.
Note: Coverage type given at time of survey.

Data: Commonwealth Fund Affordability Survey (2023).

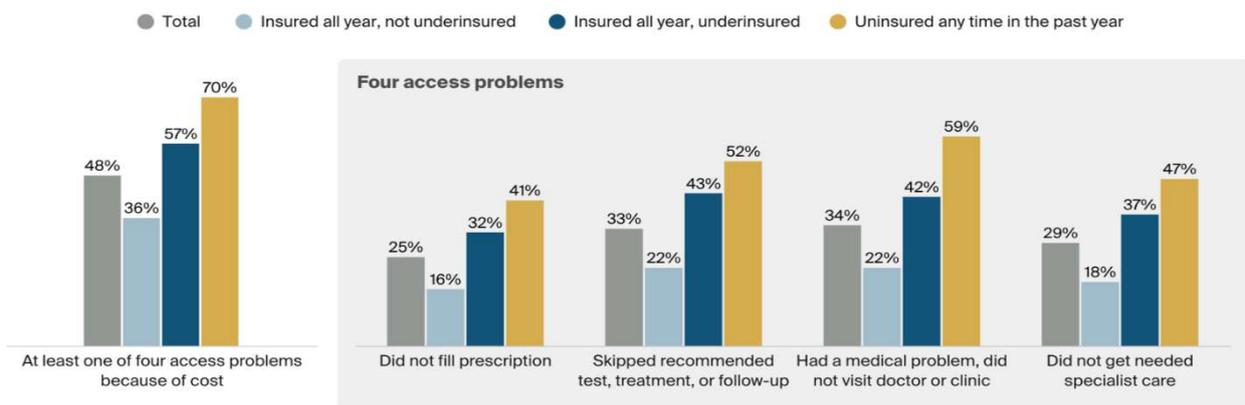
Source: Avni Gupta et al., *Unforeseen Health Care Bills and Coverage Denials by Health Insurers in the U.S.* (Commonwealth Fund, Aug. 2024). <https://doi.org/10.26099/jqpw-jz55>

La Figura 3 è più complessa. Descrive i problemi cui vanno incontro le persone che si trovano in situazioni diverse dal punto di vista assicurativo: il **colore celeste** riguarda persone con piena copertura assicurativa, il **colore verde scuro** persone con copertura assicurativa parziale, il **colore marrone chiaro** le persone prive di assicurazione. Il **colore grigio** è il totale delle situazioni.

Figura 3

Cost-related problems getting needed care are experienced at the highest rates by adults who are underinsured or lack continuous coverage.

Percentage of adults ages 19–64 who in the past year had any of four problems accessing care because of cost, by insurance status



Base: Adults ages 19–64.

Notes: "Underinsured" refers to adults who were insured all year but experienced one of the following: out-of-pocket costs, excluding premiums, equaled 10% or more of household income; out-of-pocket costs, excluding premiums, equaled 5% or more of household income if low income (<200% of poverty); or deductibles equaled 5% or more of household income. "Uninsured at any time in the past year" refers to adults who were either uninsured at the time of the survey or were insured but spent some time uninsured in the past year.

Data: Commonwealth Fund 2024 Biennial Health Insurance Survey.

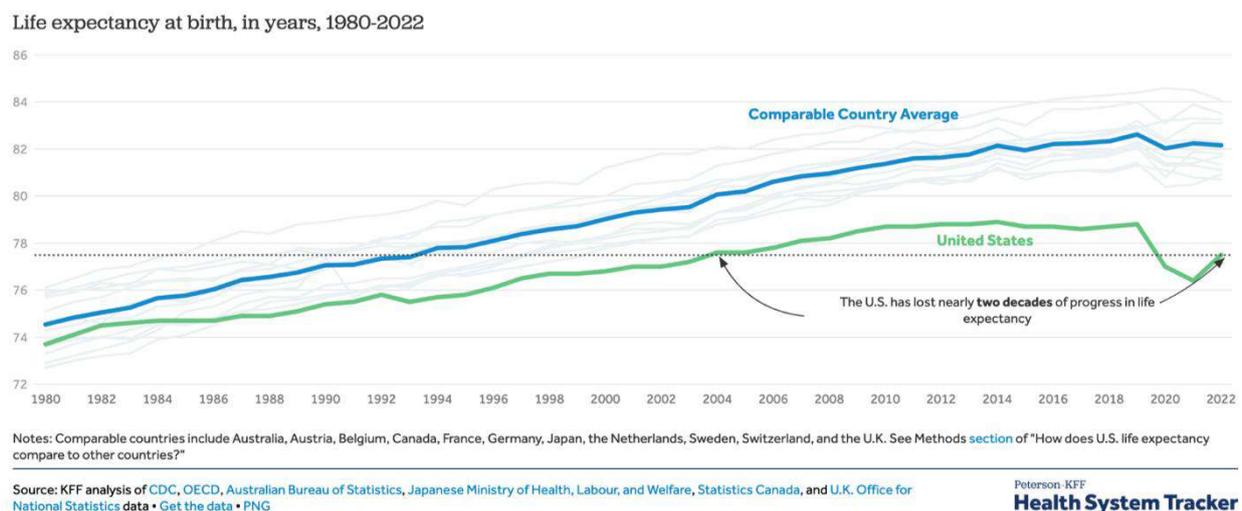
Source: Sara R. Collins and Avni Gupta, *The State of Health Insurance Coverage in the U.S.: Findings from the Commonwealth Fund 2024 Biennial Health Insurance Survey* (Commonwealth Fund, Nov. 2024). <https://doi.org/10.26099/byce-qc28>

Per ciascuna di queste situazioni vengono riportati quattro tipi di problemi che le persone hanno sperimentato: “Did not fill prescription” – Non gli è stata fatta una prescrizione (di cui avevano bisogno); “Skipped recommended test, treatment, or follow-up” – E’ stato saltato un esame, un trattamento o un controllo raccomandato; “Had a medical problem, did not visit doctor or clinic” – Aveva un problema medico, ma non ricevuto la visita di un dottore; “Did not get needed specialist care” – Non ha avuto l’assistenza specialistica di cui aveva bisogno. Come si può notare le esperienze negative crescono in rapporto al livello di insufficiente o assente copertura assicurativa, ma colpiscono anche coloro che sono titolari di un’assicurazione piena della durata di un anno.

L’uccisione del CEO di UnitedHealthcare ha suscitato un’onda di solidarietà e ammirazione nei confronti di Luigi Mangione, celebrato come un eroe sui social, mentre sono andate a ruba le magliette con scritto “Free Luigi”, espressione della rabbia diffusa tra la popolazione nei confronti delle compagnie assicurative, che però non ha trovato riscontro nella politica: anche in questo caso l’indifferenza è stata bipartisan.

Lo scorso 18 dicembre il New York Times ha pubblicato un articolo dal titolo [“I Was a Health Insurance Executive. What I Saw Made Me Quit”](#) (Ero un dirigente dell’assicurazione sanitaria. Ciò che ho visto mi ha fatto smettere). L’autore è Wendell Potter, già vicepresidente per le comunicazioni aziendali di Cigna, dimessosi dall’azienda per motivi di coscienza nel 2008. Potter scrive, tra l’altro: “Il tragico assassinio del CEO di UnitedHealthcare Brian Thompson ha rivitalizzato un dibattito che i miei ex colleghi hanno cercato a lungo di sopprimere su un settore che mette i profitti al di sopra dei pazienti. In oltre 20 anni di lavoro nell’assicurazione sanitaria, ho visto l’incessante pressione esercitata dagli investitori sugli assicuratori affinché spendessero meno per pagare i sinistri. Nel frattempo, le barriere all’assistenza medica sono diventate sempre più alte. Le famiglie possono dover pagare fino a \$ 18.900 prima che la loro copertura entri in vigore. Le compagnie di assicurazione richiedono un’autorizzazione preventiva in modo più aggressivo rispetto a quando ero portavoce del settore, il che costringe i pazienti e i loro dottori a passare attraverso un labirinto di approvazioni prima di ottenere una procedura, a volte negando loro le cure necessarie”.

Figura 4



“Sì, condanno l’omicidio, – scrive il citato Michael Moore – ed è per questo che condanno l’industria sanitaria americana, corrotta, vile, rapace, sanguinaria, e immorale, e condanno ogni singolo CEO che ne è responsabile e condanno ogni politico che prende i loro soldi e fa andare avanti questo sistema invece di distruggerlo, disintegrarlo e buttarlo via. Dobbiamo sostituire questo sistema con qualcosa di sano, qualcosa di premuroso e amorevole, qualcosa che tenga in vita le persone”.

Già perché tutto ciò ha un impatto sulla vita delle persone statunitensi e sulla loro longevità, di gran lunga inferiore a quella di cittadini di altri paesi, come Australia, Austria, Belgio, Canada, Francia, Germania, Giappone, Olanda, Svezia, Svizzera e UK. (Figura 4)

Riferimenti

1. Maciocco G, et Al, Le sfide della sanità americana, Il Pensiero Scientifico Editore, 2010. Kassirer JP, Managed Care and the Morality of the Marketplace, N Engl J Med 1995; 333:50-52

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/12/assicurazioni-usa-chi-e-il-killer/>

la Repubblica

Oltre un terzo degli adulti è analfabeta funzionale, Italia ultima tra i Paesi industrializzati

Alessia Candito

Lo rivela un'indagine Ocse. Situazione drammatica nel Mezzogiorno, indietro in tutti i settori

Dai quindici ai venti punti sotto la media Ocse in termini di capacità di leggere e comprendere testi scritti e informazioni numeriche, come di raggiungere il proprio obiettivo in una situazione dinamica in cui la soluzione non è immediatamente disponibile. Oltre un terzo degli adulti è in una condizione di analfabetismo funzionale e quasi la metà ha grosse difficoltà nel “problem solving”.

Da un decennio l'Italia rimane inchiodata in fondo alla classifica e non si muove da lì. Lo rivela l'indagine sulle competenze degli adulti (Survey of Adult Skills) realizzata nell'ambito del programma dell'Ocse per la valutazione internazionale delle competenze degli adulti. [L'Italia va male](#), è lontana dai 260 punti che sono media Ocse, ci colloca al quartultimo posto, seguita solo da Israele, Lituania, Polonia, Portogallo e Cile. In base al rapporto, Finlandia, Giappone, Olanda, Norvegia e Svezia sono i paesi con le migliori prestazioni in tutti e tre i domini.

La situazione peggiore al Sud

E soprattutto al Sud la situazione è drammatica. I residenti nel Nord e nel Centro d'Italia – emerge dall'indagine - riescono spesso a raggiungere punteggi di competenza pari a quelli della [media Ocse](#), al contrario di quanto accada nel Mezzogiorno che presenta valori sempre significativamente inferiori alla media. I migliori risultati arrivano dal Nord-Est, unica area in cui si raggiungono risultati sufficienti anche relativamente alla capacità di comprendere e usare i numeri.

“È evidente la stretta relazione tra competenze cognitive e sviluppo del Paese. I valori più bassi di competenze si concentrano nelle aree meno attrattive del Paese. Occorre investire per il recupero dei territori del Mezzogiorno”, dice Natale Forlani, presidente Inapp.

Le competenze e l'età

Pesa anche l'età. Le persone di 55-65 anni mostrano i valori di competenza più bassi rispetto ai giovani di 16-24 anni e le donne sono ancora lontane dagli uomini nella capacità di comprensione e utilizzo di informazioni matematiche e numeriche. Nelle competenze di problem solving adattivo la media italiana è di 231 punti, a fronte di una media Ocse di 251 punti. Per questo dominio, solo Lituania, Polonia e Cile conseguono punteggi più bassi del nostro Paese.

Un segnale positivo c'è. I giovanissimi (16-24 anni) in Italia raggiungono punteggi di competenze superiori al resto della popolazione e, nel caso della numeracy, anche dei giovani di 25-34 anni. Il divario di competenze

tra 16-24enni e 55-65enni, in termini di valori medi di competenze, è sempre evidente qualsiasi sia il dominio preso in esame: ciò che si osserva nel caso italiano è una notevole perdita di competenze all'avanzare dell'età, ma con un buon bagaglio di partenza.

Gli analfabeti funzionali

Nella literacy il 35% degli adulti italiani (media Ocse 26%) ha ottenuto un punteggio pari o inferiore al livello 1 e rientra quindi nella categoria degli analfabeti funzionali. Nel senso che sanno leggere e scrivere, ma hanno difficoltà grandi (o addirittura insuperabili) nel comprendere, assimilare o utilizzare le informazioni che leggono. Nella definizione Ocse, al livello 1 (25% del campione in Italia) riescono a capire testi brevi ed elenchi organizzati quando le informazioni sono chiaramente indicate. Al di sotto del livello 1 (10%) possono al massimo capire frasi brevi e semplici. All'estremità opposta dello spettro (livelli 4-5), il 5% degli adulti italiani (contro il 12% medio Ocse) ha ottenuto i risultati più elevati, in quanto possono comprendere e valutare testi densi su più pagine, cogliere significati complessi o nascosti e portare a termine compiti.

Le difficoltà in matematica

Anche in matematica nell'indagine 2023, il 35% degli adulti italiani (media Ocse 25%) ha ottenuto punteggi pari o inferiore al livello 1. Sono in grado di fare calcoli di base e trovare singole informazioni in tabelle o grafici, ma sono in difficoltà con compiti che richiedono più passaggi (ad esempio risolvere una proporzione) al livello 1 (24% in Italia). Al di sotto (11%) possono solo sommare e sottrarre piccoli numeri. Sul fronte opposto, gli adulti 'high performers', ai livelli 4 o 5 delle competenze matematiche, sono il 6% in Italia, ma molto al di sotto del 14% medio Ocse.

Investire nell'istruzione

Il ruolo fondamentale dell'investimento in istruzione nell'accrescere le competenze viene confermato. In Italia, gli adulti di 25-65 con titoli di studio terziario ottengono punteggi di competenze superiori rispetto a chi ha un'istruzione secondaria superiore e, ancor di più, in relazione a quanti possiedono al massimo un'istruzione secondaria inferiore. Nonostante questo solo il 20% delle persone di 25-65 anni possiede un livello di istruzione pari o superiore alla laurea e ben circa il 38% ha un titolo di studio inferiore al diploma. Gli uomini continuano ad avere migliori risultati delle donne in numeracy, mentre non vi sono differenze di genere in literacy e problem solving adattivo. E il divario aumenta quando le analisi sono circoscritte alle sole persone con istruzione terziaria, ma si annulla se si considerano solo gli adulti con un titolo di studio terziario in discipline scientifiche, tecnologiche, ingegneristiche e matematiche. "La ridotta quota di donne [con titoli Stem](#), che conferma le scelte selettive delle donne dettate da stereotipi culturali, pone ostacoli al raggiungimento della parità di genere nelle competenze di numeracy, ma anche alla crescita complessiva delle competenze del Paese".

https://www.repubblica.it/cronaca/2024/12/10/news/ocse_italiani_adulti_analfabeti_funzionali-423875393/?ref=RHLM-BG-P5-S1-T1

CORRISPONDENZA · Online prima, 101133, 26 novembre 2024 · Accesso Libero

Fattori associati all'abbandono del personale sanitario del Regno Unito a seguito della pandemia di COVID-19: risultati di uno studio di indagine a livello nazionale

Christopher A. Martin ^{a, b, c, d}, Asta Medisauskaitė ^e, Anna L. Guyatt ^f, Raman Mishra ^g, Srinivasa Vittal Katikireddi ^h, Katherine Woolf ⁱ e altri [Mostra altro](#)

Il National Health Service sta affrontando una carenza di oltre un quarto di milione di personale entro il 2036/37, poiché la domanda di assistenza sanitaria cresce. ¹ Per affrontare questo problema, il governo del Regno Unito e l'NHS si sono impegnati ad aumentare le assunzioni e anche a trattenere 130.000 dipendenti entro il 2039. ¹

La conservazione è fondamentale per affrontare le attuali carenze di personale, evitare di aumentare la pressione sul personale rimanente e garantire una capacità sufficiente per formare nuovo personale.

Sono urgentemente necessarie informazioni aggiornate per identificare i fattori associati all'abbandono dell'assistenza sanitaria e implementare efficaci politiche di conservazione.

Abbiamo analizzato i dati del questionario raccolti come parte dello studio UK-REACH (United Kingdom Research study into Ethnicity and COVID-19 outcomes in Healthcare workers) dagli operatori sanitari (HCW) del Regno Unito nel 2023-2024 per identificare i fattori associati alle intenzioni e alle azioni di abbandono della forza lavoro sanitaria ("intenzioni di abbandono").

Questa analisi trasversale fa parte dello studio I-CARE (finanziato dal NIHR Health and Social Care Delivery Program—NIHR157268; vedere l'appendice).

Una misura di esito binaria primaria era: preso in considerazione o agito in merito al pensionamento anticipato o all'abbandono del ruolo sanitario vs no, derivata dall'elemento "La pandemia di COVID-19 ti ha fatto considerare o agire su una delle seguenti in relazione al tuo lavoro?".

Un esito secondario includeva, all'interno dell'esito, coloro che avevano preso in considerazione la riduzione delle proprie ore, il cambio di campo o la riduzione dei compiti clinici.

Le esposizioni erano: età, sesso e occupazione; etnia e stato di migrazione; soddisfare i criteri di screening per depressione, ansia, disturbo da stress post-traumatico (PTSD); burnout; impegno lavorativo [un elemento ciascuno dai domini di assorbimento, vigore e dedizione].

Ci basiamo sul nostro precedente lavoro ² che ha identificato il sentirsi apprezzati e la discriminazione rappresentavano fattori di rischio importanti e modificabili per l'abbandono, quindi abbiamo analizzato il sentirsi apprezzati dal governo, dal datore di lavoro e dal pubblico in generale e l'esperienza di discriminazione da parte di pazienti, colleghi o entrambi.

Abbiamo incluso solo i partecipanti con dati completi su questi elementi. Vedere l'appendice per i dettagli degli elementi del questionario/costruzione delle variabili e del campione.

Abbiamo utilizzato la regressione logistica multivariata per determinare le associazioni tra esposizioni e risultati e stime aggiustate per età, sesso e occupazione.

C'erano 3282 HCW nell'analisi principale (vedere [Figura supplementare S1](#) e [Tabelle supplementari S1 e S2](#)). 1414 (43,1%) avevano considerato/agito di lasciare il loro ruolo o andare in pensione anticipata (il 36,6% ha considerato solo e il 6,5% ha agito - vedere [Tabella supplementare S4](#) per ulteriori dettagli); 1824 (55,6%) avevano considerato/agito di apportare modifiche al loro ruolo.

Dopo l'adeguamento, il personale di età compresa tra 50 e <60 anni (aOR 1,35, 95% CI 1,11-1,64) rispetto a quello di età compresa tra 30 e <40 anni era più propenso a segnalare intenzioni di abbandono, così come quelli nei ruoli odontoiatrici (aOR 2,28 95% CI 1,62-3,22) e infermieristici (aOR 1,52 95% CI 1,23-1,90) rispetto a quelli nei ruoli medici ([Fig. 1](#)).

Il personale asiatico era più propenso a segnalare intenzioni di abbandono (aOR 1,30, IC 95% 1,05-1,62) e il personale nero era meno propenso a farlo (aOR 0,62, IC 95% 0,40-0,97) rispetto al personale bianco britannico/irlandese.

Abbiamo trovato una sorprendente associazione tra il desiderio di lasciare l'assistenza sanitaria e il soddisfacimento dei criteri di screening per depressione (aOR 3,07, 95% CI 2,42-3,90), ansia (aOR 2,58, 95% CI 2,11-3,16) e PTSD (aOR 1,98, 95% CI 1,70-2,30) e un punteggio più alto sulla scala del burnout (aOR 1,22, 95% CI, 1,19-1,24 per aumento di punto).

Vedere [le tabelle supplementari S1 e S2](#) per le misure di salute mentale e benessere.

Coloro che hanno ottenuto punteggi più alti sulle scale di impegno lavorativo di vigore e dedizione avevano meno probabilità di segnalare intenzioni di abbandono (vigore: aOR 0,76, 95% CI 0,73-0,79; dedizione: aOR 0,74, 95% CI 0,70-0,78) ma non è stata dimostrata alcuna associazione per l'assorbimento.

Come in precedenza,² è stata riscontrata una forte associazione tra l'esperienza di discriminazione e l'intenzione o l'azione di andare in pensione anticipata o di abbandonare l'assistenza sanitaria, nonché tra il sentirsi apprezzati e tale risultato (vedere [Fig. 1](#)).

I risultati per il risultato secondario sono stati simili ([Figura supplementare S2](#) e [Tabella supplementare S2](#)).

È preoccupante che quasi la metà degli operatori sanitari nel nostro campione abbia preso in considerazione o intrapreso azioni per abbandonare l'assistenza sanitaria, con probabilità più elevate per coloro di età compresa tra 50 e <60 anni, provenienti dal gruppo asiatico e da ruoli odontoiatrici e infermieristici.

La profonda associazione tra cattiva salute mentale e intenzione di abbandonare la forza lavoro del SSN suggerisce che un trattamento efficace della salute mentale per il personale potrebbe migliorare la fidelizzazione insieme alla loro salute.

I nostri risultati suggeriscono anche che promuovere un maggiore coinvolgimento sul posto di lavoro tramite ambienti di supporto e collaborazione e opportunità di sviluppo personale,³ così come cambiamenti organizzativi per ridurre al minimo il burnout, potrebbe aumentare la fidelizzazione.

Come abbiamo scoperto in precedenza, la discriminazione e le molestie da parte di colleghi e pazienti erano associate a intenzioni di abbandono.²

Le politiche che affrontano la discriminazione possono quindi non solo affrontare l'iniquità, ma anche migliorare la fidelizzazione. Il personale che si sentiva sottovalutato dal governo era più propenso a considerare o ad agire per andarsene.

Il nuovo governo del Regno Unito si è impegnato a ridurre l'arretrato di assistenza.^{4,5}

Per raggiungere questo obiettivo, i nostri risultati suggeriscono di implementare misure per far sentire al personale che il governo apprezza il loro lavoro, il che può includere la risoluzione delle controversie salariali. Va notato che la nostra misura di esito è derivata da domande che chiedono specificamente cambiamenti correlati alla pandemia nei ruoli lavorativi.

Tuttavia, riteniamo che sia probabile che la maggior parte degli intervistati riferisca eventuali cambiamenti apportati o pianificati al proprio ruolo in risposta a questa domanda, anche se solo indirettamente correlati o influenzati dalla pandemia.

Considerando quanto siano ampi gli effetti della pandemia di COVID-19 sul servizio sanitario, ci aspetteremmo che questa misura catturi l'impatto di pressioni altrettanto ampie che potrebbero indurre un operatore sanitario ad apportare modifiche al proprio ruolo.

https://www.thelancet.com/cms/10.1016/j.lanepe.2024.101133/asset/158413f5-e6b7-46df-9fee-780bee75d603/main.assets/gr1_lrg.jpg

NOTIZIE · Online prima, 101158, 25 novembre 2024 · Accesso Libero

17a conferenza europea sulla salute pubblica (EPH)

Raffaello Cardoso 

La 17a Conferenza europea sulla salute pubblica (EPH) si è tenuta a Lisbona, in Portogallo, dal 13 al 15 novembre. Ha riunito oltre 3000 professionisti interessati e impegnati a far progredire la salute pubblica in Europa e oltre.

Con il tema "Solcare le onde della salute pubblica europea: esplorare un mare di innovazione", la conferenza ha promosso numerose discussioni incentrate sulla promozione dell'innovazione e sullo sfruttamento del potenziale dell'intelligenza artificiale (IA) per la salute pubblica.

Il programma ha affrontato un'ampia varietà di questioni di salute pubblica, come le disuguaglianze, nonché i determinanti commerciali, sociali e ambientali della salute.

Rafael Cardoso fornisce i punti salienti della Conferenza EPH 2024.

Navigando nell'onda dell'intelligenza artificiale: superare le barriere e liberare il potenziale dell'intelligenza artificiale nella trasformazione della sanità pubblica europea

Organizzata dall'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS e dall'Osservatorio europeo sui sistemi e le politiche sanitarie, questa sessione plenaria ha affrontato la mancanza di una strategia per garantire un accesso equo all'innovazione e all'intelligenza artificiale e ai relativi benefici in tutta Europa, nonché i percorsi per sviluppare e attuare tale approccio.

Francisco Goiana da Silva (Nova Medical School, Lisbona, Portogallo) ha sottolineato il divario sostanziale tra il potenziale dell'IA e la sua attuale implementazione. Il relatore ha identificato tre aree chiave per il futuro: i) governance, in particolare per garantire che le unità di assistenza primaria e ospedaliera integrino assistenza e dati; ii) infrastruttura che affronti questioni come i bassi salari degli scienziati dei dati nel settore della sanità pubblica; e iii) formazione della forza lavoro a tutti i livelli di assistenza.

Inoltre, Goiana da Silva ha sottolineato la necessità di creare fiducia e supporto per una strategia coesa. Keyrellous Adib (ufficio regionale per l'Europa dell'OMS) ha fornito approfondimenti sul lavoro che l'OMS/Europa sta svolgendo in quest'area, tra cui un sondaggio sull'IA nei suoi 53 stati membri per mappare lo stato dell'IA in ambito sanitario, comprendendo i contesti strategici e normativi, l'adozione, le risorse disponibili e i casi di successo.

Questa conoscenza informerà quindi lo sviluppo di una strategia regionale. Infine, Martin McKee (London School of Hygiene & Tropical Medicine, Regno Unito) ha sottolineato l'importanza della fiducia, sia nei modelli sia tra pazienti e medici, e i rischi che l'intelligenza artificiale può esacerbare, in particolare per le minoranze etniche, dove i dati sono limitati e di difficile accesso a causa degli attuali quadri normativi.

Prevenzione primaria e gestione delle malattie non trasmissibili: il valore aggiunto delle azioni congiunte in tutta Europa

Benedetta Armocida (Istituto Superiore di Sanità, Roma, Italia) e Knut-Inge Klepp (Istituto Norvegese di Sanità Pubblica, Oslo, Norvegia) hanno fornito una panoramica di due grandi azioni congiunte europee finanziate dal programma EU4Health: JACARDI e JA PreventNCD.

[JACARDI](#), un'azione congiunta sulle malattie cardiovascolari e il diabete, è iniziata alla fine del 2023 e durerà fino al 2027. Il suo scopo è aiutare i paesi dell'UE a ridurre il peso di queste condizioni e dei fattori di rischio correlati, garantendo al contempo la sostenibilità e l'equità del sistema sanitario.

Con un budget di oltre 66 milioni di euro, l'iniziativa si concentra sull'implementazione delle migliori pratiche e dei progetti pilota innovativi lungo tutto il percorso del paziente, dall'alfabetizzazione sanitaria e dalla prevenzione primaria al miglioramento dei percorsi di assistenza e all'autogestione.

Coinvolgendo 21 paesi e 76 partner, JACARDI condurrà 142 progetti pilota e svilupperà un quadro metodologico per guidare questi sforzi.

Joint Action Prevent Non-Communicable Diseases and Cancer ([JA PreventNCD](#)), in corso dal 2024 al 2027, mira ad aiutare le autorità a dare priorità a strategie di prevenzione efficaci per il cancro e altre malattie non trasmissibili (NCD) affrontando i fattori di rischio individuali e sociali. Il progetto si concentra sulla lotta alle disuguaglianze sociali e alle cause profonde dei fattori di rischio NCD attraverso un approccio che abbraccia tutto il corso della vita.

Con un budget di oltre 95 milioni di euro, stabilirà un'infrastruttura europea completa per il monitoraggio dei fattori di rischio e la valutazione delle politiche, coinvolgendo oltre 100 partner in 25 paesi.

La sostenibilità sarà garantita tramite un consorzio UE sulla prevenzione del cancro e un forum dei decisori politici per coinvolgere i decisori politici.

Esposizione a miscele di additivi alimentari e rischio di diabete di tipo 2

Marie Payen de la Garanderie (Università Sorbonne Paris Nord, Francia) ha segnalato, per la prima volta, associazioni tra esposizione a miscele di additivi alimentari e diabete di tipo 2 in un'ampia coorte prospettica di adulti francesi (coorte NutriNet-Santé). In totale, 108.783 partecipanti hanno completato registrazioni dietetiche ripetute di 24 ore e 1115 hanno sviluppato diabete di tipo 2 durante il follow-up.

Due miscele di additivi sono state associate a un rischio aumentato di diabete di tipo 2: i) maggiore esposizione ad amidi modificati E14xx, pectine E440, gomma di guar E412, carragenina E407 e polifosfati E452 (hazard ratio [HR] per incremento di 1 deviazione standard [DS] = 1,11 [intervallo di confidenza al 95% 1,05-1,18]), $p < 0,0001$; ii) comprendente acido citrico E330, citrati di sodio E331, acido fosforico E338, caramello solfito-ammoniacale E150d, acesulfame-K E950, aspartame E951, sucralosio E955 e gomma arabica E414 (HR1SD = 1,13 [1,08-1,18]), $p < 0,0001$).

[https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(24\)00327-2/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(24)00327-2/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

HEALTH POLICY REPORT

Lezioni dal servizio sanitario nazionale inglese

n engl j med 391;19 nejm.org November 14, 2024

Il Servizio Sanitario Nazionale (NHS) in Inghilterra ha incuriosito a lungo gli americani frustrati con costi elevati, inefficienze e disuguaglianze del proprio sistema sanitario. Nonostante il radicalmente diversa struttura del servizio sanitario nazionale, lo è spesso si è classificato ai primi posti nei confronti transnazionali di sistemi sanitari nei paesi ad alto reddito, mentre il sistema statunitense si è regolarmente classificato all'ultimo posto. Pochi Gli americani potrebbero immaginare di aprire un'Olimpiade giochi con una celebrazione estatica della loro salute sistema come hanno fatto gli inglesi nel 2012.

Prove recenti, tuttavia, suggeriscono che le prestazioni del servizio sanitario nazionale sono peggiorate. Le cause di questo declino possono offrire lezioni ad altre nazioni che lottano per migliorare il funzionamento di sistemi sanitari che affrontano i problemi comuni di invecchiamento della popolazione, proliferazione di malattie croniche e drammatici progressi tecnologici.

Qui esaminiamo la storia recente del Servizio Sanitario Nazionale, insieme alle sfide che minacciano le sue prestazioni e le loro implicazioni per gli sforzi volti a creare soluzioni ad alte prestazioni sistemi sanitari nelle democrazie moderne e industrializzate.

Perché i servizi sanitari in Inghilterra, Scozia, Galles e Irlanda del Nord sono indipendenti governato nel Regno Unito, ci concentriamo sul servizio sanitario nazionale inglese, che è di gran lunga il migliore il più grande sistema sanitario del Regno Unito.

Il servizio sanitario NHS in UK

Il servizio sanitario nazionale inglese si prende cura di una popolazione di 56 persone milioni, equivalenti alla regione Nord-Est del Stati Uniti e trae i suoi finanziamenti da un'economia con un prodotto interno lordo (PIL) di 3,08 trilioni di dollari nel 2023 (PIL pro capite, 45.544 dollari in 2022 [tutti gli importi in dollari menzionati in questo articolo sono in dollari USA]), rispetto a poco più di 27 trilioni di dollari negli Stati Uniti nel 2023 (PIL pro capite, pro capite, \$ 82.023 nel 2022).¹

Fondato nel 1948 durante la ricostruzione del dopoguerra, il servizio sanitario nazionale inglese è distintivo in diversi modi tra gli occidentali ad alto reddito paesi, con i quali viene spesso confrontato.²

Innanzitutto, il servizio sanitario nazionale è una cultura quasi pura proprietà e controllo del governo. Il servizio sanitario nazionale lo è finanziato con le tasse, paga quasi tutte le cure ricevute da residenti inglesi e possiede il 79% della consegna sistema.

La maggior parte degli operatori sanitari e medici i professionisti del Servizio Sanitario Nazionale sono dipendenti pubblici. Una delle principali eccezioni è rappresentata dai medici di medicina generale, che negoziano un contratto separato con il governo.

Finanziamenti per il sistema sanitario nazionale inglese inizia con un bilancio nazionale stabilito dal Primo Ministro e potente Cancelliere dello Scacchiere (l'equivalente inglese approssimativo dell'inglese americano) Segretario del Tesoro e Ufficio di Gestione e Bilancio combinato). Perché il Primo Ministro lo è membro del Parlamento e ne controlla il governo partito, c'è poco di significativo dal punto di vista legislativo controllo sulle decisioni di bilancio.³

Questa concentrazione del potere nell'esecutivo inglese si è dimostrato essere un fattore importante nella recente evoluzione di il Servizio Sanitario Nazionale. I fondi risultanti vengono distribuiti a 42 aree geografiche amministrative secondo a formula che rispecchi le esigenze locali Per ciascuno amministrativamente zona delimitata, un "commissario" locale assegna i fondi disponibili ai "trust", il termine utilizzato per designare tutte le strutture sanitarie, come ad esempio come ospedali, operatori sanitari comportamentali, ambulanze servizi e altri. Ci sono circa 215 trust a livello nazionale e i loro budget individuali sono fissati in trattative locali, spesso intense.

Una seconda caratteristica distintiva del servizio sanitario nazionale inglese è il suo impegno di principio verso l'equità finanziaria e accesso. La maggior parte delle democrazie occidentali hanno un sistema universale la copertura ha mitigato la pressione sui costi bilanci nazionali imponendo ai pazienti di farlo pagamenti di tasca propria. Il servizio sanitario nazionale è internazionale un'anomalia nel rimanere prevalentemente "liberi". al punto di cura." Una terza caratteristica notevole degli inglesi NHS è il suo finanziamento parsimonioso.

Nel 2022, il Gli Stati Uniti hanno speso 12.555 dollari pro capite per la sanità assistenza complessiva, rispetto a \$ 5.493 a persona nel Regno Unito e una media di \$ 5.853 pro capite persona nei paesi dell'UE14 (i primi 15 paesi ad aderire all'Unione Europea escluso il Regno Unito).⁴

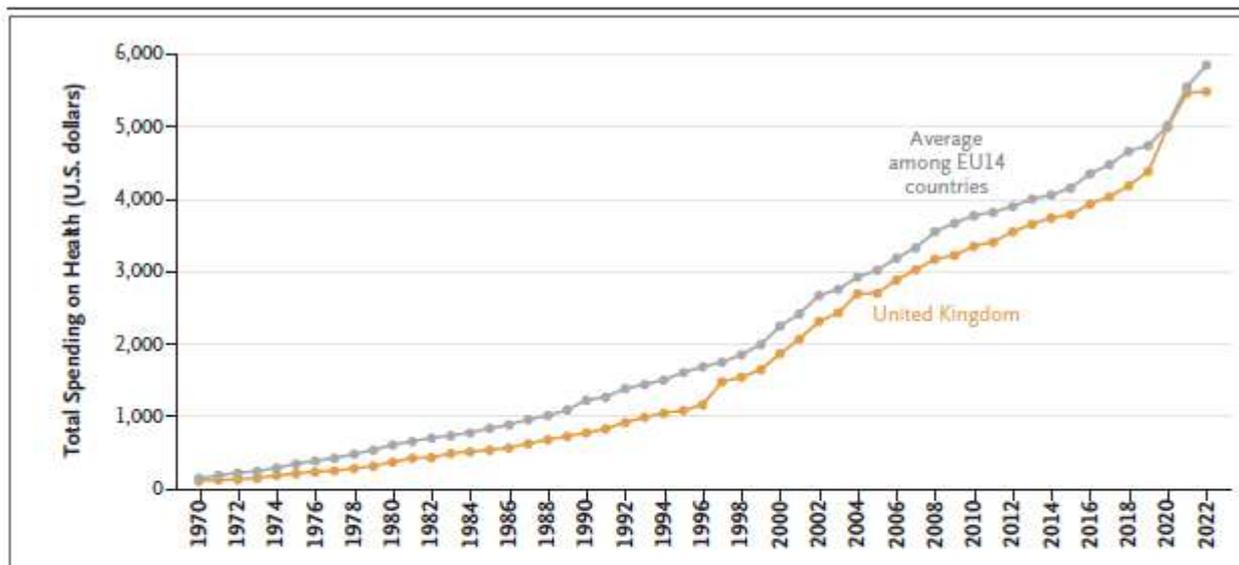


Figure 1. Health Care Spending in the United Kingdom and EU14 Countries from 1970 to 2022.

In the United Kingdom, per capita spending on health care, in terms of purchasing-power parity (a method of adjusting international comparisons for differences in input costs such as labor), lagged behind the mean of that among EU14 countries (the first 15 countries to join the European Union, minus the United Kingdom [Austria, Belgium, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Ireland, Italy, Luxembourg, the Netherlands, Portugal, Spain, and Sweden]) before 1996. Between 1996 and 2009, the spending gap was reduced, but after 2009, spending in the United Kingdom slowed again until the Covid-19 pandemic.

L'investimento pro capite in capitale sanitario per supportare le infrastrutture fisiche e tecnologiche è stato dal 40 al 50% dell'investimento medio pro capite tra Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) dal 2000.⁵

Per gran parte della sua storia, il budget modesto del Servizio Sanitario Nazionale non è sembrato indebolire la sua performance comparativa a livello internazionale. In diverse occasioni precedenti, la classifica transnazionale del Commonwealth

Fund dei sistemi sanitari di 11 democrazie occidentali ad alto reddito ha collocato il Regno Unito al primo posto o tra i primi 3 sulla base di oltre 70 misure di accesso alle cure, equità, qualità, oneri amministrativi e risultati.⁶ Altre evidenze, più orientate ai risultati sanitari, mostrano che il sistema sanitario del Regno Unito si trova al centro delle classifiche internazionali, con sacche di buone prestazioni.⁷

Fino a poco tempo fa, quindi, il servizio sanitario nazionale sembrava fornire servizi e salute della popolazione nella media o migliori a fronte di livelli relativamente bassi di spesa sanitaria.

Tra le possibili ragioni dell'apparente successo del servizio sanitario nazionale c'era la forza del suo sistema di assistenza primaria, motivo di orgoglio nazionale. L'assistenza primaria in Inghilterra è stata storicamente ampiamente disponibile, accessibile e gratuita.

L'acquisto centralizzato di prodotti farmaceutici nel Regno Unito ha inoltre consentito al servizio sanitario nazionale di acquisire farmaci a prezzi molto competitivi, e la revisione nazionale della tecnologia sanitaria sotto l'egida del National Institute for Health and Care Excellence ha ulteriormente ridotto l'uso eccessivo dei servizi fornendo prove raccomandazioni nazionali basate sull'uso delle tecnologie sanitarie nuove ed esistenti. Il finanziamento dell'assistenza attraverso la definizione del budget senza praticamente alcuna condivisione dei costi da parte del paziente ha notevolmente ridotto le spese e gli oneri amministrativi eliminando la necessità per i fornitori di fatturare ai contribuenti o ai pazienti.

Le spese amministrative del NHS sono modeste: 76 dollari pro capite nel 2021, rispetto ai 925 dollari pro capite negli Stati Uniti.⁸ Inoltre, poiché il NHS fissa effettivamente le tariffe salariali nazionali per tutti i dipendenti stipendiati, compresi i medici (ma non i medici di medicina generale), i costi del personale (circa il 45% di tutta la spesa del Servizio Sanitario Nazionale) sono stati efficacemente controllati.⁹

Sfide crescenti

Nel 2010, un nuovo governo guidato dai conservatori ha risposto alla crisi finanziaria del 2008-2009 con un decennio di austerità governativa (Fig. 1). Dalla seconda guerra mondiale, i budget annuali per la sanità sono aumentati in media del 3,9% in termini reali.¹⁰ Durante l'austerità, i budget annuali sono aumentati di circa preferibilmente l'1% in termini reali.

Anche se la spesa sanitaria durante questo periodo ha subito un rallentamento in quasi tutti i paesi periodo, la maggior parte dei paesi dell'Unione Europea ha registrato aumenti del 2-3% in termini reali.¹¹ Prima di queste restrizioni di bilancio, numero di letti ospedalieri, strutture di imaging avanzate e operatori clinici per popolazione nel servizio sanitario nazionale erano già tra il più basso in qualsiasi paese OCSE (come determinato con l'uso del Data Explorer dell'OCSE¹²).

Da quindi, si è verificato un verificarsi regolare delle cosiddette pressioni invernali, in cui la domanda stagionale

per gli ospedali sovraccarichi di pronto soccorso e ha causato ritardi nelle ammissioni elettive e liste di attesa per le cure (Fig. 2A e 2C). Queste liste accorciato durante le stagioni estive ma mai sono scomparsi e sono cresciuti anno dopo anno con ciascuna impennata invernale della domanda.

Liste d'attesa e orari sono questioni scottanti per il pubblico e i media e quindi i governi nazionali.

Il regime di austerità lo ha reso estremamente difficile affinché il servizio sanitario nazionale debba affrontare un'altra grande sfida — una concomitante crescita della domanda di servizi.

Come in tutti i paesi ad alto reddito, l'Inghilterra doveva soddisfare le esigenze di una popolazione che invecchia un peso crescente di malattie croniche. Dal 2011 fino al 2021, il numero di residenti in Inghilterra e nel Galles di età superiore a 65 anni sono aumentati da più di 2 milioni.¹⁷

La proporzione della popolazione inglese che vive con due o più patologie croniche è aumentata del 70% dal 2004 al 2019 e si prevede che crescerà notevolmente in futuro.^{18,19}

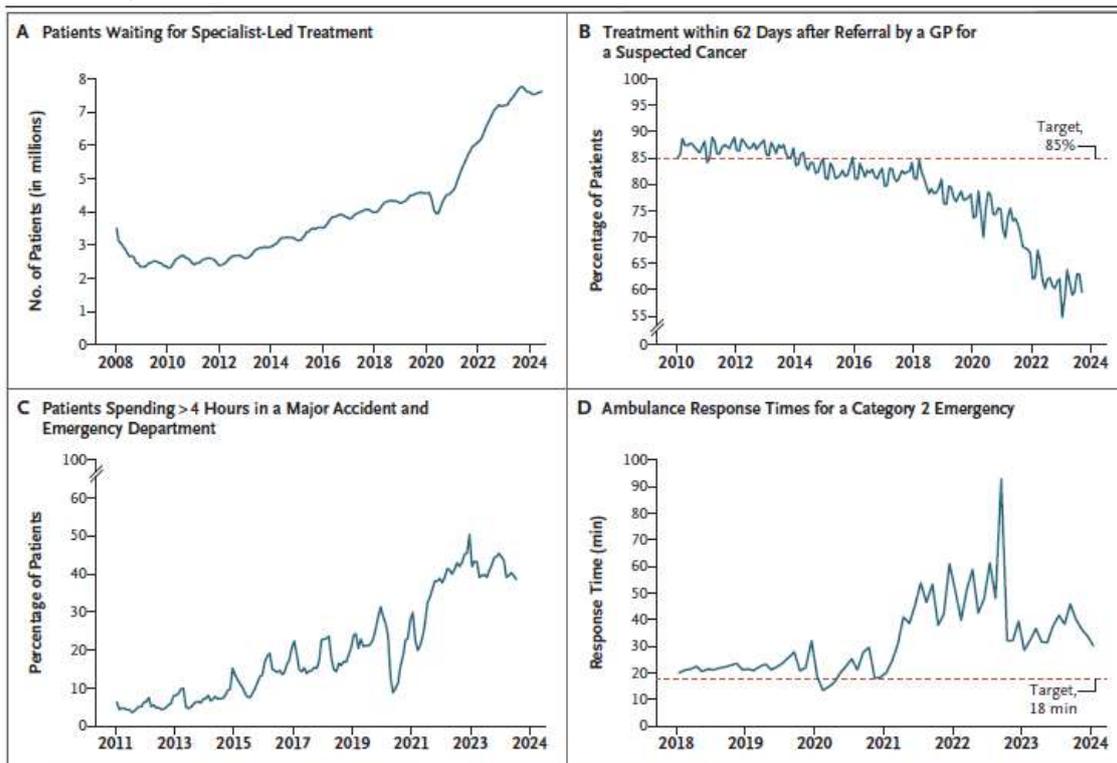


Figure 2. Performance by the NHS in England According to Four Service-Delivery Metrics.

Panel A shows the number of patients waiting for hospital treatments, which includes the total number of uncompleted referrals for treatment, consultation, or diagnostic study. Panel B shows the percentage of patients referred by a general practitioner (GP) for a suspected cancer who have started treatment within 62 days, the national standard for timeliness for the initiation of cancer treatment. Panel C shows the percentage of patients visiting a major accident and emergency department (the U.K. equivalent of an emergency department in the United States) who have waited more than 4 hours, the national standard, to be seen. Panel D shows the mean response times for an ambulance called for a category 2 type emergency. Category 2 emergencies include emergencies such as stroke, seizures, or burns. (Source: NHS England.¹³⁻¹⁶)

Il servizio sanitario nazionale, come tutti i sistemi sanitari avanzati, ha dovuto gestire la proliferazione di nuove tecnologie – nuovi agenti biologici, terapia genica, terapie cardiache avanzate e ora nuovi agonisti del recettore del peptide-1 simile al glucagone – che sono straordinariamente efficaci ed estremamente costosi. Il caro impegno del NHS per un accesso illimitato e gratuito ai servizi sanitari era molto più facile da onorare al momento della sua fondazione, quando la popolazione era più giovane, molte malattie erano a breve termine e le cure erano più limitate.

A complicare la situazione del Servizio Sanitario Nazionale è stato il crescente divario tra domanda e offerta di servizi di assistenza sociale. Anche se la spesa pubblica per l'assistenza sociale agli adulti (in parte per sostenere le persone anziane fragili con le esigenze della vita quotidiana) è cresciuta del 2,6% all'anno in termini reali dal 2014 al 2022, è comunque ben lungi dal soddisfare i bisogni di una popolazione che invecchia alle prese con le ricadute della crisi finanziaria.²⁰ Il sostanziale bisogno insoddisfatto aumenta la domanda di servizi medici.

Tutte queste sfide hanno messo a dura prova le prestazioni del sistema. Come nella maggior parte degli altri paesi ad alto reddito, i progressi nella riduzione delle morti premature dovute a malattie cardiovascolari nel Regno Unito hanno iniziato a rallentare nel 2005, e la mortalità prevenibile correlata alle malattie cardiovascolari ha iniziato a crescere dopo la pandemia di Covid-19.²¹ Altri indicatori come la mortalità materna²² e anche i tempi di attesa per iniziare i trattamenti contro il cancro (Fig. 2B) si sono spostati nella direzione sbagliata. Il sistema ha comportato aumenti delle attese dei pazienti nei reparti di emergenza (Fig. 2C), imbarchi al pronto soccorso a causa di indisponibilità di letti e tempi di risposta delle ambulanze più lunghi (Fig. 2D).

Durante la pandemia, l'insufficiente capacità del servizio sanitario nazionale in Inghilterra potrebbe aver influito sulla sua risposta alla crisi.²³ Tra i 10 paesi ad alto reddito, solo gli Stati Uniti hanno ottenuto risultati peggiori dell'Inghilterra in termini di decessi cumulativi per Covid-19 e di decessi in eccesso per qualsiasi causa durante la pandemia nelle popolazioni di età inferiore a 75 anni.²⁴ Dei 10 paesi, l'Inghilterra si è classificata al nono posto in termini di mortalità in eccesso tra le persone di età superiore a 75 anni. La crisi del Covid-19 ha costretto il governo ad aumentare la spesa dal 9,8% del PIL nel 2019 all'11,3% nel 2022. Come mostrato nella Figura 2, la pandemia ha chiaramente esacerbato i problemi di performance del Servizio Sanitario Nazionale.

A causa delle attese più lunghe per le cure, sempre più persone con i mezzi per farlo ora bypassano il servizio sanitario nazionale per ottenere assistenza privata: un britannico su otto ha riferito di utilizzare cure finanziate privatamente, un terzo dei quali ha riferito di aver utilizzato cure finanziate privatamente per la prima volta.^{25,26} Il malcontento è ormai diffuso all'interno della forza lavoro del servizio sanitario nazionale, aggravato dal "burnout" postpandemico e dalla restrizione salariale per oltre un decennio, che ha portato ad azioni sindacali da parte di infermieri, medici in formazione (la versione britannica dei residenti), consulenti (che forniscono personale negli ospedali inglesi) e, più recentemente, medici di base.²⁷ I medici di base sono inoltre sempre più stressati dalla crescente domanda dei loro servizi derivante dalle tendenze demografiche, così come dagli sforzi per liberare letti ospedalieri sovraccarichi spostando l'assistenza nella comunità.²⁸ Nonostante il continuo sostegno pubblico al servizio sanitario nazionale in generale, i sondaggi mostrano anche che la soddisfazione del pubblico per l'assistenza sanitaria pubblica è al livello più basso degli ultimi 40 anni.²⁹

Una preoccupazione sempre più profonda è che i maggiori problemi e le tensioni incontrate dal Servizio Sanitario Nazionale, così come le sue precipitose riorganizzazioni (come descritto di seguito), potrebbero ridurre la motivazione intrinseca dei medici e degli altri professionisti sanitari a impegnarsi pienamente nel proprio lavoro.³⁰ La professionalità del personale sanitario è un pilastro vitale ma spesso sottovalutato della performance del sistema sanitario in tutto il mondo.

Risposta alle sfide crescenti

Quando un sistema sanitario opera sotto pressioni sostanziali, la sua governance e gestione diventano ancora più cruciali per il suo funzionamento. A questo proposito, il sistema sanitario inglese si è scontrato con i rischi associati alla concentrazione del potere nelle mani del governo centrale.

L'autorità centralizzata consente al governo di agire con decisione in risposta alla crisi e, in teoria, di coordinare elementi dispersi del sistema sanitario. Ma in una democrazia, la concentrazione del potere si traduce anche in una maggiore responsabilità e visibilità.

Praticamente ogni problema che si verifica nel servizio sanitario nazionale inglese diventa responsabilità del governo nazionale, e gli affari del sistema sanitario sono intensamente politicizzati.

Questa situazione può rendere i funzionari pubblici diffidenti nei confronti della trasparenza a causa del suo costo politico e incoraggiare reazioni reattive, risposte semplicistiche a problemi profondi distogliere l'attenzione dei media e calmare le critiche pubbliche.

Forse per questi motivi, nuovi governi inglesi e i ministri hanno fatto ricorso ripetutamente a massicce riorganizzazioni del servizio sanitario nazionale - 8 pollici negli ultimi 30 anni – negli sforzi per migliorare le prestazioni senza aumentare notevolmente i budget del Servizio Sanitario Nazionale.

Dal 1990, queste riorganizzazioni si sono ripetute spesso ha cercato di iniettare concorrenza di mercato nel pubblico eseguire il sistema inglese. Tra i più notevoli Le ristrutturazioni furono le cosiddette Riforme Lansley del 2012, che ha scoraggiato la collaborazione e consolidamento tra i trust del NHS con l'intento promuovere la concorrenza e quindi l'efficienza e innovazione.

Nel processo, ovviamente, le riforme ha anche scoraggiato il coordinamento che potrebbe portare alla razionalizzazione o all'integrazione dei servizi localmente. Nel 2022, un altro governo conservatore invertì gran parte del programma Lansley richiedendo ai 215 trust indipendenti di collaborare sotto l'egida di 42 "integrate" territoriali sistemi di cura".

A prescindere dal teorico merito delle singole riorganizzazioni, il loro costo, frequenza ed estensione hanno accresciuto il cinismo professionisti in prima linea che si prendono cura dei pazienti circostanze stressanti.

Nonostante queste difficoltà, tutte apprezzate dal neo eletto governo del Regno Unito,³¹ il servizio sanitario nazionale può rivendicare alcuni nuovi e continuativi risultati che riflettono, almeno in parte, la vantaggi del finanziamento pubblico, della governance e gestione.

È importante sottolineare che gli ostacoli finanziari a

l'accesso all'assistenza sanitaria rimane inferiore rispetto a qualsiasi altro paese altro paese.⁴ Il sistema continua a trarre vantaggio dai costi dei farmaci relativamente bassi. Continua anche avere spese amministrative molto basse e sopraelevato.

NHS è stato un servizio internazionale leader nella riduzione delle emissioni di gas serra nel settore sanitario e i relativi controlli le spese in conto capitale hanno permesso di razionalizzare l'implementazione di nuove tecnologie costose come recettore del fascio di protoni e dell'antigene chimerico Terapie con cellule T, guidate dalle necessità della popolazione piuttosto che gli interessi commerciali dei venditori e fornitori.

Nonostante i vincoli di finanziamento, il L'NHS ha effettivamente ampliato il comportamento online servizi sanitari e rapidamente implementati più di 10.000 servizi ospedalieri a domicilio da affrontare rapidamente il loro deficit di letti. Più di tre quarti della popolazione adulta si è registrata l'app NHS, che offre agli utenti un approccio semplice e modo sicuro per accedere a una gamma di servizi NHS.

Durante la crisi del Covid-19, il Servizio Sanitario Nazionale ha potuto (dopo aver annullato alcune restrizioni locali) da utilizzare il proprio patrimonio di dati per tenere traccia delle infezioni e dei comportamenti ricerca sull'epidemiologia, la prevenzione e trattamento della malattia, azioni che sono state ampiamente celebrato. La storia recente del Servizio Sanitario Nazionale suggerisce un numero di lezioni per la gestione della sanità moderna sistemi sanitari, compreso il sistema sanitario statunitense.

Primo, investimenti insufficienti possono minare anche un funzionamento elevato sistema sanitario. Le sfide recenti di fronte al Servizio Sanitario Nazionale riflettono una lunga storia di parsimoniosità finanziamenti sanitari nazionali che hanno lasciato il sistema vulnerabili ai fattori demografici e tecnologici tendenze, nonché gli shock a breve termine che si rendessero necessarie riserve di capacità.

La recente sottoperformance dell'economia inglese ha fatto molto di più difficile compensare questi modelli storici, e non c'è dubbio che sia la ricchezza di una nazione influenza pesantemente il suo investimento nel sociale servizi di ogni tipo, compresa l'assistenza sanitaria.

Ma il servizio sanitario nazionale inglese avrebbe potuto essere in una posizione migliore per gestire l'invecchiamento della sua popolazione, la scoperta accelerata di tecnologie costose, e l'arrivo della pandemia da Covid-19 no stato per le scelte passate su quanta resilienza integrare i propri sistemi sanitari e di assistenza sociale.³²

Nel caso del servizio sanitario nazionale, gli investimenti sono insufficienti e ha anche lo sfortunato effetto di indebolirla impegno storico per l'equità e l'accesso. Quando il sistema pubblico cessa di soddisfare la sua domanda utenti a reddito medio e alto, tali utenti lo faranno cercare cure in un sistema privato che solo loro possono permettersi, il che aumenterebbe le disuguaglianze anche in un sistema impegnato a mitigarli.

Comprendere le conseguenze del vincolo può sembrare un sostegno ai sistemi sanitari nazionali molto più rilevante per i paesi ad alto reddito altro che gli Stati Uniti, in cui lo stravagante la spesa sanitaria sembrerebbe rendere problemi di scarsità irrilevanti.

Tuttavia, alta la spesa negli Stati Uniti è principalmente il risultato di prezzi elevati, non di capacità in eccesso, come illustrato dagli ospedali stracolmi durante la pandemia e pazienti attualmente in attesa da giorni in emergenza reparti per posti letto negli ospedali urbani.^{33,34}

In effetti, gli Stati Uniti hanno meno letti ospedalieri e medici pro capite rispetto alla media dei paesi OCSE. Se gli sforzi nazionali e locali per il contenimento dei costi negli Stati Uniti si concentrassero sulla riduzione delle già modeste forniture di servizi piuttosto che sui vincoli sui prezzi, gli americani potrebbero dover affrontare i tempi di attesa con cui l'Inghilterra ha lottato.

Questo sviluppo probabilmente esagererebbe il divario già crescente tra coloro che hanno assistenza sanitaria e coloro che non la hanno negli Stati Uniti.

Una seconda lezione tratta dall'esperienza del Servizio Sanitario Nazionale riguarda i rischi e i benefici della gestione centralizzata dei moderni sistemi sanitari se combinati con un sistema politico che offre pochi controlli sul potere della maggioranza parlamentare al potere.

La proprietà e il controllo nazionale del servizio sanitario nazionale possono consentire una strategia nazionale forte e coordinata per rispondere a emergenze come la pandemia di Covid-19 o a gravi minacce emergenti come il cambiamento climatico.

Resta da vedere se questo coordinamento centrale sarà più rilevante in futuro, man mano che l'invecchiamento della popolazione e la domanda di nuove tecnologie accelerano.

Nell'esperienza recente, tuttavia, la centralizzazione del potere politico e il controllo organizzativo del servizio sanitario nazionale hanno anche consentito molteplici e precipitose riorganizzazioni.

Queste riorganizzazioni non sembrano aver migliorato le prestazioni del servizio sanitario nazionale, ma hanno aggiunto costi evitabili, malcontento, confusione e demoralizzazione tra gli operatori sanitari.

Se non altro, con il Congresso e i tribunali che esercitano potenti controlli sul ramo esecutivo, gli Stati Uniti soffrono di un'eccessiva dispersione dell'autorità in materia sanitaria.

Ci sono voluti un lungo sforzo e una dura battaglia legislativa perché il governo federale ottenesse un'autorità molto limitata per negoziare i prezzi di alcuni farmaci nel programma Medicare, che copre solo un quinto degli americani.

Anche se queste nuove autorità saranno efficaci, non cambieranno il fatto che la maggior parte degli americani continuerà a spendere multipli di quanto pagano per i loro farmaci le persone nel Regno Unito e in altri paesi ad alto reddito.

Durante la pandemia, gli Stati Uniti si sono resi conto anche del fatto che gli stati controllano l'apparato sanitario pubblico americano e che il governo federale non ha nemmeno l'autorità per richiedere una segnalazione statale standardizzata dell'insorgenza di una nuova malattia mortale e altamente infettiva.

Al contrario, per quanto riguarda il Covid-19, il Servizio sanitario nazionale è stato in grado di identificare rapidamente casi, ricoveri, decessi e copertura vaccinale quasi in tempo reale. Trovare un equilibrio simile a Riccioli d'oro tra centralizzazione e decentralizzazione, ad esempio tra la situazione del servizio sanitario nazionale e quella degli Stati Uniti, è una sfida duratura per i sistemi sanitari del 21° secolo.

Una terza lezione tratta dall'esperienza del Servizio Sanitario Nazionale riguarda le potenziali minacce alla professionalità della forza lavoro nei sistemi sanitari sottoposti a importanti cambiamenti sistemici. Nel sistema sanitario nazionale, queste minacce derivano da una combinazione di risorse insufficienti e cambiamenti organizzativi precipitosi imposti dalle autorità centrali. Entrambi possono lasciare i medici e gli altri professionisti con una sensazione di impotenza e demoralizzazione. Negli Stati Uniti, le minacce alla professionalità possono provenire da tendenze nel settore privato, inclusa la crescita di mega sistemi sanitari, in cui i medici partecipanti sentono di avere poco controllo sulla propria vita lavorativa e sulle politiche vitali per la qualità dell'assistenza.

La motivazione intrinseca dei professionisti è essenziale per garantire la qualità dei servizi, garantire che i progressi scientifici siano rapidamente incorporati nella pratica e spronare il personale sanitario ad abbracciare con tutto il cuore qualsiasi sfida inaspettata, come la pandemia di Covid-19. Una volta persa, questa risorsa motivazionale fondamentale potrebbe essere difficile da riconquistare.

Tuttavia, un quarto aspetto dell'esperienza del Servizio Sanitario Nazionale merita attenzione negli Stati Uniti e altrove, e cioè la vulnerabilità delle cure primarie.

Nel Regno Unito, un sistema di assistenza primaria, un tempo altamente funzionante, si trova a lottare sotto la pressione del cambiamento demografico. Negli Stati Uniti, l'assistenza primaria ha tradizionalmente guidato la fornitura di servizi preventivi, una funzione di alto valore per massimizzare la salute della popolazione.³⁵

Ora, il già debole e vacillante sistema di assistenza primaria degli Stati Uniti si trova ad affrontare una nuova fonte unica di disordine: i gruppi funzionali di assistenza primaria. vengono acquisite da investitori privati e grandi aziende Fortune 500, come Walmart, Amazon.com, CVS, Walgreens e UnitedHealth Group, e alcuni di questi investitori e aziende trattano queste pratiche come merci commerciabili piuttosto che elementi critici in un sistema sanitario nazionale. Gli effetti che ne derivano sul funzionamento di ciò che resta dell'assistenza primaria negli Stati Uniti meritano un attento esame da parte dei policy maker.

Il sistema sanitario inglese difficilmente potrebbe essere più diverso dal sistema sanitario statunitense, ma la sua storia recente è comunque istruttiva per gli americani e altri paesi ad alto reddito.

L'esperienza del Servizio Sanitario Nazionale mostra soprattutto quanto sarà impegnativo che tutti i paesi democratici ad alto reddito possano trovare un approccio accessibile ai bisogni sanitari di una popolazione sempre più anziana e malata cronica quando le pandemie mettono alla prova le riserve del sistema sanitario e quando la scienza e la tecnologia forniscono sempre di più rimedi entusiasmanti, benefici e costosi affezioni umane.

*The New England Journal of Medicine is produced by NEJM Group,
a division of the Massachusetts Medical Society.*

Downloaded from nejm.org by LUIGI TONELLI on November 22, 2024. For personal use only.

No other uses without permission. Copyright © 2024 Massachusetts Medical Society. All rights reserved.



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Modifica del pagamento Medicare per rafforzare l'assistenza primaria

Douglas B. Jacobs , Christiane T. LaBonte , e Meena Seshamani

Pubblicato il 18 dicembre 2024

Poche relazioni in medicina sono sacre quanto la relazione tra pazienti e medici di base. Le cure primarie supportano le persone dall'infanzia alla vecchiaia, in caso di sintomi di routine e patologie oscure, tra battute d'arresto e successi della salute.

Senza cure primarie, malattie minori possono evolversi in condizioni croniche, le opportunità di prevenzione delle malattie possono essere perse, le cure possono essere non coordinate e i costi dell'assistenza sanitaria possono aumentare. ¹

Avere una maggiore offerta di medici di base per una popolazione è associato a risultati sanitari più equi e a una maggiore aspettativa di vita. ¹ Un recente rapporto delle National Academies of Sciences, Engineering,

and Medicine (NASEM) ha concluso che le cure primarie sono un bene comune e sono fondamentali per il sistema sanitario statunitense. ¹

Nonostante l'importanza dell'assistenza primaria, le visite ai medici di base sono diminuite, ² gli americani in meno rispetto agli anni passati dichiarano di avere una fonte abituale di assistenza primaria, ³ e si prevede che la carenza di personale di assistenza primaria aumenterà. ⁴

La necessità di rafforzare l'assistenza primaria mentre gli Stati Uniti si ricostruiscono dalla pandemia di Covid-19 è chiara. Una migliore retribuzione per i medici di base potrebbe aumentare il numero di studenti di medicina che fanno domanda per entrare nelle specialità di assistenza primaria e migliorare l'accesso alle cure. ⁵

In qualità di medico di medicina generale e di subspecialista chirurgico che si è preso cura di pazienti indirizzati da medici di medicina generale, due di noi hanno visto in prima persona l'importanza di un rapporto di fiducia e longitudinale con le cure primarie per la salute a lungo termine di una persona.

Una visita per la sinusite può comportare non solo una decisione se prescrivere antibiotici, ma anche una discussione volta a identificare e affrontare fattori, come la muffa ambientale, che potrebbero contribuire ai problemi di salute più ampi di un paziente.

Un appuntamento con un paziente con un'infezione da HIV scarsamente controllata rappresenta un'opportunità non solo per comunicare l'importanza dell'aderenza alla terapia farmacologica, ma anche per acquisire una migliore comprensione delle barriere che potrebbero ostacolare l'accesso della persona alle cure.

Quando si costruiscono relazioni con le cure primarie, ogni aspetto delle interazioni, l'intonazione delle voci dei medici, la loro scelta di parole, le loro espressioni facciali, è importante, sia per garantire una comunicazione chiara e accurata, sia per creare un senso di sicurezza che possa consentire ai pazienti di impegnarsi nelle proprie cure.

Quando le interazioni vanno male, la fiducia tra paziente e medico, essenziale per un'assistenza efficace, può essere erosa.

È un lavoro duro. I Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), dove lavoriamo, hanno recentemente adottato misure per riformare le politiche di pagamento delle cure primarie che incidono sul Medicare Physician Fee Schedule (PFS) in modi che riconoscono meglio l'importanza delle cure primarie e il tempo e gli sforzi richiesti ai team di assistenza per sviluppare relazioni durature e di fiducia con i pazienti.

Nel 2024, il CMS ha implementato nuove politiche di codifica e pagamento che interessano il PFS e che riflettono più accuratamente il lavoro coinvolto nella costruzione di relazioni a lungo termine. I medici di base possono utilizzare i nuovi codici di fatturazione per le visite in ambulatorio, con alcune eccezioni.

Nel PFS del 2025, il CMS ha consentito che questi pagamenti fossero applicati a ulteriori incontri con i pazienti, come le visite che comportano vaccinazioni e altri servizi preventivi.

Riconoscere le risorse necessarie per fornire assistenza longitudinale è un passo avanti verso la correzione di distorsioni di lunga data nei pagamenti, che hanno portato a un numero inferiore di medici che accedono alle cure primarie rispetto a quanto richiesto dagli Stati Uniti e a lacune nell'accesso per i pazienti.

Un altro aspetto importante dell'assistenza primaria è che il rapporto di cura non si interrompe necessariamente quando l'orario di clinica è terminato.

Compiti come rispondere ai messaggi, coordinare l'assistenza con altri medici e gestire i farmaci sono fondamentali per un'assistenza primaria di alta qualità, ma possono essere opprimenti per i professionisti.

I team di assistenza primaria, composti da personale amministrativo, assistenti medici, infermieri e (idealmente) assistenti sociali, medici della salute comportamentale, operatori sanitari della comunità e altri, possono facilitare la fornitura di assistenza efficace e tempestiva.

Il rapporto NASEM ha formulato diverse raccomandazioni per supportare l'assistenza primaria negli Stati Uniti, tra cui "pagare i team di assistenza primaria per prendersi cura delle persone, non i medici per fornire servizi". ¹

Negli ultimi dieci anni, il CMS ha aggiornato il PFS per consentire il pagamento per i componenti dell'assistenza primaria basata sul team, implementando codici di fatturazione e pagamenti per la gestione dell'assistenza e i servizi di comunicazione digitale. Tuttavia, l'adozione è stata bassa.

Abbiamo ricevuto feedback secondo cui i requisiti per documentare come viene speso ogni minuto di tempo di fornitura di questi servizi hanno ostacolato l'adozione.

Il CMS ha quindi creato nuove politiche di codifica e pagamento per i servizi di gestione avanzata dell'assistenza primaria (APCM) nella norma finale del PFS del 2025.

I nuovi codici ridurranno gli oneri amministrativi non richiedendo una documentazione basata sul tempo (non sarà necessario catalogare ogni minuto del tempo di un membro del team).

Invece, i team di assistenza primaria saranno in grado di utilizzare i codici se forniscono determinati servizi che sono noti per essere fondamentali per un'assistenza primaria di alta qualità (vedere [il riquadro](#)).

Non tutti i servizi dovranno essere forniti ogni mese per ogni paziente; i servizi dovrebbero essere forniti quando le circostanze cliniche del paziente li giustificano.

Elementi del servizio APCM e capacità a livello pratico. *

Consenso

Informare i pazienti della disponibilità dei servizi APCM e delle relative politiche.

Visita di inizio per nuovi pazienti (pagata separatamente)

Inizio durante una visita di qualificazione solo per nuovi pazienti.

Fornitura di accesso 24 ore su 24, 7 giorni su 7 alle cure e continuità delle cure

Garantire l'accesso alle cure per le necessità urgenti.

Continuità delle cure con un membro del team designato.

Gestione completa dell'assistenza

Può includere una valutazione sistematica delle esigenze, approcci per garantire la ricezione di servizi preventivi e la riconciliazione dei farmaci.

Piano di assistenza completo incentrato sul paziente

Sviluppo, implementazione, revisione e manutenzione di un piano di assistenza elettronico, completo e incentrato sul paziente.

Gestione delle transizioni di cura

Coordinamento delle transizioni di cura tra operatori e strutture.

Scambio tempestivo di informazioni sanitarie elettroniche.

Comunicazioni di follow-up con il paziente o con chi si prende cura di lui entro 7 giorni dalle visite al pronto soccorso e dalle dimissioni.

Coordinamento dell'assistenza domiciliare, basata su professionisti e comunità

Coordinare la fornitura dei servizi necessari tra operatori e strutture.

Opportunità di comunicazione migliorate

Aumentare le opportunità del paziente di comunicare con il team sanitario.

Accesso alle comunicazioni digitali avviate dal paziente.

Gestione a livello di popolazione di pazienti

Analizzare i dati sulla popolazione dei pazienti per individuare lacune nell'assistenza e proporre interventi.

Stratificare in base al rischio la popolazione interessata per indirizzare i servizi.

Misurazione delle prestazioni

Essere valutati sulla base della qualità dell'assistenza primaria, del costo totale dell'assistenza e dell'uso significativo della tecnologia EHR certificata.

Questa informazione è abbreviata; maggiori informazioni sono disponibili nella norma finale del Physician Fee Schedule del 2025, pubblicata il 1° novembre 2024.

Un professionista che partecipa a un'organizzazione di assistenza responsabile o a un modello di assistenza primaria Innovation Center soddisfa i requisiti per la gestione a livello di popolazione di pazienti e la misurazione delle prestazioni.

I medici idonei possono anche soddisfare il requisito di misurazione delle prestazioni tramite il Value in Primary Care Merit-Based Incentive Payment System Value Pathway. APCM denota la gestione avanzata dell'assistenza primaria, il pronto soccorso ED e la cartella clinica elettronica EHR.

Il pagamento APCM sarà un importo mensile per paziente basato sulla complessità delle esigenze mediche e sociali del paziente.

Ad esempio, se un team di assistenza primaria fattura a Medicare i servizi APCM forniti a 200 pazienti che hanno ciascuno due o più condizioni croniche, al team verranno pagati circa \$ 10.000 in più al mese nel 2025, e di più se uno qualsiasi dei pazienti è un "beneficiario Medicare qualificato", che ha redditi bassi.

Sebbene la condivisione dei costi sia applicata ai servizi APCM, i beneficiari Medicare qualificati sono esenti e, nel complesso, quasi il 90% dei beneficiari Medicare ha una copertura supplementare che ridurrebbe o eliminerebbe i costi diretti di questi servizi.

Il CMS misurerà le prestazioni in queste aree e premierà i team che forniscono cure primarie avanzate e di alta qualità.

Abbiamo chiesto commenti su come sviluppare ulteriormente l'APCM nel corso di più anni, con l'intento di supportare le relazioni longitudinali che sono una delle ragioni principali per cui i medici di medicina generale vanno sul campo e che la ricerca ha dimostrato essere cruciali per la salute e il benessere delle persone.

Le modifiche al Medicare PFS sono tra le varie riforme che il CMS ha implementato per supportare meglio l'assistenza primaria.

L'agenzia ha scoperto che le organizzazioni di assistenza responsabili (ACO) composte principalmente da professionisti dell'assistenza primaria generano maggiori risparmi rispetto ad altre ACO e ha stabilito nuovi pagamenti anticipati che i professionisti possono utilizzare per investire nelle loro pratiche e nei servizi che soddisfano le esigenze dei loro pazienti, come servizi dentistici, uditivi, visivi, di sicurezza alimentare e di trasporto.

Il CMS ha anche annunciato nuovi modelli di Innovation Center volti a rafforzare l'assistenza primaria, come un modello che coinvolge le ACO (il Primary Care Flex Model), un modello di assistenza primaria avanzato (Making Care Primary) e un modello basato sullo stato (States Advancing All-Payer Health Equity Approaches and Development, o AHEAD).

Inoltre, in Medicare Advantage, abbiamo finalizzato gli standard dei tempi di attesa per gli appuntamenti di assistenza primaria e semplificato i processi di autorizzazione preventiva per migliorare l'accesso e ridurre gli oneri amministrativi.

Sebbene le tendenze attuali non saranno invertite da un giorno all'altro, i cambiamenti nei pagamenti Medicare spesso preparano il terreno per cambiamenti più ampi nella copertura assicurativa commerciale e nei programmi Medicaid statali e possono costituire una base su cui costruire nel tempo tramite feedback continui da parte di medici, programmi di formazione, pazienti e operatori sanitari.

Se i team di assistenza primaria sono meglio supportati nel fornire un'assistenza ampia e completa, gli studenti di medicina potrebbero essere più attratti dalle carriere nell'assistenza primaria. L'offerta di professionisti dell'assistenza primaria potrebbe aumentare.

I pazienti potrebbero sentirsi più ascoltati. E in definitiva, più persone potrebbero sperimentare i vantaggi di avere un professionista dell'assistenza primaria che conosce loro e le loro storie, obiettivi, esigenze e speranze.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2413193?query=TOC>

Come la burocrazia sta prosciugando la scienza: ricerca osservativa internazionale ai sensi del Regolamento generale sulla protezione dei dati

Derek P. de Winter ^{a, c} Nina AM Houben ^{a, b, c} Enrico Lopriore

Le collaborazioni di ricerca internazionali svolgono un ruolo essenziale nella scienza medica.

Molte domande di ricerca clinica possono trovare risposta utilizzando dati di pazienti raccolti di routine in studi osservazionali, in particolare studi che valutano l'implementazione di prove esistenti, variazioni nella pratica attuale e malattie o interventi con una bassa prevalenza.

Nonostante il potenziale elevato guadagno, questi studi osservazionali a basso rischio sono stati sempre più ostacolati da oneri amministrativi e diverse interpretazioni del Regolamento generale sulla protezione dei dati (GDPR).

Negli ultimi anni, abbiamo avviato due grandi studi osservazionali internazionali che ci hanno fornito esperienza diretta delle sfide pratiche della conduzione di ricerche ai sensi del GDPR. [1-3](#)

Il GDPR, in vigore negli Stati membri dell'Unione Europea (UE) dal 2018, regola il trattamento dei dati personali e la libera circolazione di tali dati. [4](#)

I principi alla base di questa e di altre normative, come la garanzia della sicurezza dei pazienti, la protezione della privacy e la salvaguardia della qualità e dell'integrità della ricerca, sono di fondamentale importanza.

Tuttavia, la sua interpretazione varia ampiamente nei paesi europei. Non solo tra i paesi, ma anche tra i centri all'interno dello stesso paese, con conseguente moltitudine di applicazioni etiche.

Questa complessità mette a repentaglio la fattibilità di molti studi osservazionali, minando il loro potenziale come approccio pragmatico per identificare opportunità per migliorare l'assistenza ai pazienti.

In pratica, questo spesso lascia i ricercatori sommersi dalle scartoffie e si traduce in frustrazione (almeno in noi tre), costi elevati e inefficienza.

Ancora più importante, scoraggia i giovani ricercatori dall'iniziare studi internazionali su larga scala, poiché sono comunemente vincolati a un contratto di ricerca limitato.

Ciò spesso porta i ricercatori a limitare il numero di centri coinvolti per ridurre il carico di lavoro.

Tuttavia, la qualità e la generalizzabilità dei risultati dello studio sono notevolmente migliorate da un campione rappresentativo di centri partecipanti.

Le collaborazioni efficaci dovrebbero includere una gamma diversificata di centri oltre a quelli nei paesi con budget di ricerca più elevati, procedure più standardizzate o personale di ricerca più dedicato.

Inoltre, questi ostacoli sono rafforzati dai tagli al budget in molte istituzioni sanitarie che sono state costrette a licenziare personale di supporto cruciale per facilitare tali studi. Sebbene ben intenzionate, molte di queste regole rendono quasi impossibile condurre ricerche su larga scala e demotivano i ricercatori.

Nella nostra esperienza derivante da due grandi studi internazionali, le diverse interpretazioni del GDPR hanno portato alcuni centri a richiedere il consenso informato, altri a utilizzare un approccio di opt-out o a rinunciare alla necessità del consenso, anche se tutti partecipavano a uno studio a basso rischio.

Analogamente, abbiamo osservato che i requisiti per i foglietti informativi per i pazienti variavano da un centro all'altro, il che ha portato a informazioni incoerenti fornite ai genitori all'interno dello stesso studio.

Eseguire ricerche osservazionali ai sensi del GDPR è come cercare di attraversare una strada trafficata accecati dalla burocrazia, con più moduli consegnati a ogni passo e ogni guardia stradale che applica regole diverse.

Uno dice "Fermati per il semaforo verde", un altro dice "Passa all'arancione" e un terzo insiste "Aspetta il blu", anche se un semaforo del genere non esiste.

Nel frattempo, non riesci a scrollarti di dosso la sensazione che attraversare le strisce pedonali nelle vicinanze semplificherebbe tutto.

Grazie a una posizione di dottorato a tempo pieno dedicata, siamo stati in grado di navigare in questa strada trafficata e dare vita a questi studi, identificando opportunità concrete per migliorare direttamente l'assistenza ai pazienti.

Tuttavia, tali posizioni rimangono un privilegio raro in molti casi. E anche con un contratto di ricerca dedicato, a volte ci hanno spinto nella disperazione più profonda.

In conclusione, riteniamo che queste eccessive richieste amministrative spesso non riescano a migliorare la qualità, ma abbiano invece l'effetto opposto, consumando tempo, risorse ed energia inutilmente.

Affrontare queste sfide richiede più di soluzioni locali, ma richiede una standardizzazione sia nazionale che internazionale nell'interpretazione e nell'applicazione delle normative.

Tuttavia, unificare e fondere l'approvazione etica per la ricerca osservativa a basso rischio all'interno dello stesso paese potrebbe già ridurre significativamente il numero di domande.

Inoltre, richiede cambiamenti nei quadri normativi per allinearli meglio alle realtà pratiche, applicando la differenziazione del rischio per garantire che le normative siano proporzionate al livello di rischio associato. Senza alcun cambiamento, il potenziale delle collaborazioni internazionali osservative si esaurirà.

[https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(24\)00369-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(24)00369-7/fulltext)

THE LANCET

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

CORRISPONDENZA · Online prima, del 18 dicembre 2024

I pericoli della leadership anti-vaccino di RFK Junior per la salute pubblica

Di Tony Yang 

Con i casi di morbillo a livello globale in aumento di oltre il 20% in un anno, lo spettro di un leader anti-vaccino come Robert F Kennedy Junior al timone della politica sanitaria degli Stati Uniti ha allarmato gli esperti di sanità pubblica. Kennedy, un noto scettico sui vaccini, ha a lungo promosso pericolose idee sbagliate sui vaccini e la sua influenza potrebbe peggiorare una situazione già disperata.

L'OMS ha riferito che i casi di morbillo sono aumentati a livello globale da 8,6 milioni nel 2022 a 10,3 milioni nel 2023. ¹ Tragicamente, la maggior parte di queste infezioni si è verificata in regioni a basso reddito e colpite da conflitti, dove le popolazioni vulnerabili stanno già lottando con un accesso inadeguato all'assistenza sanitaria. Ancora peggio, la crescente esitazione vaccinale stimolata dalle interruzioni dell'era della pandemia ha contribuito a questi numeri crescenti, ² rendendo un futuro sotto la guida di Kennedy potenzialmente catastrofico.

Un esempio lampante dell'impatto devastante della disinformazione sui vaccini è l'epidemia di morbillo di Samoa del 2019. ³ In questa nazione insulare di 200.000 abitanti, più di 5.700 persone sono state contagiate e 83 sono morte, la maggior parte delle quali erano bambini piccoli. Il Ministero della Salute di Samoa ha citato la visita di Kennedy e la sua retorica come un'esacerbazione dell'esitazione vaccinale in un momento cruciale. ⁴ L'organizzazione non-profit di Kennedy, Children's Health Defense, ha contribuito a questa atmosfera di sfiducia solo pochi mesi prima dell'epidemia. ⁴ L'esperienza di Samoa sottolinea come anche una sola importante figura anti-vaccino possa innescare una crisi di sanità pubblica.

Negli Stati Uniti, l'influenza di Kennedy potrebbe essere parallela alle preoccupanti tendenze osservate in Florida sotto il Surgeon General Joseph Ladapo, che ha pubblicamente messo in dubbio la necessità e la sicurezza dei vaccini. Dalla nomina di Ladapo nel 2021, i tassi di vaccinazione infantile in Florida sono crollati drasticamente. ⁵ Un caso particolarmente significativo si è verificato nella contea di Broward, dove un'epidemia di morbillo ha fatto ammalare bambini non vaccinati. Nonostante le chiare linee guida dei Centri statunitensi per il controllo e la prevenzione delle malattie, gli avvisi di Ladapo contraddicevano i protocolli basati sulla scienza, alimentando ulteriore sfiducia nei vaccini.

Gli USA, da tempo considerati un modello globale per la politica di sanità pubblica, si trovano ad affrontare un rischio terribile se Kennedy ottiene il controllo del Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani. Le sue affermazioni fuorvianti e spesso cospirative hanno già indebolito la fiducia nella sanità pubblica, un'eredità che potrebbe avere conseguenze di vasta portata e mortali sia a livello nazionale che globale. Non saranno solo i più poveri e vulnerabili a soffrirne; anche i neonati non vaccinati, gli individui immunodepressi e intere comunità sono a rischio.

I vaccini sono tra i più grandi successi della civiltà, supportati da decenni di rigorosa ricerca.⁶ La promozione da parte di Kennedy di affermazioni smentite, come il falso collegamento tra vaccini e autismo, mostra un preoccupante disprezzo per la scienza e il benessere pubblico. Con così tanto a rischio, i leader della sanità pubblica devono agire con decisione per salvaguardare il nostro progresso e combattere la pericolosa disinformazione.

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)02603-5/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)02603-5/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

Scenari del SSN

quotidianosanita.it

Dalle liste d'attesa alla manovra fino alle emergenze globali.

Il 2024 della sanità italiana

L'anno che sta per terminare è stato denso di avvenimenti per la sanità italiana, segnato da interventi normativi, emergenze sanitarie globali e anche da polemiche. Ecco in sintesi principali fatti ed eventi sanitari del 2024.

23 DIC -

Dalle Liste d'attesa ai Lea passando per la manovra e molto altro. Il 2024 che sta per terminare è stato un anno denso di avvenimenti per la sanità italiana, segnato da interventi normativi, emergenze sanitarie globali e anche polemiche.

Senza ombra di dubbio il provvedimento più rilevante è stato l'approvazione del [Decreto Liste d'Attesa](#), una misura che ha rappresentato un primo passo verso una maggiore trasparenza e una gestione più efficiente delle agende sanitarie. Va dato merito al Ministro della Salute, Orazio Schillaci di aver puntato forte su questo che è uno dei problemi più annosi della nostra sanità. Con l'istituzione della Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa, che sarà gestita da Agenas, si è cercato di rendere più chiara l'offerta di prestazioni sanitarie allo scopo di ridurre i tempi d'attesa, storicamente una delle principali criticità del SSN. Questo sistema prevede tra l'altro l'integrazione delle disponibilità del privato accreditato nei Centri Unici di Prenotazione (CUP). Ma la misura ha sollevato critiche da parte delle Regioni, che hanno evidenziato l'assenza di nuove risorse e le difficoltà tecniche di implementazione. Infatti, ad oggi, ancora si è in attesa del via libera della Piattaforma nazionale.

Acceso poi è stato il dibattito sulla [revisione dei progetti](#) del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. La decisione di ridurre i target delle **Case della Comunità**, un'iniziativa chiave per rafforzare la sanità territoriale, è stata giustificata dal Governo con l'obiettivo di puntare sulla qualità delle strutture piuttosto che sulla quantità. Tuttavia, questa scelta ha suscitato polemiche da parte di sindacati e organizzazioni professionali, che temono un indebolimento delle cure territoriali, in particolare nelle aree periferiche. Il taglio dei target rappresenta un cambio di rotta rispetto agli obiettivi originari del PNRR, che puntavano a ridurre le disparità geografiche nell'accesso ai servizi. Polemiche anche per la riduzione delle risorse (1,2 mld) per l'edilizia sanitaria che poi sono state però reintrodotte nella manovra.

Finalmente ha poi raggiunto il traguardo dopo 7 anni di attesa il [Decreto Tariffe](#) per la specialistica ambulatoriale e la protesta cui era legato l'aggiornamento del 2017 dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Il provvedimento ha introdotto nuove prestazioni sanitarie e ha aggiornato le tariffe per garantire un accesso equo e omogeneo alle cure su tutto il territorio nazionale. Tuttavia, non sono mancate le polemiche per la rimodulazione delle tariffe.

Nel corso dell'anno, una svolta importante è stata rappresentata dalla sentenza della Corte Costituzionale sul **payback dei dispositivi medici 2015-2018**. Ma la decisione ha lasciato aperti interrogativi sulla sostenibilità economica per le amministrazioni locali, che già affrontano bilanci sanitari sempre più stretti e soprattutto da parte delle aziende che denunciano come siano a rischio migliaia di imprese e posti di lavoro. Durante l'anno non sono mancate polemiche tra Ministero e Regioni sul monoclonale **contro il Virus Respiratorio Sinciziale (RSV)** per cui l'assenza di una regia e di una programmazione adeguata hanno visto un ritardo nell'avvio delle campagne e problemi di distribuzioni. Fortunatamente in corsa si sono risolti i problemi.

L'inizio del 2024 era invece partito con la pubblicazione della [bozza](#) del nuovo **Piano Pandemico Nazionale** che ha riaperto il dibattito sull'efficacia delle misure di prevenzione. La bozza presentata dal Ministero è stata criticata da gran parte della maggioranza di Governo ed è stata infatti ritirata. Ma nonostante le dichiarazioni il nuovo documento è ancora nei cassetti di Lungotevere Ripa.

Sempre nel corso del 2024, è stata approvata la [delega](#) per riformare l'accesso ai corsi di laurea in medicina. La nuova normativa prevede l'introduzione di percorsi di orientamento e valutazione progressiva già durante le scuole superiori, eliminando il tradizionale test unico. Questa riforma mira a rendere l'accesso più equo e a rispondere alla crescente carenza di medici, che rappresenta una delle principali sfide del sistema sanitario. Ma i dubbi di molti stakeholder sono parecchi.

In autunno, il [Decreto Sicurezza per gli Operatori Sanitari](#) è stato accolto con favore dal personale medico e infermieristico, sempre più spesso vittima di aggressioni nei luoghi di lavoro. Il provvedimento prevede l'istituzione di presidi di sicurezza nei Pronto Soccorso, campagne di sensibilizzazione e un inasprimento delle pene per i responsabili di violenze contro il personale sanitario.

È stata poi presentata la [proposta di riforma della legge Gelli](#) sulla responsabilità professionale elaborata dalla commissione di esperti voluta dal ministro Nordio e presieduta dal magistrato **Adelchi d'Ippolito**. Una riforma che ora approderà in Parlamento per il consueto iter approvativo. Con questa si punterà a limitare il campo penale della responsabilità medica soltanto per la colpa grave con una modifica all'articolo 590 sexies. E precisarne i parametri con l'introduzione di un ulteriore articolo, il 590 septies. Una riforma in due articoli, 'semplice' e senza alcuna depenalizzazione dell'atto medico.

Per l'**Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)** è stato l'anno della riforma vera e propria, e di un importante cambio ai vertici, con la [nomina di Robert Nisticò](#) a presidente dopo le dimissioni di Giorgio Palù. La riforma era stata avviata nel novembre 2022 ed è divenuta operativa il 30 gennaio 2024, richiedendo poi ulteriori mesi per la nomina del nuovo Cda e della commissione unica scientifico-economica (Cse) e introducendo significative modifiche nella struttura e nel funzionamento dell'ente regolatorio italiano per i medicinali. L'obiettivo è semplificare e snellire i processi decisionali all'interno dell'AIFA, per renderla più efficiente e veloce nell'approvazione e nell'accesso ai farmaci, favorendo così gli investimenti in ricerca e sviluppo nel settore farmaceutico.

Nel frattempo, a fine anno, è stata firmata dopo 26 anni di attesa la [nuova convenzione](#) tra il Servizio Sanitario Nazionale e le **farmacie**, che ha ampliato il ruolo di queste ultime. Le farmacie potranno partecipare attivamente a campagne vaccinali, fornire test diagnostici rapidi e offrire servizi di telemedicina, rafforzando così il loro contributo alla sanità territoriale.

Durante tutto il 2024, il sistema sanitario ha affrontato numerose **emergenze globali**, tra cui la diffusione della Dengue, la sorveglianza contro il virus Marburg, l'Mpox (in estate l'Oms l'ha dichiarata emergenza sanitaria internazionale), l'influenza aviaria e da ultimo una nuova malattia sconosciuta registrata in Congo. Queste crisi hanno sottolineato l'importanza di una rete di sorveglianza epidemiologica solida e di una collaborazione internazionale per prevenire la diffusione di malattie infettive.

L'anno si è concluso con la Corte Costituzionale che si è pronunciata **sull'autonomia differenziata**, imponendo limiti alla legge varata dal Governo. Poi è stato il turno della **manovra** di Bilancio che ha stanziato 2,5 mld per il prossimo anno. Molte sono state le critiche per l'esiguità delle risorse e d'interventi strutturali, nonostante alcuni aumenti per il personale sanitario. Una delusione che ha anche portato allo sciopero di medici e infermieri. E a una levata di scudi da parte dell'industria farmaceutica, convinta che si debba una volta per tutte mettere mano ai tetti della spesa farmaceutica, in continuo aumento (e sfondamento). Infine, il **Milleproroghe 2025** ha posticipato l'entrata in vigore di molte misure ma soprattutto ha cancellato le multe ai no vax.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=126733

quotidianosanità.it

“La spesa sanitaria dovrebbe crescere dell'1,4% sul Pil per consentire ai sistemi di resistere a future crisi”. Il monito e le ricette dell'Ocse

Dopo il boom degli investimenti per affrontare la pandemia i fondi destinati alla sanità sono tornati a scendere. Ma senza soldi e riforme i sistemi sanitari non reggerebbero l'urto di una nuova maxi-emergenza. Dall'Ocse le indicazioni per non arrivare impreparati.

La spesa sanitaria nei paesi OCSE ha subito una volatilità senza precedenti durante la pandemia. del COVID-19, le spese sanitarie crescevano a un ritmo costante di circa il 3% annuo in termini reali. Questo andamento è cambiato drasticamente, con un aumento del 5% nel 2020 e dell'8,2% nel 2021 a causa dell'afflusso di risorse finanziarie per affrontare le sfide della pandemia. Tuttavia, il 2022 ha segnato un punto di svolta, con un calo netto del 2%, dovuto principalmente alla fine dei finanziamenti di emergenza per il COVID-19 e all'emergere di nuove priorità fiscali come la difesa e le iniziative energetiche. Ma per essere pronti a future crisi per l'Organizzazione internazionale occorre un investimento minimo aggiuntivo dell'1,4% del Pil.

“Nonostante la ripresa delle attività economiche – si legge in un policy brief dell'Ocse -, i sistemi sanitari rimangono vulnerabili. Le proiezioni OCSE stimano che è necessario un investimento aggiuntivo pari all'1,4% del PIL per rendere i sistemi sanitari adeguatamente resilienti a future crisi. Tuttavia, i vincoli fiscali, come l'invecchiamento della popolazione, i costi legati ai cambiamenti climatici e livelli elevati di debito pubblico, limitano la capacità dei governi di allocare risorse aggiuntive alla sanità”.

Ecco allora che Ocse propone alcuni elementi su cui investire. In primis la digitalizzazione, puntando su telemedicina ed espansione dell'uso dell'intelligenza artificiale nella diagnostica e nella sanità predittiva. Ma non solo per affrontare le future sfide e mantenere sistemi sanitari sostenibili, i decisori politici devono implementare misure di controllo dei costi attraverso la riduzione delle spese inutili e migliorare l'efficienza nell'allocazione delle risorse.

Fondamentale poi la prevenzione per ridurre il carico a lungo termine delle malattie croniche. Ma per l'Ocse occorre anche rafforzare la collaborazione pubblico-privato, favorendo partenariati per innovare i meccanismi di finanziamento e fornitura di servizi.

Inoltre, vanno incoraggiate le riforme orientate alla resilienza. Ad esempio, occorre stabilire quadri per una migliore preparazione alle crisi, come lo stoccaggio strategico di forniture mediche essenziali e la formazione ampliata della forza lavoro.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=126718



Ultime tendenze della spesa sanitaria: andare oltre le recenti crisi

Messaggi chiave

- La recente crescita della spesa sanitaria è stata irregolare a causa della pandemia di COVID-19 e delle crisi energetiche e del costo della vita. Dopo la crescita eccezionale registrata nel 2020 e nel 2021, la spesa sanitaria nell'OCSE è diminuita drasticamente nel 2022. Le stime preliminari suggeriscono che nel 2023 si è verificata solo una crescita reale moderata.
- Al culmine della pandemia nel 2021, quasi il 10% della spesa pubblica per la salute, in media nei paesi OCSE, era direttamente correlata alla lotta al COVID-19. La spesa per la prevenzione è aumentata drasticamente, ma da allora è diminuita fino a occupare una quota della spesa sanitaria simile a quella osservata prima della pandemia.
- Nel 2022, la salute rappresentava ancora una quota maggiore dei bilanci pubblici rispetto a prima della pandemia. Nell'attuale contesto fiscale e nella lenta crescita economica, altre priorità come la difesa, l'energia, la transizione verde e il sostegno sociale competono sempre di più con la salute per la spesa pubblica.
- La traiettoria complessiva della spesa sanitaria è tornata vicina alla tendenza pre-pandemia. Ciò è inferiore alla spesa aggiuntiva stimata necessaria per rendere i sistemi sanitari meglio preparati per la prossima crisi e per le pressioni a lungo termine, come l'invecchiamento della popolazione.
- Senza un ambizioso set di riforme trasformative, i sistemi sanitari faranno fatica a navigare un percorso calmo verso una traiettoria di spesa sanitaria sostenibile a lungo termine.

Con la pandemia di COVID-19 e le conseguenti crisi energetiche e del costo della vita, molti paesi OCSE hanno dovuto affrontare sfide economiche e sociali significative negli ultimi cinque anni. La successione di crisi ha avuto importanti implicazioni per i sistemi sanitari e le risorse disponibili destinate alla salute. Questo policy brief esamina le recenti tendenze nella spesa sanitaria e discute cosa sta guidando l'ultima traiettoria di spesa.

La crescita della spesa sanitaria ha registrato fluttuazioni insolitamente ampie negli ultimi anni

La crescita complessiva della spesa sanitaria è stata estremamente volatile negli ultimi anni, rispetto al periodo pre-pandemia relativamente stabile (Figura 1).

Dopo una crescita annuale costante di circa il 3% (in termini reali) durante il periodo pre-COVID, la spesa sanitaria è aumentata sostanzialmente nell'OCSE nel 2020 (5,0%) e nel 2021 (8,2%) a seguito dell'afflusso di risorse finanziarie aggiuntive necessarie per combattere la diffusione del virus SARS-CoV-2 e affrontarne le conseguenze sulla salute.

Mentre il mondo usciva dalla fase acuta della pandemia, le risorse finanziarie dedicate alla salute sono diminuite con l'emergere di nuove priorità di spesa pubblica. In circa tre quarti dei paesi OCSE, la crescita della spesa sanitaria è diminuita nel 2022, portando a un calo complessivo di circa il 2%.

I dati preliminari per il 2023 indicano una leggera crescita positiva nell'OCSE, ma con una sostanziale eterogeneità tra i paesi.

Tassi di inflazione generale ostinatamente elevati (in particolare in alcuni paesi europei) hanno continuato a limitare qualsiasi crescita "reale" della spesa sanitaria. Per illustrare queste differenze, Danimarca e Germania hanno seguito un andamento simile prima del COVID e nella fase iniziale della pandemia, ma in seguito hanno divergenze in una certa misura.

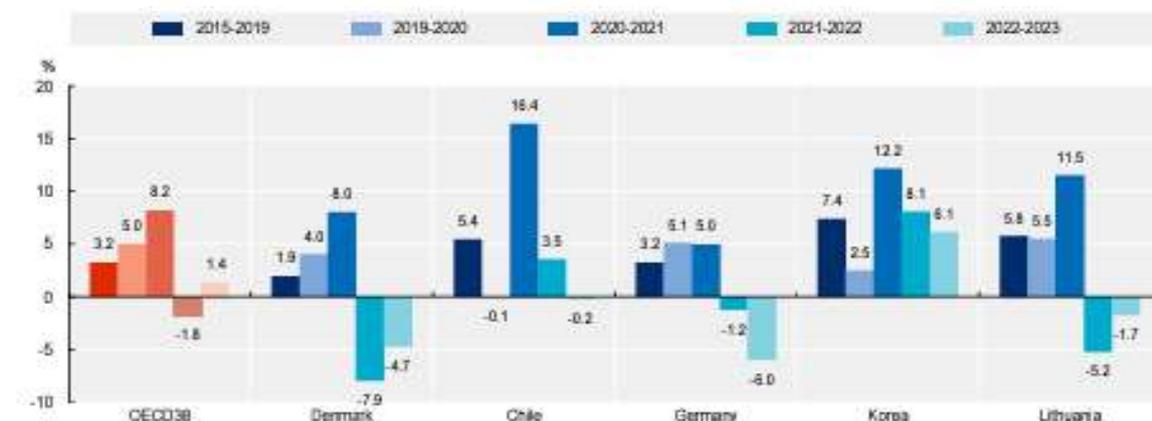
La Danimarca ha registrato un calo significativo della spesa sanitaria complessiva sia nel 2022 che nel 2023. Mentre lo stesso valeva per la Germania, il calo è stato per lo più ritardato fino al 2023.

In entrambi i paesi, questi cali di spesa sono stati dovuti principalmente all'eliminazione graduale dei consistenti finanziamenti correlati al COVID-19 introdotti all'inizio della pandemia.

In Lituania, la crescita reale della spesa sanitaria nel 2021 è stata molto più elevata della media OCSE, ma con gran parte dei finanziamenti aggiuntivi di natura temporanea, la spesa sanitaria è diminuita drasticamente negli anni successivi.

Figure 1. Health spending fell sharply in 2022 and returned to only moderate growth in 2023

Average annual growth in current health expenditure, real terms, OECD average and selected countries, 2015-23



Note: Actual Individual Consumption is used to deflate current health expenditure. The 2023 data for the OECD38 average includes estimates by the OECD Secretariat for those countries not submitting preliminary data.

Source: OECD Health Statistics 2024.

Questo calo in termini reali è stato in parte il risultato di un'inflazione insolitamente elevata nel paese nel 2022 e nel 2023. Lontano dall'Europa, si possono individuare altri modelli di spesa.

In Cile, ad esempio, la spesa sanitaria è stagnante nel 2020, ma la crescita è stata più del doppio della media OCSE nel 2021 e, a differenza della maggior parte dei paesi OCSE, ha continuato a crescere nel 2022. La Corea ha visto una forte crescita della spesa sanitaria continuare per molti anni.

A parte il 2020 con l'insorgenza globale del COVID-19, i tassi di crescita hanno continuato a rimanere al di sopra della media OCSE.

La spesa pubblica è stata il principale motore dietro l'eccezionale crescita della spesa sanitaria nel 2020-21 e poi il calo nel 2022.

Il picco della spesa sanitaria nei paesi OCSE è stato innescato principalmente dall'aumento della spesa pubblica (Figura 2).

I governi sono stati rapidi nel mobilitare fondi aggiuntivi per la salute nel 2020 e nel 2021 in risposta alle sfide di salute pubblica poste dalla pandemia. In entrambi gli anni, la spesa dei regimi governativi e dei regimi assicurativi obbligatori è cresciuta in media dell'8% (in termini reali).

Con l'attenuarsi della pandemia nel 2022, la spesa pubblica è diminuita.

La guerra in Ucraina, le crisi energetiche e una situazione di elevata inflazione hanno spinto i governi a riconsiderare le loro priorità post-pandemia.

Per il 2023, le prime stime indicano solo un aumento marginale della spesa pubblica per la salute.

Il modello di crescita sia per l'assicurazione sanitaria volontaria che per la spesa diretta delle famiglie si è discostato da quello della spesa pubblica.

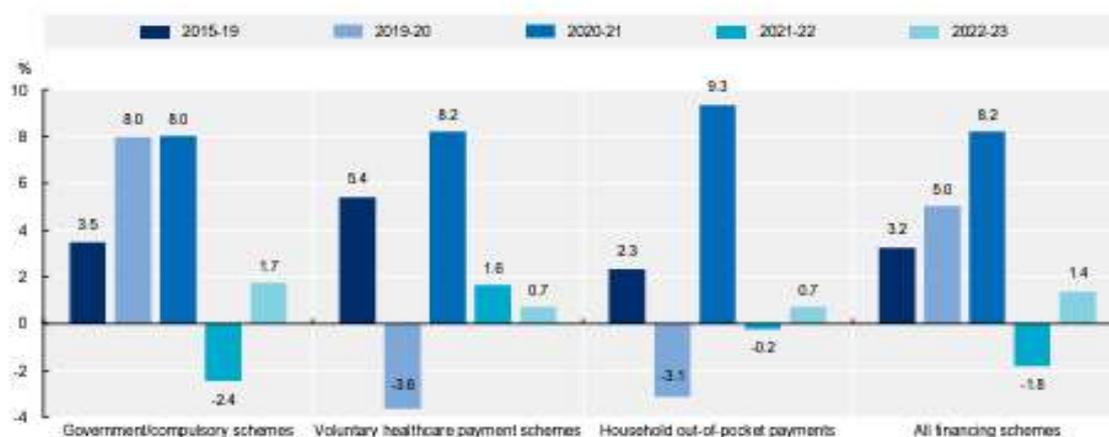
Nel 2020, la spesa privata per la salute è diminuita, spesso a causa del rinvio di servizi ambulatoriali non urgenti ed elettivi per preservare la capacità per i pazienti COVID-19 o per ridurre il rischio di infezione.

Questa tendenza si è invertita nel 2021, con la ripresa dell'utilizzo dell'assistenza sanitaria e con pazienti e operatori che hanno "recuperato" l'utilizzo differito dei servizi.

Nel 2022 e nel 2023, la spesa sanitaria per entrambi i programmi si è stabilizzata, con una crescita piatta o marginalmente positiva.

Figure 2. After two years of exceptional growth, public spending on health dropped sharply in 2022

Health spending by financing scheme, average annual growth in real terms, OECD average, 2015-23



Note: 2022-23 growth for Voluntary healthcare payment schemes and Household out-of-pocket payments is estimated by combining the two categories. Actual Individual Consumption is used to deflate current health expenditure.
Source: OECD Health Statistics 2024.

La salute è rimasta una priorità elevata nel 2022, ma lo spazio per un'ulteriore crescita è limitato

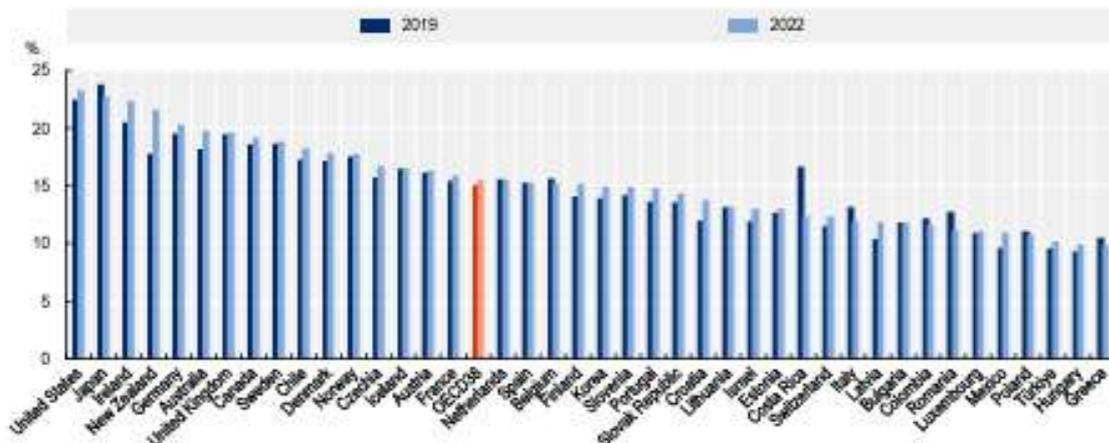
Nonostante le pressioni fiscali, la priorità della salute nei bilanci pubblici è rimasta più elevata nel 2022 rispetto agli anni precedenti la pandemia (Figura 3).

Nel 2019, i governi dell'OCSE hanno stanziato poco più del 15% della loro spesa totale per la salute.

Questa quota è aumentata di circa mezzo punto percentuale tra il 2019 e il 2021 ed è rimasta a questo livello nel 2022.

Figure 3. The pandemic led to an increase in the proportion of public spending going to health

Public spending on health as a proportion of total government expenditure



Note: Data for Türkiye refers to 2020.

Source: OECD Health Statistics 2024; OECD National Accounts 2024.

Con circa il 22-23%, Stati Uniti, Giappone, Irlanda e Nuova Zelanda stanziavano le quote più elevate dei loro bilanci pubblici per la salute.

Questa è circa il doppio della quota stanziata in Grecia, Ungheria, Turchia, Polonia, Messico e Lussemburgo. In Nuova Zelanda, la quota di spesa pubblica per la salute nella spesa governativa totale è aumentata di quasi 4 punti percentuali tra il 2019 e il 2022 e di oltre 1 punto percentuale in Australia, Finlandia, Irlanda, Israele, Lettonia, Messico e Portogallo.

Al contrario, è diminuita di 4 punti percentuali in Costa Rica e di circa 1 punto percentuale in Italia e Giappone.

I principali servizi sanitari hanno visto i loro modelli di crescita interrotti tra il 2020 e il 2022

La pandemia e la crisi energetica e del costo della vita hanno portato a modelli di crescita divergenti nei principali servizi sanitari (Figura 4).

Mentre i tassi di crescita annui medi di servizi quali assistenza ospedaliera, assistenza ambulatoriale, assistenza a lungo termine, prevenzione, prodotti farmaceutici e amministrazione sono rimasti relativamente stabili (2-4%) dal 2015 al 2019, ciò è cambiato drasticamente con l'inizio della pandemia.

In risposta all'emergenza sanitaria pubblica nel 2020, la crescita della spesa per l'assistenza ospedaliera, i prodotti farmaceutici (inclusi beni medici non durevoli come le mascherine) e i servizi amministrativi è pressoché raddoppiata, mentre la spesa preventiva è aumentata del 40%.

Questa spesa extra è stata il risultato della maggiore capacità di curare i pazienti COVID-19, di bonus aggiuntivi al personale ospedaliero e in alcuni casi di sostanziali sussidi agli ospedali per evitare difficoltà finanziarie.

Vi è stato un investimento significativo in misure di sanità pubblica per rilevare e combattere la diffusione del virus. Vi è stato anche un aumento della spesa amministrativa per coprire ulteriori piani di emergenza e risposta.

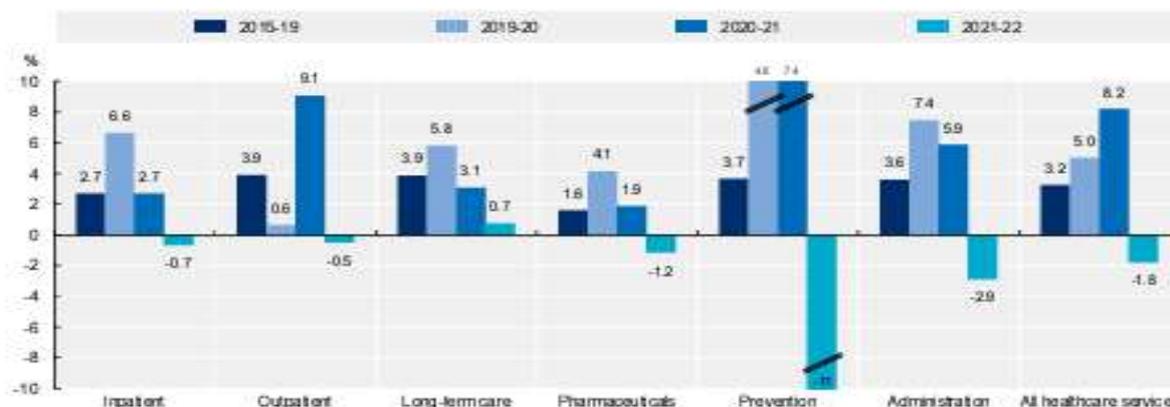
D'altro canto, la spesa per l'assistenza ambulatoriale è rimasta stagnante nel 2020, poiché molti operatori sanitari e pazienti hanno rinviato le cure, in parte per ridurre il rischio di infezione. Ciò è stato particolarmente vero per l'assistenza odontoiatrica e specialistica. La spesa per l'assistenza a lungo termine è rimasta più in linea con i modelli di crescita storici.

Nel 2021, la crescita media della spesa ambulatoriale è rimbalzata del 9% con i tentativi di "recuperare" i trattamenti ritardati o differiti. La crescita della spesa preventiva ha ulteriormente accelerato nel 2021 con l'avvio delle campagne di vaccinazione COVID-19.

Dopo la crescita eccezionale del 2020, la spesa ospedaliera è tornata a tassi di crescita storici poiché i finanziamenti ospedalieri aggiuntivi sono stati gradualmente eliminati. Nel 2022, la spesa è diminuita in tutte le categorie (a parte l'assistenza a lungo termine) poiché la maggior parte dei paesi OCSE è uscita dalla fase acuta della pandemia di COVID-19.

Figure 4. Average spending on prevention increased by almost 150% between 2019 and 2021

Annual average growth by healthcare function, in real terms, OECD average, 2015-22



Note: Actual Individual Consumption is used to deflate current health expenditure and its components. The category "Pharmaceuticals" also includes non-medical durables such as face coverings.
Source: OECD Health Statistics 2024.

Con la guerra di aggressione della Russia in Ucraina e le conseguenti crisi energetiche e le elevate pressioni inflazionistiche, la spesa pubblica per la salute è stata messa sotto pressione.

Le risorse finanziarie direttamente associate al COVID-19 sono state senza precedenti.

Nel primo anno della pandemia, si stima che il 6% di tutta la spesa pubblica per la salute nell'OCSE sia stata spesa per combattere la diffusione del virus o fornire cure ai pazienti affetti da COVID-19.

Questa percentuale è balzata a quasi il 10% nel 2021, quando le infezioni hanno raggiunto il picco in molti paesi OCSE e sono state lanciate campagne di vaccinazione. Entro il 2022, la fase acuta della pandemia si è conclusa e molti paesi OCSE hanno ridotto queste risorse aggiuntive.

Di conseguenza, la percentuale di spesa pubblica per la salute dedicata alla pandemia è scesa al di sotto del 5% nel 2022 e si stima che sia scesa a circa l'1% nel 2023.

La salute come quota del PIL è scesa dal picco del 2021, ma è rimasta al di sopra dei livelli pre-pandemia nel 2023.

Mentre la spesa sanitaria e la crescita economica erano strettamente allineate negli anni precedenti la pandemia, le loro traiettorie si sono ampiamente divergenti con l'insorgenza del COVID-19 (Figura 5).

La crescita della spesa sanitaria ha subito una rapida accelerazione nel 2020 e nel 2021, prima di calare nel 2022.

D'altro canto, i lockdown diffusi e altre misure di sanità pubblica hanno fortemente limitato l'attività economica e la spesa dei consumatori nel 2020, mandando molte economie OCSE in caduta libera prima della ripresa economica nel 2021. La guerra della Russia in Ucraina e la conseguente crisi energetica e le interruzioni nelle catene di approvvigionamento hanno portato a una crescita economica post-pandemia più lenta del previsto nel 2022 e nel 2023 in molti paesi OCSE.

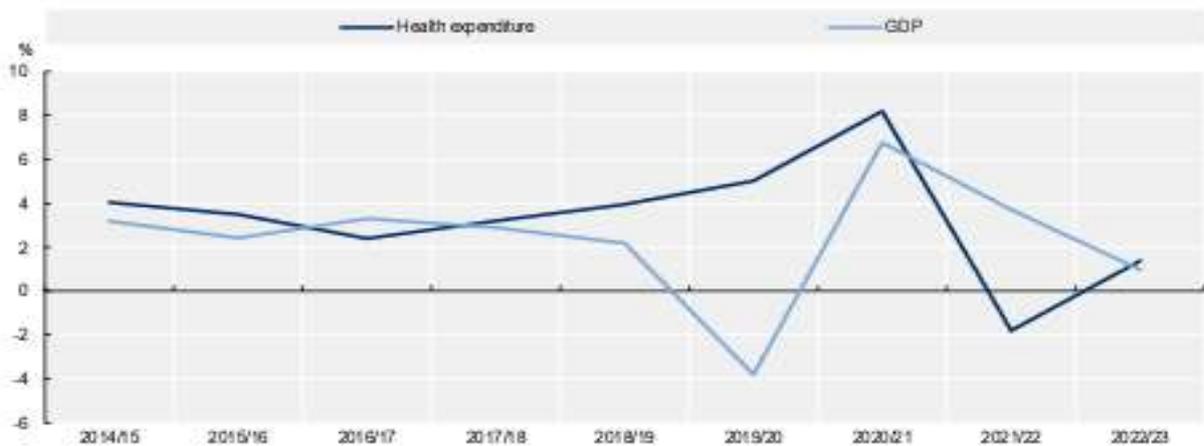
Nel 2023, si stima che i paesi OCSE abbiano dedicato in media circa il 9,2% della loro ricchezza alla salute (Figura 6). Questo dato è invariato rispetto al 2022, ma significativamente inferiore al picco del 2020 e del 2021.

Tuttavia, era ancora al di sopra del livello pre-COVID del 2019, quando i paesi OCSE stanziavano circa l'8,8% del loro PIL per la salute.

Il modello presenta alcune somiglianze con la crisi economica e finanziaria del 2008/09, con una spesa sanitaria in significativo aumento e una produzione economica in calo, che ha portato a un balzo del rapporto spesa sanitaria/PIL di circa 1 punto percentuale.

Figure 5. Health spending and economic growth widely diverged during the pandemic

Current health expenditure and GDP growth, in real terms, OECD average



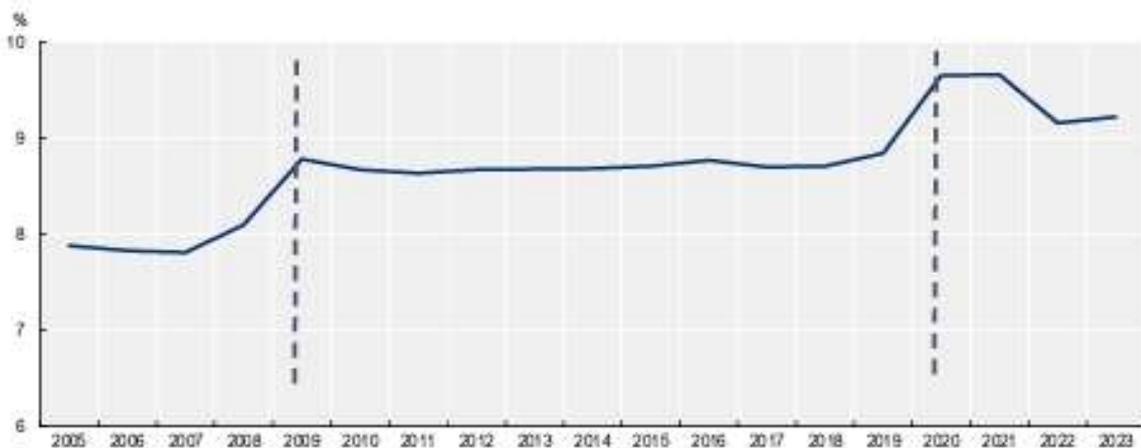
Source: OECD Health Statistics 2024; OECD National Accounts.

Ciò ha comportato un "aumento graduale" poiché il rapporto più elevato è stato generalmente mantenuto negli anni successivi (fino al 2019). Per il momento non è chiaro se lo stesso effetto guidato dalla crisi prevarrà dopo la pandemia.

I dati per il 2023 rimangono preliminari e c'è incertezza su come si è evoluta la spesa sanitaria nel 2024.

Figure 6. The 2008 financial and economic crisis and the COVID-19 pandemic have both led to hikes in the health spending to GDP ratio

Current health expenditure as a share of GDP, OECD average, 2005-23



Source: OECD Health Statistics 2024.

Per la maggior parte dei paesi OCSE, lo spostamento del rapporto spesa sanitaria/PIL rispecchia quello della media OCSE, con un picco nel 2021 seguito da un calo considerevole.

Austria, Canada, Colombia, Danimarca, Germania, Lettonia, Portogallo e Regno Unito hanno visto la loro quota salute/PIL scendere di oltre 1 punto percentuale tra il 2021 e il 2023.

Al contrario, lo stesso rapporto è aumentato di quasi 1 punto percentuale in Corea e Nuova Zelanda, poiché la pandemia e le contromisure hanno continuato ad avere un impatto ritardato.

I sistemi sanitari restano impreparati alla prossima crisi, mentre sono necessarie politiche trasformative per la sostenibilità finanziaria a lungo termine

Con il calo della spesa sanitaria nel 2022 e solo un aumento marginale nel 2023, il livello complessivo della spesa sanitaria nel 2023 è vicino al trend pre-pandemia di fondo (Figura 7).

Ciò significa che con la fine dell'eccezionale finanziamento COVID-19, i paesi restano lontani dalla stima dell'1,4% del PIL di spesa sanitaria aggiuntiva (in media) necessaria per rendere i sistemi sanitari meglio preparati per le crisi future (Morgan e James, 2023[1]).

Un semplice sguardo alla traiettoria delle risorse assegnate alla salute suggerisce che i paesi OCSE sono forse altrettanto vulnerabili ora a un'emergenza sanitaria come lo erano nel 2019.

È dubbio che i paesi possano mobilitare una spesa sostanziale per colmare il "divario di preparazione" dei sistemi sanitari nel breve termine.

Mentre si prevede che la crescita economica nell'OCSE rimarrà intorno all'1,9% nel 2025 e nel 2026 e l'inflazione generale continuerà a diminuire lentamente, permangono importanti sfide per i bilanci pubblici: i governi devono affrontare significative sfide fiscali dovute a un debito più elevato e, nel lungo termine, a ulteriori pressioni di spesa derivanti dall'invecchiamento della popolazione, alle misure di mitigazione e adattamento ai cambiamenti climatici, ai piani per aumentare la spesa per la difesa e alla necessità di finanziare nuove riforme (OCSE, 2024[2]).

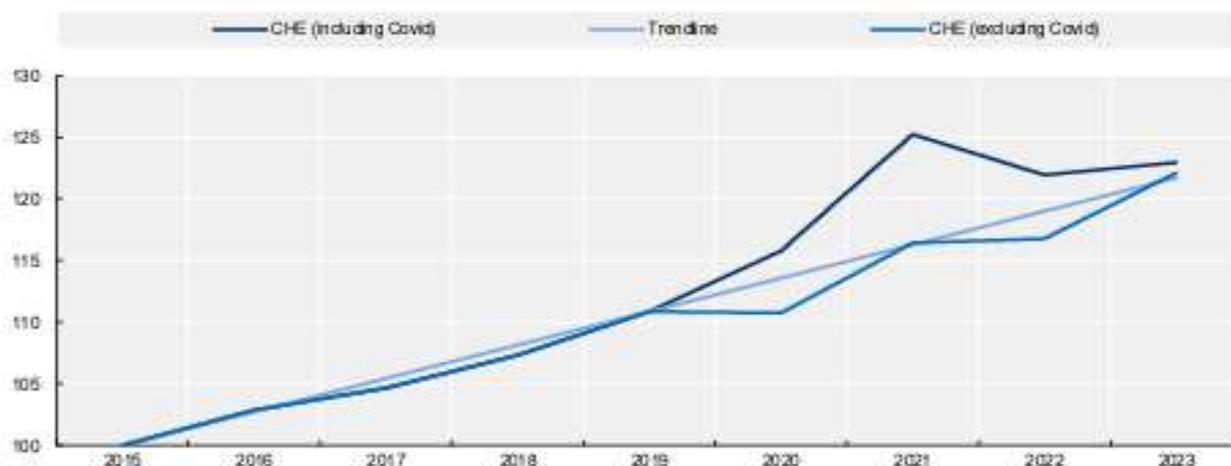
Anche senza la spesa aggiuntiva per rafforzare la resilienza, le proiezioni dell'OCSE mostrano che nei prossimi due decenni la crescita della spesa sanitaria da fonti pubbliche nei paesi OCSE probabilmente supererà sia la crescita dell'economia sia delle entrate governative.

Senza un cambiamento significativo delle politiche, si prevede un aumento medio di base di 2,4 punti percentuali nel rapporto salute/PIL entro il 2040 rispetto ai livelli pre-pandemia.

Tra le opzioni realistiche aperte ai governi, il miglioramento dell'efficienza della spesa sanitaria per aumentare lo spazio fiscale dei paesi rimarrà molto probabilmente in cima all'agenda (OCSE, 2024[3]).

Figure 7. OECD countries remain far from the necessary investments to make their health systems more resilient

Current health expenditure (CHE) in real terms per capita (2015=100)



Source: OECD Health Statistics 2024.

Le misure classiche di controllo dei costi e le politiche che migliorano l'invecchiamento sano, sebbene benvenute, non sono sufficienti di per sé a modificare fundamentalmente la traiettoria ascendente a lungo termine della spesa sanitaria.

Sono quindi necessari cambiamenti politici più ambiziosi e trasformativi: tagliare la spesa inefficace e dispendiosa, raccogliendo al contempo i benefici della tecnologia e della trasformazione digitale dei sistemi sanitari.

Ciò è imperativo se i paesi devono sostenere il costo dei megatrend sottostanti migliorando al contempo la resilienza del sistema sanitario.

Riferimenti

Morgan, D. e C. James (2023), "Investire nella resilienza del sistema sanitario", in Pronti per la prossima crisi? Investire nella resilienza del sistema sanitario, OECD Publishing, Parigi, <https://doi.org/10.1787/648e8704-en>.

OCSE (2024), Sostenibilità fiscale dei sistemi sanitari: come finanziare sistemi sanitari più resilienti quando i soldi scarseggiano?, OECD Publishing, Parigi, <https://doi.org/10.1787/880f3195-en>. OCSE (2024), OECD Economic Outlook, Volume 2024 Numero 2: Versione preliminare, OECD Publishing, Parigi, <https://doi.org/10.1787/d8814e8b-en>.

Contatta Michael MUELLER (✉ michael.mueller@oecd.org) David MORGAN (✉ david.morgan@oecd.org)

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1734945595.pdf>



Agenas: la spesa per la mobilità sanitaria nel 2023 sale a 2,88 miliardi

Nonostante la pandemia abbia causato una riduzione del fenomeno della mobilità sanitaria, già dalla seconda metà del 2020 si osserva una ripresa del trend. Lo afferma l'Agenas secondo cui, confrontando i dati del 2023 con quelli del 2019, si osserva come, sebbene il numero di ricoveri in mobilità sia diminuito (668.145 nel 2023 rispetto ai 707.811 del 2019), la spesa sia aumentata leggermente, passando da 2,84 miliardi nel 2019 a 2,88 miliardi nel 2023.

“Questo incremento - spiega Agenas - è principalmente attribuibile all’aumento della mobilità legata ai ricoveri per DRG di alta complessità, che comportano trattamenti più costosi e specializzati”. Le regioni più attrattive per la mobilità sanitaria sono l’Emilia-Romagna, la Lombardia e il Veneto. “L’attrazione è in gran parte dovuta alle diagnosi legate alle malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo - continua Agenas - che rappresentano per le tre regioni rispettivamente il 52%, il 31% e il 34% dell’attrazione totale”.

Le regioni con il maggior saldo positivo sono l’Emilia-Romagna e la Lombardia che presentano risultati equiparabili (rispettivamente 387 milioni e 383 milioni).

“Il flusso migratorio per ricoveri ospedalieri è prevalentemente diretto da Sud a Nord - continua Agenas -. Tuttavia, si rileva anche una mobilità significativa tra le regioni del Centro-Nord, soprattutto quelle di confine”. In termini percentuali, il flusso migratorio è così suddiviso: 83,78% al Nord, 68,24% al Centro, e 27,22% al Sud. Le strutture ospedaliere maggiormente attrattive sono quelle private accreditate, che gestiscono circa i tre quarti delle prestazioni di alta complessità.

“Da considerare, inoltre, alcune delle variazioni più interessanti rispetto al 2019 - sottolinea Agenas -. In particolare il Lazio ha registrato una riduzione del saldo negativo grazie alla diminuzione dei costi di mobilità passiva (-9%) e a un aumento dei ricavi (+11%) mentre la Campania ha ridotto i costi legati alla mobilità passiva del 6%, mentre ha incrementato i ricavi grazie a un aumento dei ricoveri in mobilità attiva di alta complessità”.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-12-12/agenas-spesa-la-mobilita-sanitaria-2023-sale-288-miliardi-152253.php?uuid=AGIHn9iB&cmpid=nlqf>

Ddl Bilancio: la spinta delle Casse professionali per gli investimenti e la previdenza integrativa

Claudio Testuzza

Con l'ottimo risultato espresso dal bilancio consuntivo 2023, l'Enpam, l'Ente di previdenza dei medici, ha confermato la sua posizione di leader fra le Casse previdenziali privatizzate e di impegno nella gestione del suo patrimonio che ha raggiunto un netto, a valore di libro, di 25,9 miliardi di euro, mentre nella sua valorizzazione di mercato l'ammontare è salito fino a quota 27,8 miliardi di euro e in netto miglioramento per la gestione patrimoniale (+ 800 milioni) nel 2024.

Condizione già espressa anche dalla stessa Covip nel nuovo rapporto su come gestiscono i loro patrimoni presentato in ottobre. Sulla sostenibilità le Casse possono rivendicare il buon lavoro fatto.

In trent'anni dalla riforma che le ha privatizzate, le Casse hanno saputo interpretare il tempo e intercettare il cambiamento, ed hanno saputo dare risposte adeguate e costanti ai loro associati, oltre a costruire e a far crescere il rapporto con il territorio.

L'Enpam, in particolare, ha puntato molto sui così detti investimenti istituzionali consistenti prevalentemente per lo sviluppo, il supporto e la tutela del settore delle professioni mediche e odontoiatriche italiane. Ma anche su investimenti che potenzialmente presentano una ricaduta positiva sulla crescita e sulla sostenibilità economica-sociale a medio-lungo termine del paese Italia.

Il rapporto Covip sulle Casse di previdenza contiene una serie di analisi di dettaglio che aiutano a capire come siano allocati i 114,1 miliardi di euro (a valore di mercato) che gli Enti di previdenza privati hanno accumulato nel tempo (+ 10,3 miliardi rispetto all'anno precedente).

Alla luce della recente legge per la competitività dei capitali e del prossimo regolamento investimenti, le Casse previdenziali si pongono, e si porranno sempre di più come veri attori del sistema Paese, coniugando, nelle politiche d'investimento, la tensione al rendimento e la salvaguardia dell'interesse generale. Lo ha detto il ministro dell'Economia Giancarlo Giorgetti in audizione su Enti e Fondi pensione: "Spessore e liquidità dei mercati sono fattori chiave per lo sviluppo di investitori istituzionali come Fondi pensione ed Enti di previdenza".

Ma il basso livello di flottante unito alla bassa capitalizzazione comporta, però, una ridotta presenza di società quotate italiane negli indici internazionali che guidano gli investimenti dei Fondi, oggi dominanti. L'Italia pesa per il 3% nell'indice MSCI Europe (28% Regno Unito, 17% Francia e 15% Germania).

Gli Enti di previdenza e i Fondi pensione gestiscono un'enorme quantità di risparmi degli italiani, ma solo una parte di queste risorse viene reinvestita nel Paese.

Quando si tratta di investire in titoli di Stato cosiddetti sicuri, in molti hanno deciso di investire all'estero rispetto all'Italia.

Eppure, secondo Giorgetti, queste "riserve strategiche di risparmio" sarebbero essenziali per finanziare le infrastrutture sul territorio, altrimenti vincolate alla capacità di spesa di un bilancio pubblico troppo limitata.

La propensione per gli investimenti esteri da parte di questi Enti e delle forme pensionistiche complementari è collegata agli indici di riferimento internazionali, che assegnano all'Italia un peso modesto sia per l'esiguo numero di imprese quotate, sia per il limitato sviluppo del mercato finanziario.

Nel complesso gli investimenti direttamente riferibili ai Fondi di previdenza integrativa ammontano a 189 miliardi di euro, di cui 73 miliardi sono destinati all'acquisto di titoli di Stato. Tuttavia, solo 27 miliardi si riferiscono a buoni del Tesoro italiani, pari al 14% degli investimenti totali.

La cifra sale a 36,6 miliardi se si considerano tutti gli investimenti domestici.

E' da rilevare, poi, che le Casse, nel 2023, hanno investito in Italia ben 44 miliardi di euro, pari al 38,6 per cento delle attività totali (con un aumento di 3 punti percentuali rispetto all'anno precedente). In proporzione, invece, i Fondi pensione complementare investono in Italia molto meno: il 19,4 per cento del totale degli investimenti (in calo dell'1,4 per cento).

Tuttavia, anche secondo il ministro Giorgetti, gli Enti di previdenza potrebbero diventare attori chiave se, oltre a soddisfare gli interessi dei loro iscritti, si impegnassero in investimenti utili al Paese. Per incentivarli in questo

percorso, si potrebbe introdurre un'imposta sostitutiva agevolata pari a quella già prevista per i rendimenti del fondo pensione, attualmente al 20%, contro il 26 % oggi pagato.

In legge di bilancio ci sono diversi emendamenti con riferimento all'opportunità di rafforzare il secondo pilastro. Questi emendamenti dovranno essere valutati con estrema attenzione dal Governo. Se per l'esecutivo lo sviluppo della previdenza integrativa resta "una delle azioni di politica economica cruciali", Giorgetti ha comunque promesso che nessun intervento sarà calato dall'alto, ma sentendo tutti i soggetti interessati, parti sociali in primo luogo.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-12-04/ddl-bilancio-spinta-casse-professionali-gli-investimenti-e-previdenza-integrativa-102353.php?uuid=AGjElFYB&cmpid=nlqf>

quotidianosanita.it

Essere progressisti in sanità

Ivan Cavicchi

09 DIC -

Gentile direttore,

non molti giorni fa sono stato invitato dal M5S a partecipare al palazzo dei congressi di Roma alla sua assemblea costituente e a discutere di sanità. Dopo l'introduzione di Conte l'assemblea ha aperto i suoi lavori proprio a partire dal tema "salute diritto universale". Un segnale politico importante che non trascurerei.

Intervenendo ho voluto affrontare la questione del "campo largo" ricordando a tutti che una esperienza di "campo largo" in sanità si era già stata fatta negli anni 90 con Prodi quindi sotto l'egida dell'Ulivo e che a causa di quel campo largo le controriforme che si fecero ci tolsero perfino le mutande.

Abbiamo perso l'art 32, da diritto fondamentale è diventato un diritto potestativo, sacrificato i diritti di cura delle persone alle nuove burocrazie dell'azienda quindi alle sue implacabili bilanciofrenie, ridotto gli operatori a "mezze maniche" sacrificando le loro professionalità e le loro preziosissime autonomie, abbiamo fatto una "grande marchetta" al privato chiamandola o "seconda gamba" o "welfare aziendale", mettendo a mercato ciò che non avrebbe mai dovuto essere poste in vendita, e, infine abbiamo praticamente smesso di fare "salute" perché sarebbe stato contraddittorio spalancare le porte alla speculazione e ridurre la morbilità nel paese.

Oggi dopo una esperienza di "campo largo" così catastrofica rimettersi dentro un altro "campo largo" come ci invita a fare la Schlein senza adeguate garanzie politiche sacrificando le proprie coerenze fondamentali, può essere per tutti, M5S in testa, molto rischioso. A che serve battere le destre se la gente anche con la sinistra al potere perde i suoi diritti fondamentali?

A che serve rifinanziare la sanità come chiede ostinatamente la Schlein se poi una volta rifinanziata si rifinanzia la catastrofe voluta dall'Ulivo?

A che serve che il M5S aiuti il PD a tornare al governo se il PD poi sempre sulla sanità si riproporrà come il più cinico dei liberisti?

Se il PD vuole il campo largo dica oggi con chiarezza la sua disponibilità a cancellare tutte le controriforme fatte dall'Ulivo ai danni dell'art 32. Si sottoscriva al riguardo un preciso accordo politico con il quale si decide tutti insieme di riabilitare il sogno di una sanità equa e universale quindi pubblica.

Il guaio è che nessuno del PD meno che mai la Schlein, per non parlare della Bindi, sino ad ora ha sentito il bisogno a parte chiedere soldi di assicurare tutti noi sulla sua intenzione di voltare pagina e sulla sua lealtà.

Marina Sereni che stimo e conosco da anni, responsabile della sanità del PD dice sempre genericamente che il PD ha fatto degli "errori" ma non dice mai "quali" ma soprattutto non dice mai cosa il PD sia disposto a fare per superarli. A suo tempo per superare questi errori ho proposto "la quarta riforma" e recentemente ho avanzato "un appello alla ragione" ma il PD ha preferito far finta di non sentire.

Per lui rimettere a posto le cose significa scontrarsi con i grandi interessi speculativi ma anche rischiare di perdere pezzi per strada. Renzi e Calenda non aspettano altro.

L'unico che non si è girato dall'altra parte è stato il M5S che per l'appunto mi ha invitato alla sua assemblea costituente. Rispetto al PD spero quindi che si comprenderà almeno da parte mia quello che mi permetto di chiamare "diritto alla legittima suspicione". Anche io vorrei un campo largo perché questo governo la sanità la vuole morta ma è del tutto evidente che qualcuno sta barando.

La riprova è venuta proprio nel momento in cui all'assemblea costituente Conte ha proposto la distinzione tra sinistra e progressisti. Una distinzione che a giudicare dai commenti che ho letto e sentito non è tanto piaciuta al PD che evidentemente sperava in un facile embrasser nous. Tra ironie e battutine tutti a gridare al pleonaso. Tutti a dire che essere di sinistra ed essere progressisti alla fine è la stessa cosa.

Purtroppo, non è così e bene ha fatto Conte a stabilire una distinzione non solo semantica ma politica. La sinistra sulla sanità ha fatto carne da porco. Ha distrutto praticamente un sogno di emancipazione che oggi milioni e milioni di persone stanno pagando anche con la vita a caro prezzo.

Non ci sono solo i 4 milioni di persone che rinunciano alle cure ma ci sono anche tutti quelli che sono costretti a stare nelle liste di attese perché non hanno soldi per farsi curare dal privato in tempo reale. Vi sono anche intere regioni con sempre più tutele minime.

E un intero paese derubato del diritto alla salute.

A volte mi chiedo come fa la Bindi cattolicissima e neoliberalista dopo quello che ha combinato nel 99 solo a dormire alla notte. Proprio i più deboli a causa della sua cinica controriforma sono stati messi in mezzo ad una strada mentre ai più forti si sono garantite doppie tutele con incentivi fiscali tutti a carico dello Stato.

Quindi niente pleonaso. In realtà abbiamo un problema nel nostro sistema retorico che è rimasto in dietro e non è stato aggiornato. Cioè abbiamo un problema di improprie metonimie di improprie denominazioni e di connotazioni molto poco aggiornate. Se oggi considerassimo il PD per quello che è cioè valutando oggettivamente le leggi che ha fatto quando è stato al governo, per esempio, in sanità non dovremmo dire che abbiamo un partito di sinistra ma al contrario dovremmo dire che abbiamo un partito moderato di centro ad indirizzo smaccatamente neoliberalista.

Se questo è vero, come sembra, allora il pleonaso di Conte sul quale in tanti hanno fatto facile ironia certo che avremmo potuto risparmiarcelo. Bastava solo precisare che dopo le esperienze di governo del PD la casella della sinistra è rimasta vuota e che il M5S insieme alla sinistra radicale ne ha preso il posto perché oggi sono le uniche forze che oggettivamente possono legittimamente connotarsi come progressiste.

Ieri sera il M5S nella sua seconda votazione ha preso il quorum.

Ne sono felice.

D'ora in poi bisogna mettersi sotto. Essere progressisti soprattutto di questi tempi non è facile.

Le idee per esserlo per davvero vi assicuro non mancano ma prima penso che sia giusto fare un confronto leale e sincero con il PD.

Chiedere di rifinanziare la sanità senza chiarire cosa si fa con le controriforme fatte sino ad ora non mi pare né serio né credibile.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=126352



Ddl Bilancio: torna l'ipotesi del silenzio assenso per trasferire il Tfr ai fondi pensioni ma l'Inps è contrario

Claudio Testuzza

Nella discussione in corso sulla legge di bilancio 2025 torna l'ipotesi di un rinnovo della norma sulla riapertura del semestre di silenzio assenso per destinare automaticamente il trattamento di fine rapporto (Tfr) ai fondi

pensione. L'obiettivo è rafforzare la previdenza complementare per dare ai futuri pensionati un assegno che sia più possibile vicino all'ultimo stipendio.

Il Tfr rappresenta un vero e proprio compenso differito al momento della cessazione del rapporto di lavoro, al fine di favorire il lavoratore al superamento delle difficoltà economiche connesse con il venir meno della retribuzione. È quindi parte integrante del salario lordo, ma non disponibile immediatamente. Si tratta di un salario differito, del quale è proprietario il singolo lavoratore, e che il datore di lavoro trattiene e di cui è responsabile, con il compito di reinvestirlo all'interno dell'azienda.

Il concetto del "trattamento di fine rapporto", venne introdotto per la prima volta in Italia dal XVII disposto contenuto nella Carta del Lavoro, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 100 del 30 aprile 1927, che stabiliva il diritto del lavoratore ad un'indennità proporzionata agli anni di servizio svolti. Il trattamento di fine rapporto, denominato "indennità di anzianità" o "indennità di servizio" o "liquidazione", veniva calcolato sulla base del prodotto dell'importo dell'ultima mensilità di retribuzione per il numero degli anni di servizio prestati. Attualmente il trattamento si calcola sommando per ciascun anno di servizio una quota pari all'importo della retribuzione dovuta per lo stesso anno divisa per 13,5.

Il Tfr è incrementato, poi, su base composta, al 31 dicembre di ogni anno, con applicazione di un tasso costituito dall'1,5 per cento in misura fissa e dal 75 per cento dell'aumento dell'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati rispetto al mese di dicembre dell'anno precedente.

In passato, grazie al più generoso sistema di calcolo retributivo, abolito dalla riforma Fornero del 2012, i lavoratori italiani potevano contare su una pensione pubblica che garantiva anche oltre l'80% del proprio stipendio.

Oggi, la situazione è cambiata e le tendenze demografiche e finanziarie indicano un futuro incerto e probabilmente meno prospero. Secondo le proiezioni dell'Inps il tasso di sostituzione, cioè il rapporto tra il primo assegno pensionistico e l'ultimo reddito da lavoro percepito, è destinato a scendere drasticamente, con le stime del Mef che indicano un calo dall'attuale 70% al 59% nel 2070 per i dipendenti privati e una diminuzione dal 55% ad un modesto 47% per i lavoratori autonomi.

Questa condizione pensionistica restrittiva ha imposto la creazione di un sistema di previdenza integrativa ed in una fase iniziale la previsione del versamento delle quote di Tfr ai così detti fondi pensione anche mediante il sistema del "silenzio-assenso".

L'obiettivo della previdenza complementare è, dunque, integrare la pensione pubblica accantonando una parte del risparmio in un'ottica di lungo periodo, che però prevede la possibilità di accedere a prestazioni intermedie, erogate cioè prima del raggiungimento dei requisiti pensionistici.

Le somme accumulate nella propria posizione individuale restano a disposizione dell'iscritto anche nel corso della propria vita lavorativa, seppur con modalità e con riferimento ad alcune specifiche circostanze, e possono essere richieste per anticipazioni, riscatti e trasferimenti.

Tutti possono aderire ad un Fondo pensione, godendo di una serie di vantaggi fiscali in tutte le fasi di partecipazione: dalla deducibilità dei contributi versati, alla tassazione agevolata in fase di erogazione.

Il costo di adesione al Fondo pensione dipende dalla forma pensionistica scelta, è rappresentato dall'Indicatore sintetico dei costi (Isc) ed è confrontabile attraverso il comparatore dei costi messo a disposizione sul sito dell'Autorità di Vigilanza. Si può contribuire al Fondo pensione versando un proprio contributo e il Tfr (per i lavoratori dipendenti).

In alcuni casi, è anche previsto il contributo da parte del datore di lavoro. I Fondi sono per lo più gestiti dalle categorie dei lavoratori, ma anche, in passato dalla stessa Inps trattenendo il Tfr di coloro che non avessero scelto il proprio Fondo.

Questa realtà ha avuto, però, poca vita ed è stata accantonata dallo stesso Istituto previdenziale verso cui continuano a confluire i trattamenti di fine rapporto non utilizzati ai Fondi.

Dal 2007 al Fondo di Tesoreria dell'Ente sono confluiti 98,5 miliardi, circa sei miliardi l'anno, di risorse del trattamento di fine rapporto lasciato nelle grandi aziende dai lavoratori.

L'ipotesi di un rinnovo della norma sulla riapertura del semestre di silenzio assenso per destinare automaticamente il trattamento di fine rapporto (Tfr) ai Fondi pensione rischia di asciugare, o quanto meno drenare un po', un flusso di risorse per l'Ente.

Secondo la legge, infatti, in caso di imprese con più di 50 dipendenti, il Tfr lasciato in azienda confluisce nel Fondo di Tesoreria dell'Istituto di Via Ciro il Grande, utilizzato sì per erogare quanto dovuto una volta lasciato il lavoro, ma nel frattempo anche come forma di spesa corrente dell'ente.

Perdere le risorse sarebbe tuttavia un problema. Ecco perché il presidente dell'Istituto ha ritenuto "importante e ragionevole" discutere della possibilità di dotare nuovamente Inps di un proprio Fondo complementare. Lo strumento era stato creato nel 2007, quando ci fu il decollo del settore proprio con la norma del silenzio-assenso. Dedicato ai lavoratori che non avevano un contratto di riferimento, si era rivelato inefficiente, con un patrimonio di circa 80 milioni e 28 mila iscritti, di cui appena 6 mila attivi.

Nel frattempo la norma sui silenti aveva dato impulso al sistema, con un aumento degli iscritti al complementare balzato da 3,2 milioni a 4,5 milioni. La legge di Bilancio 2018 aveva quindi previsto la soppressione di FondiInps e il passaggio delle posizioni individuali in un Fondo più grande. La scelta è ricaduta su Cometa, il Fondo dei metalmeccanici.

Ora la palla passa all'iter parlamentare. Inizialmente cassato, l'emendamento sui sei mesi è stato ripescato ed ora è nell'elenco dei segnalati dai Fratelli d'Italia, ossia nella lista dei correttivi che il partito di Giorgia Meloni considera prioritari.

La volontà generale è comunque quella di potenziare la previdenza complementare ma sembra importante sottolineare che per meglio valorizzare questo fronte previdenziale integrativo è necessario, però, prevedere, anche, che gli investimenti dei Fondi siano favorevoli ad un giusto risparmio che crei, nel tempo, una sicura pensione integrativa.

La presenza di un investitore paziente, senza vincoli di liquidità e liquidabilità può giocare un ruolo rilevante per dare nuova energia al mercato. L'Inps sarà in grado di attivarsi favorevolmente oggi e per il futuro, su questo fronte dopo non averlo dimostrato nel passato?

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2024-12-06/ddl-bilancio-torna-l-ipotesi-silenzio-assenso-trasferire-tfr-fondi-pensioni-ma-l-inps-e-contrario-092946.php?uuid=AGp0joaB&cmpid=nlqf>



Corte costituzionale/ Devono essere ridotte le altre spese indistinte prima di sacrificare quella per la Sanità

di *Radiocor Plus*

In un contesto di risorse scarse, "per far fronte a esigenze di contenimento della spesa pubblica dettate anche da vincoli euro-unitari, devono essere prioritariamente ridotte le altre spese indistinte, rispetto a quella che si connota come funzionale a garantire il 'fondamentale' diritto alla salute di cui all'articolo 32 della Costituzione, che chiama in causa imprescindibili esigenze di tutela anche delle fasce più deboli della popolazione, non in grado di accedere alla spesa sostenuta direttamente dal cittadino, cosiddetta out of pocket".

Si legge nella sentenza n. 195 del 2024 con cui la Corte costituzionale ha deciso il ricorso della Regione Campania contro la Legge di bilancio 2024 e pluriennale per il triennio 2024-2026 ([art. 1, commi 527 e 557, legge 30 dicembre 2023, n. 213](#))

La Corte ha dichiarato non fondate questioni che riguardano la legittimità della misura, le modalità e la durata del concorso delle Regioni agli obiettivi di finanza pubblica, stabilite dalla Manovra nelle more della nuova governance economica europea, che, peraltro, mostrano la volontà del legislatore di non far gravare il contributo sulle spese relative alla missione Diritti sociali, politiche sociali e famiglia e alla missione Tutela della salute.

La sentenza ha però sollecitato il legislatore al fine di “scongiurare l’adozione di ‘tagli al buio’, ad ‘acquisire adeguati elementi istruttori sulla sostenibilità dell’importo del contributo da parte degli Enti ai quali viene richiesto e a non trascurare il coinvolgimento della Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica”.

La sentenza ha dichiarato l’illegittimità costituzionale dell’art. 1 nella parte in cui non esclude dalle risorse che è possibile ridurre, a seguito del mancato versamento del contributo da parte delle Regioni, quelle spettanti per il finanziamento dei diritti sociali, delle politiche sociali e della famiglia e, in particolare, della tutela della salute.

Questo perché “nemmeno nel caso in cui la Regione non abbia versato la quota del contributo, lo Stato può rispondere tagliando risorse destinate alla spesa costituzionalmente necessaria, tra cui quella sanitaria - già in grave sofferenza per l’effetto delle precedenti stagioni di arditi tagli lineari - dovendo quindi agire su altri versanti: il diritto alla salute non può essere sacrificato “fintanto che esistono risorse che il decisore politico ha la disponibilità di utilizzare per altri impieghi”.

Da ultimo, la sentenza della Consulta ha dichiarato l’illegittimità costituzionale del comma 557 dell’art. 1 della legge n. 213 del 2023, nella parte in cui non prevede che il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, diretto a individuare i criteri e le modalità di riparto, nonché il sistema di monitoraggio dell’impiego delle somme, del “Fondo per i test di Next-Generation Sequencing per la diagnosi delle malattie rare”, sia adottato d’intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

[https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/sentenze/2024-12-06/corte-costituzionale-devono-
prima-essere-ridotte-altre-spese-indistinte-prima-sacrificare-quella-la-sanita-
174254.php?uuid=AGxqaWbB&cmpid=nlqf](https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/sentenze/2024-12-06/corte-costituzionale-devono-prima-essere-ridotte-altre-spese-indistinte-prima-sacrificare-quella-la-sanita-174254.php?uuid=AGxqaWbB&cmpid=nlqf)



Farmaceutica/ Diretta, Aifa certifica il disavanzo 2023 a oltre 3,2 miliardi e ripiano da 1,6 mld per le aziende

S
24

Il Consiglio di amministrazione dell’Agenzia italiana del farmaco ha adottato la delibera n. 68 del 10 dicembre 2024, con cui è stato approvato, tra gli altri, l’aggiornamento del documento di monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale gennaio-dicembre 2023 che attesta, con riferimento alla spesa farmaceutica per acquisti diretti (ospedaliera), un disavanzo pari a 3.278,8 milioni di euro rispetto al tetto programmato di spesa del 7,95% del Fabbisogno sanitario nazionale per l’anno 2023 (al netto dei gas medicinali).

Inoltre il valore complessivo di ripiano dello sfondamento del tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti, sempre al netto dei gas medicinali e riferito al 2023, è pari a euro 1.640.532.614 euro.

Definite anche le singole quote di ripiano attribuite a ciascuna azienda farmaceutica titolare di autorizzazione all’immissione in commercio (codice Sis).

L’Agenzia comunica che la documentazione relativa alla ripartizione regionale delle quote di ripiano della spesa farmaceutica per acquisti diretti per l’anno 2023 attribuite a ogni azienda farmaceutica titolare di Aic unitamente alla determinazione finale, sarà pubblicata una volta definito l’iter di attuazione previsto dal decreto-legge 19 ottobre 2024, n. 155, convertito con modificazioni dalla legge 9 dicembre 2024, n. 189, recante “*Misure urgenti in materia economica e fiscale e in favore degli enti territoriali*”, pubblicato nella [Gazzetta ufficiale n. 291 del 12 dicembre 2024](#) .

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-12-16/farmaceutica-diretta-aifa-certifica-disavanzo-2023-oltre-32-miliardi-e-ripiano-16-mld-le-aziende-171343.php?uuid=AGMrc6nB&cmpid=nlqf>



Ddl bilancio: Ciriani, per Ssn incremento 35 mld in 5 anni e misure sul personale. Poi il punto sul Pnrr e sul Piano pandemico che ancora non c'è

Barbara Gobbi.

«La manovra di bilancio all'esame della Camera stabilisce che il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è incrementato di 1.302 milioni di euro per l'anno 2025, ai quali si aggiungono i 1.100 milioni circa già stanziati dalla legge di bilancio dello scorso anno, di 5.078 milioni per l'anno 2026, di 5.780 milioni per l'anno 2027, di 6.663 milioni per l'anno 2028, di 7.725 milioni per il 2029 e di 8.898 milioni annui a decorrere dal 2030».

Così il ministro per i Rapporti con il Parlamento Luca Ciriani in risposta al question time alla Camera rivolto al ministro della Salute. «Si tratta quindi - ha sottolineato - di incrementi del Fondo sanitario nazionale pari a più di 35 miliardi in 5 anni, livelli mai raggiunti negli anni precedenti».

Quanto alle misure per rendere più attrattivo il Ssn per il personale, Ciriani ha ricordato che la nuova legge di bilancio rfinanzia l'indennità per il personale nei servizi di pronto soccorso, «incrementando l'indennità di specificità della dirigenza medica e veterinaria, della dirigenza sanitaria non medica e infermieristica e l'indennità infermieristica di tutela del malato per la promozione della salute. Sono inoltre previsti - ha aggiunto - incrementi del trattamento economico per gli iscritti alle scuole di specializzazione e finanziamenti per l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza».

Non solo manovra: il ministro per i Rapporti con il Parlamento in sostituzione del collega Schillaci ha anche fatto il punto su temi cruciali come l'attuazione del Pnrr, la cancellazione delle multe Covid ai "no vax" e il Piano pandemico ancora in via di definizione.

Pnrr: obiettivo 3.209 grandi apparecchiature sanitarie a giugno 2026

«Oltre il 100% delle grandi apparecchiature sanitarie risulta ordinato, circa il 71% pari e cioè 2.192 consegnato e circa il 68% pari a 2.102 collaudato.

Grazie all'utilizzo dei ribassi di gara, è prevista la messa in esercizio entro giugno 2026 di 3.209 grandi apparecchiature, un numero superiore al target minimo Ue», ha annunciato Ciriani.

«Quanto agli investimenti riferiti all'implementazione di almeno 1.038 case della comunità e di almeno 307 ospedali di comunità entro giugno 2026 - ha detto - risultano avviati rispettivamente 702 e 235 cantieri pari al 74% e al 77% del target comunitario».

Per le Centrali operative territoriali (Cot), «480 sono state oggetto di rendicontazione alla Commissione Europea, allo scopo di avviare le procedure per l'incasso della prossima VII rata», ha detto, precisando che i dati sono relativi a novembre mentre gli ultimi saranno consolidati a partire dal 20 dicembre.

Infine, l'assistenza domiciliare integrata (Adi), per cui il Pnrr fissa il target di un 10% di over 65 seguiti a casa: «Sono in via di inserimento i dati 2024 ai fini del target nazionale da raggiungere entro marzo 2025 - ha detto Ciriani: secondo le rilevazioni parziali estratte dal Sistema informativo, il target potrà essere raggiunto nei termini».

Multe 'no vax' Covid annullate per chiudere una pagina dolorosa

La decisione del Governo di annullare le multe per i 'no vax' che si siano quindi rifiutati di vaccinarsi durante la pandemia da Covid-19 «risponde a due ordini di considerazioni»: in primo luogo, «emerge la volontà politica di chiudere definitivamente una pagina complessa e dolorosa della storia recente del Paese, senza

entrare nel merito dell'efficacia delle misure e delle terapie adottate nel periodo emergenziale, ma con l'obiettivo di favorire una rinnovata coesione sociale».

In secondo luogo, ha detto Ciriani, «va considerato che la materia è stata oggetto di numerosi contenziosi, con diverse pronunce dei Giudici di Pace che hanno portato all'annullamento delle sanzioni. Quanto alla proposta di destinare le risorse al personale sanitario - ha dichiarato - pur condividendo l'importanza di garantire adeguate condizioni retributive agli operatori del settore, questa materia trova più appropriata collocazione nell'ambito delle politiche generali sul personale sanitario, che il Governo sta affrontando con specifici provvedimenti».

Piano pandemico in via di definizione e in manovra 500 mln

«In merito al Piano strategico operativo di preparazione e risposta a una pandemia da patogeni a trasmissione respiratoria a maggiore definizione in questi giorni una versione aggiornata rispetto alla precedente bozza, già trasmessa a gennaio alla Conferenza Stato-Regioni», ha detto ancora Ciriani.

«Per l'attuazione del Piano a livello regionale - ha aggiunto - sono stati stanziati nel disegno di legge di bilancio in corso di esame alla Camera 50 milioni per l'anno 2025, 150 milioni per l'anno 2026 e 300 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027. Le risorse saranno assegnate alle Regioni a valere sul fabbisogno sanitario standard».

Quanto al decesso comunicato il 17 dicembre di un cittadino di Treviso di rientro dal Congo, «il ministero della salute, con la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità, monitora costantemente la situazione - ha detto Ciriani -. È stato inoltre costituito un ristretto gruppo di coordinamento e, in attesa di indicazioni da parte delle autorità sanitarie internazionali, sono in via di definizione le indicazioni per la tempestiva individuazione sul territorio nazionale di possibili nuovi casi».

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/in-parlamento/2024-12-18/ddl-bilancio-ciriani-ssn-incremento-35-mln-5-anni-e-misure-personale-poi-punto-pnrr-e-piano-pandemico-che-ancora-non-c-e-122718.php?uuid=AG7LbNqB&cmpid=nlqf>



Le “Milleproroghe per la sanità”: dallo scudo penale dei medici alle deroghe per recuperare camici bianchi nel Ssn e per accreditare i privati fino allo stop alle multe Covid

di *Red. San.*

Un Milleproroghe ricco per la sanità quello approvato dal Consiglio dei ministri nel tardo pomeriggio del 9 dicembre: lo specchio di una rincorsa a recuperare ritardi e personale, plasticamente evidente nei tanti posticipi al 31 dicembre del 2025 delle norme sull'arruolamento “straordinario” di giovani medici, nel potenziamento con risorse fresche della medicina generale e nella decisione di prolungare lo scudo penale in attesa della riforma organica della responsabilità professionale.

Con un'ulteriore concessione sulle liste d'attesa - “si proroga al 31 dicembre 2025 lo stanziamento per i piani regionali per il recupero delle liste d'attesa incrementandolo fino ad un massimo dello 0,7% del fondo sanitario” - e sull'accREDITAMENTO dei privati. E con un colpo di spugna sulle multe per gli 1,7 milioni di italiani che hanno rifiutato di vaccinarsi nel periodo della pandemia, nella fase in cui era obbligatorio sottoporsi alla profilassi (fino a giugno 2022).

L'elenco delle misure contenute nel decreto legge

- Si sopprime il termine vigente del 31 dicembre 2024 entro il quale gli organi liquidatori della procedura di liquidazione coatta amministrativa dell'Ente strumentale alla Croce Rossa dovrebbero concludere le loro attività.
- Si proroga al 31 dicembre 2025 il termine che consente l'esercizio temporaneo nel territorio nazionale delle qualifiche professionali sanitarie e della qualifica di operatore sociosanitario ai cittadini ucraini, residenti in Ucraina prima del 24 febbraio 2022, in base a una qualifica professionale conseguita all'estero regolata da specifiche direttive dell'Unione Europea.
- Si proroga al 31 dicembre 2025 la possibilità per le aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale di: procedere al reclutamento di medici specializzandi, dal secondo anno, conferendo incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, di durata non superiore a sei mesi prorogabili, anche in deroga alle normative vigenti; conferire incarichi individuali a tempo determinato, previo avviso pubblico, al personale delle professioni sanitarie e agli operatori socio-sanitari con procedure semplificate, qualora risulti impossibile utilizzare il personale già in servizio o ricorrere agli idonei collocati nelle graduatorie concorsuali in vigore; conferire incarichi a tempo determinato, con le medesime procedure semplificate, per la durata di sei mesi, anche ai medici specializzandi iscritti regolarmente all'ultimo e al penultimo anno di corso della scuola di specializzazione.
- Si proroga al 31 dicembre 2025 la possibilità per le aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale di procedere al reclutamento di laureati in medicina e chirurgia, abilitati e iscritti agli ordini professionali, anche se privi della specializzazione.
- Si proroga al 31 dicembre 2024 il periodo entro il quale deve essere maturato il requisito di tre anni di servizio per partecipare ai concorsi per l'accesso alla dirigenza medica del Servizio sanitario nazionale nella disciplina di Medicina d'emergenza-urgenza, anche in assenza di un diploma di specializzazione.
- Si proroga al 30 aprile 2025 del termine per la rilevazione del fatturato di ciascuna azienda titolare di Aic (Autorizzazione immissione in commercio) sulla base dei dati delle fatture elettroniche.
- Si proroga al 31 dicembre 2025 il termine di validità dell'iscrizione nell'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Ssn.
- Si proroga al 31 dicembre 2025 la sospensione dell'efficacia delle disposizioni regolamentari in materia di raccolta di sangue e di emocomponenti da parte di laureati in medicina e chirurgia abilitati.
- Si proroga al 31 dicembre 2025 il termine entro il quale le regioni e le province autonome provvedono ad adeguare il loro ordinamento alle disposizioni sull'accreditamento istituzionale per le strutture sanitarie autorizzate, pubbliche o private e per i professionisti che ne facciano richiesta, nonché per le organizzazioni pubbliche e private autorizzate per l'erogazione di cure domiciliari, nonché la stipula di accordi contrattuali.
- Si proroga al 31 dicembre 2025 l'applicazione della limitazione della punibilità ai soli casi di dolo e colpa grave (prevista nel periodo di emergenza Covid-19), in relazione ai fatti di cui agli articoli 589 e 590 del codice penale - omicidio colposo e lesioni personali colpose - commessi nell'esercizio di una professione sanitaria, in situazioni di grave carenza di personale sanitario.
- Si proroga al 31 dicembre 2025 il termine per ottenere gli incentivi per la riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio sanitario nazionale.
- Si modificano, in modo da mandarle a regime senza ulteriori proroghe, le disposizioni che consentono ai medici iscritti al Corso di formazione in medicina generale di partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali. Si prevede la possibilità di mantenere gli incarichi già assegnati al momento dell'iscrizione al corso di formazione specifica in medicina generale e si specifica che tra gli incarichi convenzionali assegnabili sono inclusi quelli provvisori e di sostituzione, anche ai fini del riconoscimento delle ore di formazione. Si portano a regime le disposizioni che permettono agli specializzandi in medicina generale e in pediatria di assumere incarichi provvisori o di sostituzione di medici di medicina generale, durante il percorso formativo, di assumere incarichi provvisori o di sostituzione di pediatri di libera scelta convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, consentendo di valorizzare l'attività svolta quale attività pratica ai fini della formazione.
- Si proroga al 31 dicembre 2025 lo stanziamento per i piani regionali per il recupero delle liste d'attesa incrementandolo fino ad un massimo dello 0,7% del fondo sanitario.

Quanto al sociosanitario, il decreto Milleproroghe “asigna al Dipartimento per gli Affari regionali della Presidenza del Consiglio l’attività istruttoria per la determinazione dei Lep e dei relativi costi e fabbisogni standard fino al 31 dicembre 2025, a decorrere dal 5 dicembre 2024”.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-12-10/le-milleproroghe-la-sanita-scudo-penale-medici-deroghe-recuperare-camici-bianchi-ssn-e-accreditare-privati-fino-stop-multe-covid-090724.php?uuid=AGBmjCgB&cmpid=nlqf>

la Repubblica

Chi ha ragione tra Meloni e Schlein? Ecco i numeri del fondo per la sanità a cura di [Osservatorio Conti Pubblici Italiani](#), Alessio Capacci e Carlo Cottarelli

La spesa in euro raggiungerà un valore massimo nel 2025, ma questo avviene ogni anno da almeno un quarto di secolo. Meglio allora guardare alla spesa rispetto al Pil, che scende a un minimo storico del 6,2% nel 2023, per poi risalire al 6,3% nel 2024-2025 e al 6,4% nel 2026-2027. Lo stesso livello a cui l’aveva lasciata il centrosinistra

Intervenendo ad [Atreju](#), e in linea con precedenti dichiarazioni, Giorgia Meloni ha affermato che nel 2025 “il Fondo Sanitario nazionale arriverà a 136 miliardi e 500 milioni di euro.

È, senza timore di smentita, numeri alla mano, lo stanziamento più alto di sempre”. [Elly Schlein](#), invece, afferma che in realtà Fondo sanitario nazionale è ai minimi storici. Chi ha ragione?

L’evoluzione della spesa sanitaria in Italia

Per facilitare il confronto con periodi passati ci focalizziamo sulla spesa pubblica per la sanità, invece che sui trasferimenti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Le due serie sono leggermente diverse in termini di livelli ma molto simili come andamenti nel tempo. La spesa pubblica per la sanità raggiungerà i 137,9 miliardi di euro nel 2024.

Con gli stanziamenti previsti nel disegno di legge di bilancio per il 2025, questa salirà a 142,9 miliardi nel 2025, 149,4 miliardi nel 2026 e 152,2 miliardi nel 2027.

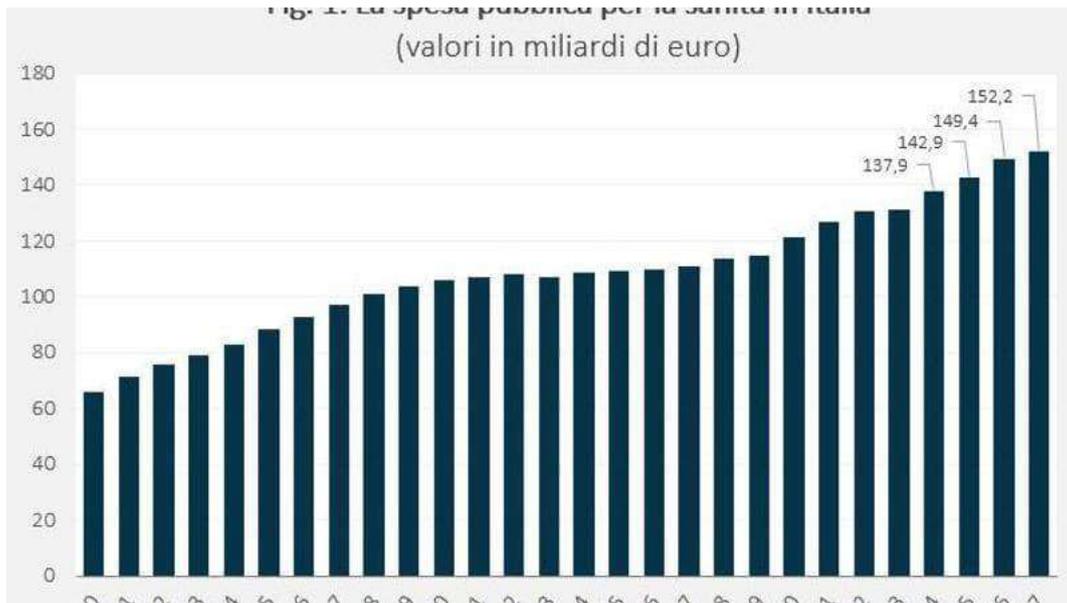
In miliardi di euro si tratta effettivamente del più alto livello mai raggiunto, cosa peraltro che avviene di anno in anno almeno dal 2000 (Fig. 1).

Tuttavia, per valutarne gli effetti, è più appropriato considerare la spesa in percentuale al Pil, e non in valore assoluto, per due motivi.

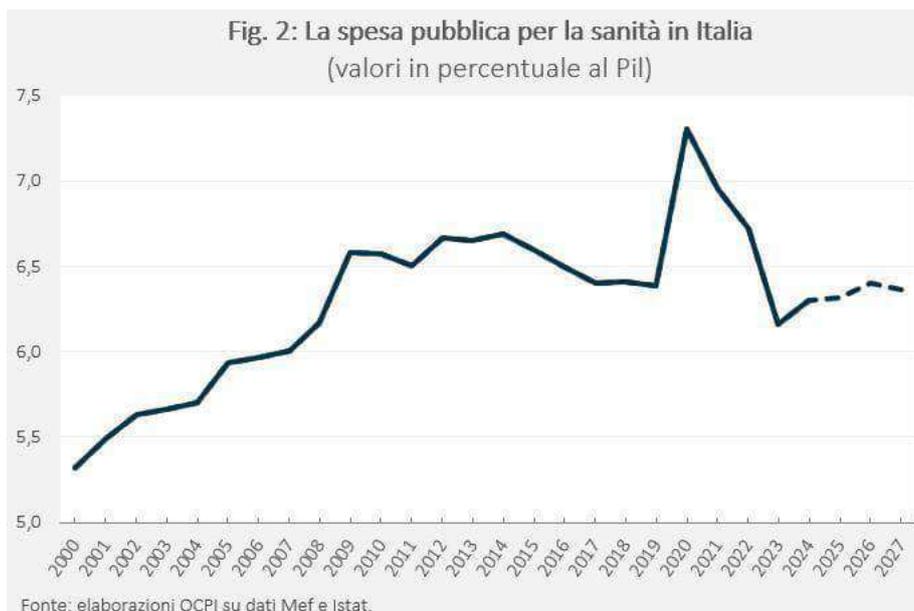
Il primo riguarda l’inflazione: dato l’aumento dei prezzi, un euro del 2024 non vale quanto un euro del 2019.

Il secondo è che guardando al solo dato in miliardi non si considera la dinamica delle entrate: il gettito fiscale dipende infatti dall’andamento del Pil, perché la base imponibile della maggior parte delle imposte è dato dal reddito dei contribuenti e dalle varie componenti del Pil, come i consumi.

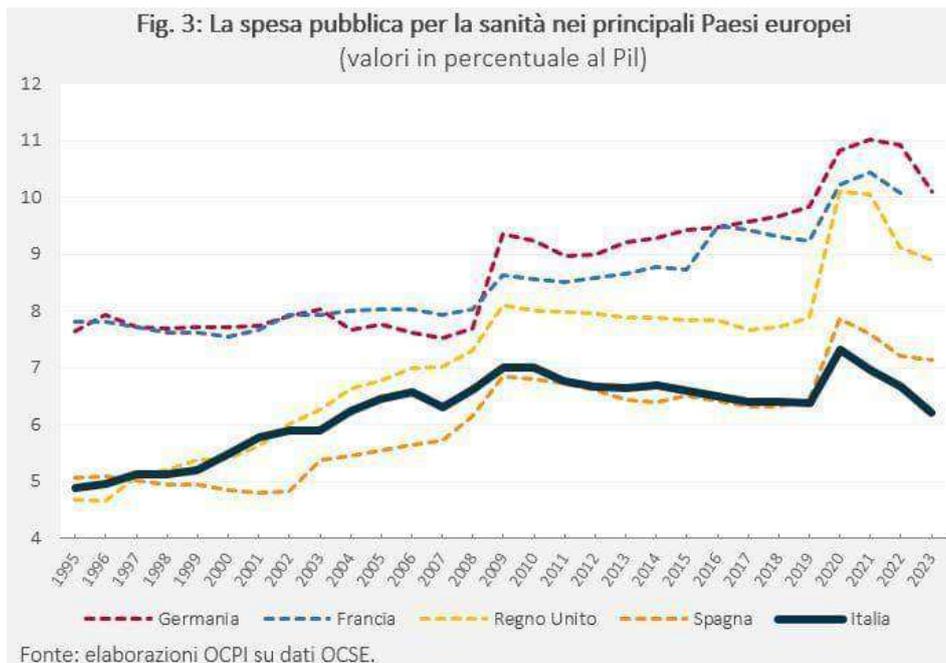
Al crescere del Pil, è giusto che i cittadini si aspettino un aumento della spesa sanitaria visto che pagano più tasse.



In rapporto al Pil, la spesa sanitaria è cresciuta quasi costantemente dall'inizio degli anni Duemila, come peraltro avveniva in tutti i Paesi avanzati, anche per la crescente disponibilità di prodotti sanitari di qualità migliore ma anche di costo più elevato (Fig. 2). Dopo aver raggiunto il 6,7% del Pil nel 2014, la spesa si è ridotta fino al 6,4% del Pil quando al governo c'era il centrosinistra (la legge di bilancio del 2019 venne ugualmente approvata da una maggioranza di centrosinistra).



Comunque, si capisce bene da questi numeri che il dibattito politico è focalizzato su differenze di pochi decimi di punto di Pil. La vera differenza è tra la spesa pubblica per la sanità in Italia e negli altri principali Paesi europei. Anche se i confronti internazionali sono difficili per le diversità degli assetti istituzionali, il nostro livello di spesa appare basso in percentuale al Pil (Fig. 3): nel 2023 la Germania ha speso per la sanità pubblica il 10,1% del Pil, il Regno Unito l'8,9%, la Spagna il 7,2%; nel 2022 la Francia aveva speso il 10% del Pil.



https://www.repubblica.it/economia/2024/12/21/news/chi_ha_ragione_tra_meloni_e_schlein_ecco_i_numeri_del_fondo_per_la_sanita-423899628/?ref=BH-I0-P-S5-T1

quotidianosanità.it

La falciata dell'autonomia differenziata da parte della Corte costituzionale crea uno spazio di recupero per la Sanità?

Fernanda Fraioli, Presidente di Sezione della Corte dei Conti, Procuratore regionale per il Piemonte

Più che un'assoluta cancellazione totale che ha in sé il rischio anche di cassare ciò che di valido siamo stati capaci di trarre, sarebbe da suggerire al legislatore una maggiore presenza dello Stato, con le caratteristiche indicate dalla Corte costituzionale, ma anche delle Regioni, al tavolo della Conferenza che, a tal fine, deve subire un rafforzamento per cercare di recuperare terreno rispetto a quando si presentava come un organo più coeso di quanto non dia ora l'idea.

Non bisogna essere dei fini giuristi per capire che Corte costituzionale, Corte di cassazione e referendum sono, rispettivamente, organi giudiziari e strumento preposti a difesa della collettività amministrata, ma bisogna esserlo per capirne le necessità ed intervenire fattivamente in termini di tutela e soddisfazione.

Le recentissime pronunce giurisdizionali – per quanto attese – hanno riportato in auge la questione del rapporto Stato-Regioni in vari ambiti.

Senza neppure essere organi di gestione, sono intervenuti a fornire strumenti e chiavi di lettura a chi, invece, organo di gestione è.

In questo periodo storico di pesante sostenibilità sociale, le parole d'ordine sono proprio Corte costituzionale, Corte di cassazione, accanto a legge sull'autonomia differenziata delle Regioni, ed ora, Referendum.

Andando con ordine, in principio fu la proposta di legge del ministro ad innescare la miccia, anche se, ad essere sinceri, dovremmo considerare l'insoddisfazione sociale circa i servizi offerti ad aver sollecitato a catena tutti gli organi giudiziari ora sulla scena.

Ad ogni buon conto, l'approvazione da parte della Camera dei deputati del disegno di legge sull'autonomia differenziata delle Regioni, oltre a gettare un sasso nello stagno, ha il pregio aver dato voce ad insoddisfazioni

che covavano sin dalla riforma del titolo V della Costituzione del 2001, per la paventata disparità di trattamento della comunità amministrata.

Una proposta, prima, ed una legge poi, molto contestate perché sospettate di aumentare il divario tra Nord e Sud della Penisola.

L'autonomia differenziata, infine, altro non è che un (avvenuto) riconoscimento da parte dello Stato dell'attribuzione di autonomia legislativa alle Regioni a statuto ordinario sulle materie di competenza concorrente che comprendono, tra le altre anche la tutela della salute.

Ma senza indugiare sul contenuto minuzioso della legge, arriviamo alla recente bocciatura da parte della Corte costituzionale – che pur senza investire l'intero impianto normativo – l'ha falciata in sette punti chiave impedendone, di fatto, l'applicazione.

La principale illegittimità ha riguardato la definizione dei c.d. LEP, ovvero i Livelli essenziali delle prestazioni (e i LEA entrano in gioco perché si parla di diritti connessi, tra gli altri, anche alla Salute), giudicata tale perché affidata al governo senza adeguati criteri direttivi con connessa esclusione del Parlamento dal ruolo che la Costituzione gli riconosce.

È appena il caso di ricordare che la Consulta, chiamata ad esprimersi sulle questioni di costituzionalità, ha affermato che il regionalismo corrisponde a un'esigenza insopprimibile della nostra società e che essa si è così gradualmente strutturata anche grazie alla Costituzione, ma che spetta al solo Parlamento il compito di comporre la complessità del pluralismo istituzionale.

In buona sostanza ha ribadito che ancora vigente è la disciplina costituzionale che riserva al Parlamento la competenza legislativa esclusiva in alcune materie affinché siano curate le esigenze unitarie del Paese.

Ad essere stati contestati, anche il meccanismo previsto di aggiornamento dei LEP medesimi mediante un semplice DPCM ed il metodo di finanziamento delle nuove competenze regionali dal momento che la legge prevedeva la modifica delle tasse statali da destinare alle Regioni per finanziare i servizi trasferiti alle loro competenze, mediante un semplice decreto ministeriale.

Tanto ha fatto gridare allo scandalo perché foriero di premiare le Regioni meno efficienti.

La Corte costituzionale, attraverso la motivazione che ne ha dato, ha affermato un principio di non poco momento, ovvero che il decentramento deve servire a migliorare i servizi per i cittadini, non già a redistribuire potere politico. Quindi al bene comune.

A seguire, la Cassazione ha dichiarato legittimo il referendum che chiede di abrogare l'autonomia differenziata di cui alla legge che, seppure falciata in ben sette punti, ancora è vigente nel nostro ordinamento.

Manca ancora un passaggio per stabilire in maniera definitiva se il referendum ci sarà davvero oppure no.

A stabilirlo dovrà essere la Corte costituzionale entro il 20 gennaio e, se il parere sarà positivo, allora il referendum si terrà tra il 15 aprile e il 15 giugno prossimi.

Ciò nonostante, non è comunque massimamente certo che il referendum si terrà in quanto il governo stesso potrebbe adottare una legge con cui modifica quella attuale sull'autonomia differenziata facendo così venir meno di fatto quella da abrogare tramite referendum.

Una scelta politica, di sicuro, ma non solo.

Tanto premesso in senso fattuale, v'è da chiedersi se la Sanità può essere interessata ed in che misura da questo sommovimento tellurico scaturente dal bailamme che si è generato in materia.

È bene riandare con la mente agli anni in cui era sostanzialmente lo Stato a ripianare i debiti delle Regioni fino ad arrivare al momento in cui venne deciso che ciascuna di esse dovesse a ciò provvedere, mediante l'aumento delle imposte ai propri cittadini residenti.

Tanto ha determinato – potremmo dire, quasi d'emblème – una sorta di abbandono filiale di ben 20 organi locali che hanno dovuto gestire al meglio ed in solitudine il risultato di un riparto del fabbisogno sanitario regionale operato in sede politica centrale, intuitivamente condizionata ed influenzata dal livello politico, per citare il presidente di GIMBE, “secondo quella che era un'abitudine alla buona politica che ha fatto la buona sanità o la mala politica che ha fatto la mala sanità”.

Ciò – complici le novelle normative che hanno introdotto adempimenti specifici nel campo gestionale – ha portato le Regioni a doversi confrontare anche con i c.d. piani di rientro, finalizzati sì, al riequilibrio dei conti, ma sicuramente inadeguati a far riorganizzare i propri servizi perché parallelamente si è dovuto prendere atto del defianziamento pubblico che ha determinato, quale inevitabile conseguenza, una soccombenza delle Regioni impegnate nel ripiano e con minori risorse da destinare alla Sanità.

È di recentissima pubblicazione (13 dicembre) la sentenza della Corte costituzionale in tema di prestazioni sanitarie, limiti di spesa a carico del bilancio regionale e costo del personale nelle società a partecipazione pubblica che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale di alcune disposizioni della legge regionale Sicilia.

Tra le motivazioni campeggia proprio l'aumento dei costi delle prestazioni, in violazione dei limiti del Piano di rientro del disavanzo sanitario che non consentono di far erogare livelli di assistenza ulteriori rispetto a quelli previsti dalla normativa statale con il conseguente rilievo che gli interventi individuati dal piano sono vincolanti per la Regione che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano medesimo.

Vincoli di tal genere hanno fatto emergere prepotentemente il problema delle disuguaglianze che, a torto sono state relegate al rapporto tra Nord e Sud del Paese, ma ben più numerosi sono i settori nei quali si annida, come, ad esempio, tra aree urbane e quelle rurali o tra uomini e donne.

A questo punto, dopo un così lungo periodo di osservazione e, soprattutto di utilizzo del servizio sanitario, se non da addetti ai lavori quantomeno quali utenti, possiamo ragionevolmente ritenere che quanto proposto dall'autonomia differenziata ha in sé il germe della disuguaglianza che non può che aumentare il divario tra i vari settori e, sicuramente tra Regioni del nord e quelle del sud.

Sempre per citare il Presidente di Gimbe "la Sanità pubblica di fatto è un pilastro della nostra democrazia, è uno strumento di coesione sociale, ma è anche una leva di sviluppo socioeconomico. Tanti Paesi prima di noi hanno capito che il livello di benessere e di salute della popolazione condiziona anche il PIL, per cui la spesa sanitaria è anche un investimento economico".

Ciò considerato, allora, più che un'assoluta cancellazione totale che ha in sé il rischio anche di cassare ciò che di valido siamo stati capaci di trarre, sarebbe da suggerire al legislatore una maggiore presenza dello Stato, con le caratteristiche indicate dalla Corte costituzionale, ma anche delle Regioni, al tavolo della Conferenza che, a tal fine, deve subire un rafforzamento per cercare di recuperare terreno rispetto a quando si presentava come un organo più coeso di quanto non dia ora l'idea, proprio al fine di presentare al legislatore stesso un provvedimento univoco sulla base del quale lavorare a difesa di tutte le realtà territoriali e dei vari settori interessati onde assicurare il rispetto di quei principi costituzionali che, proprio con riferimento alla Sanità, ancora si declinano all'insegna della cura delle esigenze di unitarietà del Paese.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=126523

quotidianosanità.it

La libera professione per tutti non fa bene al Ssn

Marco Geddes da Filicaia

Gentile Direttore,

ho letto con interesse la lettera ([QS, 11 dicembre](#)) della deputata del Pd Ilenia Malavasi con la quale si propone di generalizzare a tutte le professioni sanitarie del SSN la libera professione fuori, ovviamente (ci mancherebbe!), dall'orario di lavoro.

Mi sembra un'ottima iniziativa, per dare un ulteriore, sostanziale contributo, alla distruzione del nostro Servizio sanitario nazionale!

La proposta pare prendere le mosse o "scimmiettare" la *vexata quaestio* della Libera professione intramoenia (ALPI) che fu introdotta per i medici, fin dal 1992, con il Decreto n.502 predisposto dall'allora Ministro della Sanità Francesco De Lorenzo.

È noto che il ricorso delle persone alla intramoenia è dovuto, in limitati casi, alla volontà di scegliere il professionista, come documenta in varie Aziende sanitarie la lista di attesa per l'ALPI, ad esempio in ortopedia o ginecologia, che risulta più lunga di quella in attività istituzionale.

Nella stragrande maggioranza invece chi può permetterselo ricorre a tale opzione proprio a causa della lunghezza delle attese o del fatto che le prenotazioni sono – contro ogni disposizione normativa – “momentaneamente sospese”.

Conseguentemente gli “ignoranti” (nel senso etimologico della parola) ritengono che le liste di attesa siano causate dalla libera professione intramoenia.

La correlazione fra le due variabili (a un valore della prima corrisponde un valore della seconda), non determina un rapporto causale, come peraltro chi, in caso di pioggia, si procura (e chi gli vende) l’ombrello per evitare di bagnarsi, non causa tale evento atmosferico.

Il “liberi tutti” proposto dalla deputata Pd, dando seguito fin da ora a una norma emergenziale che scade a fine anno 2025, non intende evidentemente combattere le liste di attesa e tanto meno “distorsioni” nell’uso dell’ALPI da parte dei sanitari, per cui esistono molti correttivi inapplicati o aboliti: equilibrio fra attesa per intramoenia e attività istituzionale; diritto al ricorso alla intramoenia con il solo pagamento del ticket se l’attesa in istituzionale è eccessiva; incompatibilità fra ALPI e direzione di struttura ecc.

Intende, di fatto, riversare nella Sanità privata o direttamente sui pazienti (out of pocket), la disponibilità lavorativa tutto il personale del SSN attraverso lavoro occasionale, prestazioni con partita Iva, attività da gettonisti ecc...

L’effetto sarà ovviamente questo, introducendo peraltro evidenti, ulteriori, disuguaglianze fra il personale.

Non so se l’onorevole Malavasi abbia mai preso conoscenza del lavoro negli ospedali, visitato un Centro ustioni, quale quello di Cesena nella sua regione, o l’oncoematologia pediatrica, la terapia intensiva, la psichiatria ospedaliera e un pronto soccorso, luoghi dove le aggressioni sono più frequenti.

Pensa veramente che la non attrattività di tali ambiti di lavoro infermieristico, il burn out legato a funzioni così complesse e stressanti, a salari non corrispondenti alla professionalità del personale e al loro impegno, al lavoro notturno e a turnazioni aggiuntive per mancanza di personale, si superi con una potenziale aggiunta di libera professione?

Per chi ha sulle spalle un pendolarismo sempre più oneroso, dato il costo degli alloggi e il livello di funzionamento del trasporto pubblico (in particolare ferroviario) si tratta di una possibilità concreta?

Tale opzione lavorativa aggiuntiva è perseguibile per coloro, in larghissima prevalenza donne, che hanno un onere ulteriore di impegno familiare?

Questa normativa privilegerà, ovviamente, un po’ di personale di alcuni settori ambulatoriali, di livelli tecnici meno impegnativi, introducendo ulteriori disparità e problematiche nell’assegnazione di funzioni e nella formazione delle equipe.

La finalità dichiarata – o la foglia di fico – di tale iniziativa è di incrementare l’attrattiva delle professioni sanitarie, ma in realtà l’effetto è di riversare nel privato un po’ di mano d’opera, rendendo ancor meno attraenti gli ambiti professionali più impegnativi, come già accade per i medici, consentendo inoltre una continuità lavorativa dopo un turno di guardia, una notte trascorsa in servizio, senza tenere conto dei criteri di riposo e di carico di lavoro che, nel corso di questi decenni, la normativa contrattuale ha conquistato per il benessere dei lavoratori e, in primo luogo, per la sicurezza dei pazienti.

L’iniziativa inoltre offre un *assit* a chi non intende aumentare il finanziamento per il SSN e incrementare gli stipendi del personale dipendente, ma che potrà affermare, con vieta retorica: “il personale sanitario guadagna di più grazie alla possibilità di fare attività libero professionale senza mettere le mani nelle tasche degli italiani!”

Vi sono, indubbiamente, associazioni, ordini professionali e sindacati di settore che possono essere comprensibilmente favorevoli, in una situazione di contrazione salariale, come si è verificato in questi anni, a qualche facilitazione che consenta un maggior reddito per alcuni.

Ma una forza politica e una normativa nazionale dovrebbero farsi carico prioritariamente dell’interesse complessivo della popolazione.

Io avevo – ingenuamente – capito che si dovevano incentivare le professioni sanitarie rivedendo e innalzando le mansioni in considerazione della progressiva qualificazione del personale, assicurando ambienti di lavoro più adeguati e sicuri, ridisegnando una progressione di carriera che è stata sostanzialmente appiattita.

Una iniziativa fondamentale, come proposto da Partito democratico, sarebbe quella di incrementare il finanziamento del Servizio sanitario nazionale portandolo nel giro di un quadriennio fino al 7,5% del Pil, per destinare tale incremento di spesa prioritariamente alle risorse umane, facendosi così carico delle aspirazioni

di tutto il personale e non solo di quelli che per tipologia di mansioni o situazioni familiari e personali potranno trovare un'ulteriore fonte di reddito.

Inoltre il partito, di cui la deputata fa parte, ha qualche parziale e lontana radice in quello in cui vigeva, con alcuni difetti e qualche indubbio pregio, il "centralismo democratico", che Lenin definiva come "libertà di discussione, unità d'azione".

Su questo argomento mi pare esserci invece una "assenza di discussione e libertà di azione".

https://www.quotidianosanità.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=126476

quotidianosanità.it

Attenzione a paragonare il sistema sanitario italiano a quello tedesco

Stefano Scillieri, *Docente (a.c.) Clinical and health care engineering, DIBRIS- UNIGE Prof. Ing. G. STEFANO SCILLIERI*

Gentile Direttore

ho avuto già il piacere di essere già ospitato nel Luglio scorso dal Vostro QS che leggo sempre con interesse ma anche con un crescente imbarazzo quando mi imbatto nella lettura delle sempre più numerose opinioni che presentano il nostro Servizio Sanitario Nazionale in dissesto e sottofinanziato.

Su questo ultimo tema la maggior parte dei commenti (pochissimi in verità originali, gli altri si limitano a partire dall'assunto di una o due fonti originali) si basa sul raffronto tra il nostro SSN e quello tedesco.

Sono abituato a fare assessment (come si fa in HTA) con il metro della piramide della Hierarchy of evidence, ove si dà sempre più importanza ai Cohort studies piuttosto che ai Single case study; e certamente i pareri quasi sempre basati sui valori OCSE si possono posizionare addirittura oltre ai Cohort Studies e quindi ai vertici della piramide, area della massima affidabilità negli assessment. E sono ben conscio che questo mio parere si attesti alla base della piramide anche se basato su ricerche e fonti affidabili (riportate in sintesi in fondo).

Quando si parla di statistiche, la cui precisione è particolarmente importante quando si studia la sanità, è giusto ricordare che più o meno blasonati Enti ricorrono a schiere di analisti abituati a maneggiare numeri con approccio matematico ma – temo - non sempre dotati della capacità di lettura dei loro contenuti.

Con la conseguenza, in cascata, che chi usa questi parametri come fondamento delle proprie ulteriori valutazioni in buona fede, malizia o ignoranza, va fuori strada.

Nel caso specifico paragonare la "spesa per la salute" di due paesi è cosa ardua: basta leggere la definizione di "spesa per la salute" secondo il System of Health Accounts dell'OCSE per accorgersi che la definizione non è poi così chiara quando vogliamo capire se la spesa sanitaria considerata dalle statistiche è la pubblica o la somma di pubblica e privata.

Solo una delle tabelle prese in esame dal rapporto sotto menzionato titola chiaramente "spesa pubblica", le altre no.

È la stessa imprecisione (verificata in molti anni di studi) che affligge le statistiche internazionali sui posti letto quando le stesse non chiariscono sempre se si tratta di letti disponibili, occupati, pubblici, privati convenzionati o non convenzionati.

Fatta questa non trascurabile premessa e ipotizzando – in assenza di certezza- che si parli della stessa spesa, cioè la pubblica, veniamo al caso in esame: il Rapporto HC at Glance 2024 dell'OCSE attribuisce all'Italia una spesa per la sanità pari a circa il 7% del PIL e alla Germania quasi l'11 %.

Da questa dichiarata differenza parte la sirena (usatissima come strumento di battaglia politica, giornalismo di inchiesta non sempre imparziale e nelle ospitate TV) sul supposto sottofinanziamento del nostro Servizio.

Ma il paragone non sta in piedi perché i SSN dei due Paesi sono assolutamente diversi sia nei contenuti che nella forma di finanziamento che li alimenta.

Circa i contenuti – per fare solo un esempio -ricordiamo che da noi i servizi sociosanitari sono erogati con una organizzazione frammentata tra Stato Regioni e Comuni per cui non tutto il sociosanitario ricade nella spesa del SSN, mentre in Germania lo è in grandissima parte.

Circa il finanziamento: da noi il SSN è basato sul modello Beveridge cioè finanziato principalmente (sintetizzo per semplicità) attraverso le tasse, mentre in Germania (modello Bismark) lo stesso è alimentato in grandissima parte dalle Assicurazioni.

Il che vuol dire che da noi, a parte qualche limitato ticket, le prestazioni sono gratuite o meglio già pagate tramite le tasse: e che lo sono (gratis) purtroppo completamente per i moltissimi evasori (dato 2019, temo non migliorato, tra il 10 ed il 13% del nostro PIL contro il 3% che si verifica in Germania) i quali tra l'altro indeboliscono il finanziamento del SSN.

In Germania il Servizio si basa – come detto- su un modello assicurativo obbligatorio in base al quale i cittadini sono chiamati a sottoscrivere un'assicurazione che può essere pubblica o privata.

Riferendoci a quella pubblica (sempre sintetizzando) il cittadino paga per il Servizio circa l'8% del proprio reddito (in aggiunta alle tasse ovvio, tasse il cui livello è molto simile al nostro) mentre il suo datore di lavoro ne paga un altro 7% (circa il doppio della quota stimata dei contributi INPS in Italia dedicata alla sanità).

Poiché secondo l'ISTAT/OCSE la componente reddito di lavoro del PIL in Italia è circa il 40% dello stesso, se i cittadini italiani dovessero pagare per i Servizi sanitari (come in Germania) l'8% di questa quota direttamente e un altro 3,5 tramite datore di lavoro, il ns SSN, oltre alle tasse, disporrebbe di un ulteriore finanziamento (calcolato su quel 40% circa) pari ad oltre il 4 % del PIL.

Che, sommato alla quota già considerata dalle statistiche su citate, porterebbe il valore in percentuale del nostro PIL destinato alla sanità pari o addirittura superiore a quello tedesco.

Ed è possibile (sprechi a parte cui alludo in chiusura) che a maggior finanziamento corrispondano – anche se non è detto - servizi migliori.

Per fare un solo esempio: quelli che da noi sono chiamati MMG in Germania sono retribuiti sulla base di prestazioni erogate a differenza dell'Italia ove gli MMG sono retribuiti semplicemente sulla base del numero di assistiti. Facile ipotizzare che ciò costituisca un incoraggiamento a rendere migliori servizi.

Sarebbe giusto infine considerare il gioco della deducibilità dalle tasse delle spese per la sanità in Italia e in Germania: lascio questa ulteriore valutazione agli Enti che studiano queste tematiche con mezzi decisamente superiori ai miei.

Circa la gestione dei fondi, al di là del paragone con la Germania, ho già espresso nel precedente articolo la mia opinione e cioè che non abbiamo sufficiente capacità manageriale e organizzativa di gestire queste somme, sicuramente sufficienti se utilizzate a dovere (magari, per esempio, senza premiare i DG se le loro Aziende hanno chiuso i conti in pesante rosso).

Il Libro Bianco di ISPE-Sanità già nel 2014 calcolava in oltre 17 miliardi di € il valore della inefficienza e degli sprechi, cifra che -secondo il Rapporto- avrebbe raggiunto già in quell'epoca i 23 miliardi incluso la corruzione.

Ho ovviamente ascoltato recentemente con grande soddisfazione e totale condivisione un Personaggio autorevolissimo e certamente informato (il Senatore Francesco Zaffini, Presidente della Commissione X del Senato, che si occupa tra l'altro di sanità) in apertura della manifestazione sul PNHTA per i dispositivi medici 2023-2025, dichiarare che oggi mettere soldi nella sanità è come mettere acqua in un serbatoio bucato, se non si agisce sul controllo della spesa degli investimenti degli esisti e della appropriatezza.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=126533

Spesa sanitaria. Finita la pandemia sono finiti gli aumenti di risorse.

Oms: nel 2022 quella pubblica pro capite è scesa in tutti i Paesi

Se ne parla nel documento “Global spending on health: Emerging from the pandemic”, pubblicato in occasione della Giornata della Copertura Sanitaria Universale (Uhc Day), celebrata ogni anno il 12 dicembre. Il tema del 2024 è il miglioramento della protezione finanziaria per garantire l'accesso ai servizi sanitari.

12 DIC -

Una riduzione della spesa media pro capite in sanità da parte dei governi in tutti i gruppi di reddito nel 2022 rispetto al 2021, dopo l'impennata registrata negli anni iniziali della pandemia. A evidenziarla il [rapporto](#) globale sulle spese sanitarie 2024 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, intitolato “Global spending on health: Emerging from the pandemic”, pubblicato in occasione della Giornata della Copertura Sanitaria Universale (Uhc Day), celebrata ogni anno il 12 dicembre. Il tema del 2024 è il miglioramento della protezione finanziaria per garantire l'accesso ai servizi sanitari.

Dopo il picco all'inizio della pandemia di Covid-19, la spesa sanitaria globale aggregata è scesa nel 2022 a 9,8 trilioni di dollari Usa, ovvero il 9,9% del prodotto interno lordo (PIL) globale, il primo calo della spesa sanitaria globale in termini reali dal 2000. In tutti i gruppi di reddito dei paesi, ad eccezione dei paesi a reddito medio-basso, la spesa sanitaria media pro capite nel 2022 è diminuita in termini reali rispetto al 2021.

Secondo l'Oms, il disimpegno dei governi nel dare priorità alla spesa sanitaria potrebbe avere gravi conseguenze, soprattutto considerando che 4,5 miliardi di persone nel mondo non hanno accesso a servizi sanitari di base e 2 miliardi affrontano difficoltà economiche a causa delle spese sanitarie. “Mentre l'accesso ai servizi sanitari è migliorato a livello globale, il loro utilizzo sta spingendo sempre più persone verso difficoltà finanziarie o la povertà. La Giornata della Copertura Sanitaria Universale è un promemoria che la salute per tutti significa che ognuno può accedere ai servizi di cui ha bisogno senza difficoltà economiche”, ha dichiarato il direttore generale dell'Oms, **Tedros Adhanom Ghebreyesus**.

Proteggere le persone dalle difficoltà finanziarie legate ai costi sanitari diretti è fondamentale per raggiungere l'obiettivo di “salute per tutti”. Tuttavia, il rapporto dell'Oms rivela che le spese a carico dei cittadini rimangono la principale fonte di finanziamento della sanità in 30 paesi a basso e medio reddito. In 20 di questi paesi, più della metà della spesa sanitaria totale è coperta direttamente dalle tasche dei pazienti, alimentando un circolo vizioso di povertà e vulnerabilità. Anche nei paesi ad alto reddito, i pagamenti diretti possono portare a difficoltà economiche e a bisogni sanitari non soddisfatti, in particolare tra le famiglie più povere. I dati più recenti mostrano che in oltre un terzo dei paesi ad alto reddito, più del 20% della spesa sanitaria totale è a carico dei cittadini. In occasione della Giornata, l'Oms esorta i leader mondiali a rendere la Uhc una priorità nazionale e a eliminare l'impovertimento dovuto alle spese sanitarie entro il 2030. Tra le strategie efficaci suggerite figurano la riduzione o l'eliminazione dei costi per gli utenti più bisognosi, l'adozione di leggi per proteggere le persone dalle spese sanitarie impoverenti e l'istituzione di meccanismi di finanziamento pubblico per coprire l'intera popolazione.

Durante la pandemia di Covid-19 (2020-2022), la spesa pubblica per la sanità – principalmente attraverso i bilanci governativi – ha permesso ai sistemi sanitari di rispondere rapidamente all'emergenza. Ciò dimostra l'importanza dei bilanci pubblici nel finanziare interventi sanitari collettivi, specialmente durante le emergenze. I fondi governativi hanno garantito maggiore protezione alle persone e salvato molte vite. Ma nel periodo post-pandemico, i governi si trovano a un bivio: devono rafforzare la resilienza dei sistemi sanitari contro future minacce sanitarie e, al contempo, rispondere alle esigenze sanitarie delle loro popolazioni in un contesto economico difficile.

Un elemento chiave per prendere decisioni migliori sugli investimenti futuri nella sanità è la disponibilità di dati tempestivi e affidabili sul livello e sul modello di spesa sanitaria. Da 25 anni, il programma di monitoraggio della spesa sanitaria globale dell'Oms è un punto di riferimento per la raccolta e la diffusione di informazioni critiche a livello nazionale e globale. Tra i principali risultati di questo programma figurano la creazione del Global Health Expenditure Database, la più ricca fonte di dati sulle spese sanitarie che copre oltre 190 paesi dal 2000, e la pubblicazione annuale del rapporto sulle spese sanitarie globali dal 2017. Questi strumenti promuovono una politica informata, la trasparenza e la responsabilità a livello mondiale.

La Giornata della Copertura Sanitaria Universale 2024 offre anche una piattaforma per una discussione cruciale sui progressi e le sfide legate alla Uhc. Dall'11 al 13 dicembre, rappresentanti sanitari nazionali, responsabili degli uffici dell'Oms e consulenti politici sanitari di oltre 125 paesi si riuniscono a Lione, in Francia, per fare il punto sulla situazione e definire le priorità per il prossimo triennio della Uhc Partnership (2025-2027). La Uhc Partnership è l'iniziativa di punta dell'Oms per la cooperazione internazionale sulla Uhc, sostenuta da partner come l'Unione Europea, Belgio, Canada, Francia, Germania, Irlanda, Giappone e Regno Unito. Questa collaborazione mira a sostenere azioni concrete per garantire che tutti, ovunque, possano accedere ai servizi sanitari essenziali senza difficoltà economiche.

Rapporto CENSIS 2024



Censis: balzo spesa sanitaria privata pro capite in 10 anni (+23%), 44 miliardi nel 2023

“Molti conti non tornano nel sistema-Italia e molte equazioni rimangono irrisolte”.

Lo scrive il Censis nel 58° Rapporto sulla situazione sociale del Paese, evidenziando come l'attuale ciclo dell'occupazione volge al positivo nonostante i segnali non incoraggianti che provengono dall'andamento del Pil.

La media dei primi sei mesi dell'anno si è attestata a 23.878.000 occupati, con un incremento di un milione e mezzo di posti di lavoro acquisiti rispetto all'anno nero della pandemia e una variazione positiva rispetto al 2007 del 4,6%.

Per il Censis, la 'dinamica disgiunta' che in questi mesi ha contraddistinto l'occupazione da una parte e la crescita economica dall'altra (debole quest'anno e prevedibilmente anche nel 2025) alimenta il sospetto che nel mercato del lavoro si sia creata una sorta di 'bolla': infatti, soltanto alla fine del 2023 è stato superato il valore del Pil antecedente al 2008, il reddito disponibile lordo pro-capite delle famiglie segnava ancora un -7,7% nel 2023 rispetto al 2007, e nei primi otto mesi del 2024 le esportazioni hanno riportato una flessione su base annua dello 0,6% e si è registrata una caduta della domanda nei nostri principali clienti, come gli Stati Uniti, la Germania e la Francia.

Aumenta la spesa privata nella sanità: +23% dal 2010

Secondo il rapporto del Censis negli ultimi dieci anni, tra il 2013 e il 2023, si è registrato un balzo del 23% in termini reali della spesa sanitaria privata pro-capite, che nell'ultimo anno ha superato complessivamente i 44 miliardi di euro. Inoltre, al 62,1% degli italiani è capitato almeno una volta di dover rinviare un check up medico, accertamenti diagnostici o visite specialistiche perché la lista di attesa negli ambulatori del Servizio sanitario nazionale era troppo lunga e il costo da sostenere nelle strutture private era considerato troppo alto. Al 53,8% è capitato, in presenza di problemi di salute, di dover fare ricorso ai propri risparmi per pagare le prestazioni sanitarie necessarie. E il 78,5% dichiara che, in caso di problemi di salute, teme di non poter contare sulla sanità pubblica.

Italia a corto di professionisti sanitari

Secondo il Censis, inoltre, sono di difficile reperimento per esiguità di candidati under 29 il 34,1% delle figure professionali intellettuali, scientifiche e di elevata specializzazione e il 33,3% delle professioni tecniche. Nel 38,9% dei casi non si riescono a trovare giovani che vogliano fare gli artigiani, gli agricoltori o gli operai specializzati. Introvabili gli specialisti e tecnici della salute, anche nel comparto della sanità privata. Il ridotto numero di candidati riguarda ben il 70,7% della domanda di lavoro per infermieri e ostetrici, il 66,8% per i

farmacisti e il 64,0% delle posizioni aperte per il personale medico. Inoltre, mancano all'appello candidati per il 34,6% delle professioni sanitarie riabilitative e per il 43,6% delle professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali, tra cui massaggiatori e operatori socio-sanitari.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-12-06/censis-balzo-spesa-privata-pro-capite-10-anni-23percento-44-miliardi-2023-132613.php?uuid=AG1ikEbB&cmpid=nlqf>



Il capitolo «Lavoro, professionalità, rappresentanze» del 58° Rapporto Censis sulla situazione sociale del Paese/2024

Roma, 6 dicembre 2024 – **Il miglior posto dove lavorare.**

Nell'industria, dopo i picchi toccati nel quarto trimestre del 2023, quando il tasso dei posti vacanti ha toccato il 2,4%, il dato si è riportato intorno al 2,0% nel primo semestre di quest'anno.

Anche nel terziario la pressione della domanda di lavoro è stata particolarmente alta nella seconda parte del 2022 e nella prima parte del 2023, con un tasso di posti vacanti del 2,3%, mentre ora si attesta intorno al 2,0%.

La ricerca del miglior posto dove lavorare ha assunto una dimensione diffusa che ha costretto una parte delle imprese a una serrata competizione nelle modalità di attrazione e costruzione dei nuovi rapporti di lavoro, con un ritorno di centralità del ruolo dei responsabili delle risorse umane, divenuti in breve tempo esperti di benefit, organizzatori di smart working, promotori di strategie di diversity & inclusion.

Nuovi segnali per l'occupazione dei giovani.

La forte spinta occupazionale dell'ultimo triennio è ben visibile nei dati sugli occupati nella fascia d'età 15-29 anni, che raggiungono la soglia dei 3 milioni (+206.000 dal 2019), di cui circa 1,8 milioni maschi e 1,2 milioni femmine. Il primo semestre del 2024 mostra un ulteriore aumento dello 0,4% dei giovani occupati.

Di riflesso, il tasso di disoccupazione giovanile si è ridotto al 16,7% nel 2023 (5,6 punti in meno rispetto al 2019). Secondo i dati più recenti del 2024 il tasso di disoccupazione giovanile è sceso al 15,4%.

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

Le sfide di un sistema fragile: il lavoro domestico.

Nel 2024 il settore del lavoro domestico ha subito una crisi significativa, con una perdita di circa 140.000 posti di lavoro regolari negli ultimi due anni. Si era scesi dai 921.903 lavoratori regolari del 2014 agli 860.818 del 2019.

Con la pandemia c'è stato un aumento a 950.565 lavoratori nel 2020, per poi tornare a scendere a 833.874 nel 2023.

Questa contrazione è stata accompagnata da un aumento dell'occupazione irregolare, causato principalmente dall'insostenibile incremento dei costi a carico delle famiglie.

Un aspetto significativo riguarda la composizione della forza lavoro. Dal 2014 al 2020 il numero di lavoratori italiani è cresciuto, passando da 216.130 a 295.300, per poi stabilizzarsi a 259.689 nel 2023.

Nello stesso periodo i lavoratori stranieri sono diminuiti, passando da 705.773 nel 2014 a 574.185 nel 2023, dopo aver raggiunto un picco di 655.265 nel 2020.

La maggior parte dei lavoratori stranieri si concentra nel Nord e nel Centro Italia, mentre nel Sud e nelle isole prevalgono i lavoratori italiani (circa 99.000 contro 82.000 stranieri).

Secondo una indagine del Censis, l'80,0% delle famiglie che hanno usufruito del click day previsto dal «decreto flussi» per il settore domestico ha giudicato insufficienti le 9.500 quote disponibili, il 36,7% ha segnalato tempi di attesa troppo lunghi, il 26,7% ha lamentato problemi tecnici sul portale del Ministero dell'Interno e il 16,7% ha giudicato la procedura troppo complessa.

Solo il 4,8% delle famiglie ha ritenuto efficace la procedura, mentre il 71,7% ha dichiarato di non essere a conoscenza dell'iniziativa.

Disparità di genere e differenze retributive nel mercato del lavoro.

Nel 2024 l'Italia ha perso 8 posizioni nel Global Gender Gap Index del World Economic Forum, classificandosi all'87° posto.

Questo arretramento mette in evidenza le persistenti disuguaglianze di genere, in particolare nel mondo del lavoro, dove il gender pay gap continua a rappresentare un problema significativo.

Secondo i dati dell'Inps relativi al 2022, le donne nel settore privato guadagnano in media il 30,2% in meno rispetto agli uomini, con variazioni significative a seconda delle qualifiche.

Il divario salariale raggiunge il 40,5% tra gli operai, il 33,7% tra gli impiegati e rimane rilevante tra i dirigenti, sebbene si riduca al 23,2%. Anche tra gli apprendisti, con un gap del 14,8%, emerge chiaramente come le disuguaglianze di genere si manifestino fin dalle prime fasi della carriera.

Un recente studio del Censis sull'avvocatura italiana ha rivelato che il reddito medio degli uomini supera di oltre il doppio quello delle donne, con una differenza di circa 30.580 euro all'anno.

la generativa e lavoro: miglioramento o rischio?

Una indagine del Censis realizzata nel mese di settembre del 2024 mostra che attualmente quasi un quarto dei lavoratori italiani utilizza nelle sue diverse forme l'ia nelle proprie mansioni lavorative: il 27,7% per la stesura di report, il 24,6% per l'invio di messaggi, il 23,3% per la scrittura di e-mail di lavoro, il 18,5% per creare curriculum e lettere di presentazione.

L'ia viene utilizzata maggiormente dalle generazioni più giovani: il 35,8% nella fascia 18-34 anni per la stesura di report, il 27,8% per scrivere e-mail.

I dati raccolti nel 2024 dalla Cassa Forense e dal Censis indicano che il 47,4% degli avvocati considera l'ia un ottimo strumento per le ricerche legali, ma non in grado di sostituire il professionista.

L'11,3% ne sottolinea l'utilità nella gestione dei grandi volumi di dati. Tuttavia, il 23,7% esprime la preoccupazione che i clienti possano utilizzare direttamente l'ia senza il supporto di un avvocato, mentre l'8,4% vede rischi occupazionali e di sicurezza informatica legati a furti e manomissioni di dati.

<https://www.censis.it/formazione>

Considerazioni generali

1. Si torna a ragionare di crescita. Il nodo di come sostenere il progresso della società italiana non può più essere rinviato. Il Paese ha iniziato timidamente a considerare la possibilità di assimilare i processi emergenti e di costruire percorsi di crescita con essi coerenti, perché è emerso il deficit di padroneggiamento collettivo delle profonde trasformazioni che lo scorrere della storia impone alla società italiana, nei comportamenti quotidiani e negli investimenti a medio o a lungo rientro.
2. La trasformazione del comparto industriale, condizionata dalla fragilità di molte filiere globali e dal rallentamento dei principali attori europei, in un quadro di crescente incertezza internazionale (specie per effetto dell'aumento dei costi di molte materie prime), apre a processi di innovazione e di investimento. La spinta a fare impresa dei giovani e delle famiglie che li sostengono, nei settori tradizionali come in quelli avanzati, preme su segmenti economici via via più rilevanti. La rafforzata coscienza sociale della domanda per la tutela dei fragili, delle donne vittime di sopraffazione e di violenza, degli anziani non autosufficienti, dei poveri, chiama il volontariato e il mondo eterogeneo

del no profit a una profonda revisione strutturale degli assetti e delle forme della solidarietà non emergenziale. Non è senza significato che i richiami più alti e più critici risuonati più volte nell'ultimo anno per mettere in guardia dai rischi di una progressiva marginalizzazione dell'Italia e dell'Europa abbiano avuto in comune il timbro del dovere di umiltà, serietà, disciplina.

3. È alto il rischio che, dopo la vigorosa ripresa post-pandemia, peraltro eccezionalmente sostenuta dall'indebitamento pubblico, le prospettive di crescita dell'Italia si vadano rapidamente annuolando. Esiste forse una contraddizione tra sentire comune e logica, dove il primo afferma il primato dell'uscita dall'attesa e la seconda l'incapacità, se non l'impossibilità, di prendere una strada e percorrerla con il necessario vigore e le adeguate speranze.
4. Il paradosso è più politico che sociale. La via di una società ultrademocratica – “poliarchica”, scriveva il Censis negli anni '90 del secolo scorso –, in cui si governa, o almeno si concertano le scelte di governo, con i grandi soggetti collettivi, non ha funzionato. Dopo tanti anni di protagonismo politico, le tante forme di autogoverno nei sottosistemi sociali e territoriali, dei sindacati, delle associazioni di categoria, delle amministrazioni locali e regionali, sono rimaste come fumo in aria. Allo stesso modo, non hanno funzionato le ipotesi di un governo per carisma, per sovrabbondanza di poteri, per esercizio di capipopolo che decidono per tutti battendo i pugni sul tavolo. In mezzo, le abbiamo provate tutte: i governi tecnici, dei migliori o di transizione; i governi sovranisti o populistici; la devoluzione dei poteri e l'autonomia differenziata; l'antipolitica asfaltante. Si sono alternati miti e speranze della programmazione e delle riforme, senza rimuovere le incrostazioni del passato. Il corpo sociale, invece, anche in una società fragile e slabbrata, segue sempre una sua logica e tende a riportare a regime l'ingovernabile motore della crescita e dello sviluppo.
5. Dentro l'oscillare di continuità e cambiamento, di attesa e di trasformazione, di cinismo individualista e di coesione collettiva, in una complessità temporale povera di regole, come sempre il respiro sociale cerca un proprio ritmo per esercitare le proprie intenzioni. In questo anno difficile, e dopo un così lungo tempo trascorso nell'attesa, bisogna prendersi il rischio di andare oltre.
6. Dopo anni – ormai più di un quindicennio – in cui la società italiana è rimasta alla finestra, si affacciano all'orizzonte un nuovo scenario mondiale e un nuovo scenario tecnologico nei quali le barche non salgono e non scendono più tutte con la stessa marea.
7. In larghissima maggioranza, gli italiani tuttavia galleggiano, nonostante tutto e come sempre. Galleggiare abilmente non ci protegge però da una lunga serie di inconvenienti. Nell'acqua insipida è più difficile restare a galla: se il fluido nel quale siamo immersi cambia densità, o aumentiamo lo sforzo o andiamo giù. Se l'acqua via via diminuisce di livello, non affondiamo ma smettiamo anche di galleggiare e la parte immersa viene alla luce (e scopre i suoi difetti). Se le distanze tra gli uni e gli altri aumentano, perché intorno vediamo sempre meno famiglie e imprese che competono, l'adattamento resta a responsabilità individuale e smette di essere qualità collettiva, e sempre di meno saranno gli abili al galleggiamento. Fuor di metafora, sembra si possa dire che è vero che abbiamo resistito bene alle crisi, ma è venuto il momento di prendere atto che tutto questo non basta più.
8. La nostra società è molto più meticciosa di quanto si dica, avvezza a mescolare valori e significati, persone e comportamenti. Un po' occidentale e un po' mediterranea, levantina e mediorientale, contadina e cibernetica, poliglotta e dialettale, mondana e plebea. Non siamo più una società in corsa tuonante per lo sviluppo, ma nemmeno siamo diventati un popolo di poveri diavoli destinati a rimanere miserabili.
9. In questi mesi, le nazioni europee più grandi e avanzate hanno mostrato molte fragilità in campo economico e sociale, come nell'espressione di leadership finanziaria, industriale, amministrativa. Ma l'Italia è un Paese antico, dove però è difficile tratteggiare una identità collettiva. Emerge l'immagine

di un popolo polverizzato e con uno scarso senso della storia, comunque alla ricerca di una identità collettiva che riassume in sé la lunga stagione della competizione delle identità individuali.

10. In un Paese che sente l'affanno del rimettersi in movimento, che rimette in gioco le sue dimensioni intermedie, che depotenzia le spinte imitative, che prova a muovere l'acqua non solo per galleggiare e sopravvivere, ma anche per muoversi in nuove direzioni, resta l'antico vizio di una scarsità di direzione, di un'assenza di traguardi e di coraggio per affermarli. È faticoso dare direzione allo sviluppo, immaginare una rotta e seguire una tabella di navigazione. Fare politica è un esercizio alto, è l'arte del consenso e dell'interpretazione dei sentimenti e dei bisogni sociali, è un compito complesso di responsabilità e di immaginazione: significa leggere nel Paese lo sguardo nel futuro. Eppure, l'anno che si chiude lascia l'amaro sapore di una politica tutta giocata sul gusto non di fare, ma di essere politici.
11. In una società chiusa, la crescita o non c'è o è drammaticamente lenta. Lo sviluppo economico, sociale e del benessere personale matura e diviene concreto nelle società capaci di aprirsi al nuovo, di spezzare il recinto, di esplorare nuovi confini, di accogliere nuovi innesti, di correre nuovi pericoli. Quando, viceversa, a ciascun gruppo sociale non sono accessibili reali possibilità di mobilità, di avanzamento, di promozione individuale, una società resta intrappolata in sé stessa, si ripiega, aspetta. Una società aperta porta con sé dei rischi, per le istituzioni collettive e per la vita privata, e, con i rischi, porta anche preoccupazioni relative alla perdita di sicurezza, alle limitazioni alla redistribuzione delle rendite, all'ibridazione culturale. È un rischio che la nostra società non sembra disponibile ad assumersi, ma che, allo stesso tempo, non può permettersi di non correre, se vuole crescere e non più galleggiare.

<https://www.censis.it/sites/default/files/downloads/Sintesi%20Considerazioni%20generali%202024.pdf>

SINDROME ITALIANA

Intrappolati nella sindrome italiana

Tutto quello che conta davvero sembra accadere al di fuori dell'Italia: la guerra senza fine combattuta alle porte dell'Europa o il cruento conflitto scoppiato in Medio Oriente, i vincoli imposti da Bruxelles alle finanze pubbliche, le latenti decisioni della Bce sui tassi di sconto o la strisciante crisi politica che ghermisce l'Unione europea.

La conseguenza fisiologica è lo slittamento del discorso pubblico alla scala internazionale.

Per il 49,6% degli italiani il nostro futuro sarà condizionato dal cambiamento climatico e dai ricorrenti eventi atmosferici catastrofici, per il 46,0% dalla piega che prenderà la guerra in Medio Oriente, per il 45,7% dal rischio di crisi economiche e finanziarie globali, per il 45,2% dalle conseguenze dell'aggressione russa all'Ucraina, per il 35,7% dalle migrazioni internazionali, per il 31,0% dalla guerra commerciale e dalle tensioni geopolitiche tra Stati Uniti e Cina, per il 26,1% dagli stravolgimenti prodotti dalle innovazioni tecnologiche (fig. 1).

Ci siamo risvegliati dall'illusione che il destino dell'Occidente fosse di farsi mondo. Viviamo invece in un mondo scosso da forti tensioni, in cui nessuno è contento di come il mondo è.

Un mondo risentito e minaccioso, in cui le insoddisfazioni dei leader e dei popoli si stratificano e si rinfocolano, introducendoci in un'era dello scontento globale. Il destino dell'Italia è inscritto nel solco del cambiamento d'epoca che investe le società europee e occidentali, ma con sue proprie specificità.

E se a prima vista il 2024 potrebbe essere ricordato come l'anno dei record per l'Italia (il record degli occupati e del turismo estero, ma anche il record della natalità, del debito pubblico e dell'astensionismo elettorale), un'analisi più approfondita, volta a collocare gli eventi congiunturali nell'alveo dei processi

lunghe di trasformazione della società italiana, ci consegna una immagine più aderente alla reale situazione sociale del Paese.

La sindrome italiana è la continuità nella medietà, in cui restiamo intrappolati: non registriamo picchi nei cicli positivi, non sprofondiamo nelle fasi critiche e recessive.

Nel medio periodo, i principali indicatori economici, ovvero il Pil, i consumi delle famiglie, gli investimenti, le esportazioni, l'occupazione, tendono a ruotare intorno a una linea di galleggiamento – senza grandi scosse, né in alto, né in basso – all'interno di un campo di oscillazione molto ampio, perimetrato dai valori massimi e minimi toccati dai Paesi europei (fig. 3).

Ci flettiamo come legni storti e ci rialziamo dopo ogni inciampo, senza ammutinamenti. Anche nella dialettica sociale, infatti, la sequela di disincanto, risentimento, frustrazione, senso di impotenza, sete di giustizia, brama di riscatto, smania di vendetta ai danni di un presunto colpevole, così caratteristica dei nostri tempi, non è sfociata in violente esplosioni di rabbia.

Ma il lento andare nel tempo dell'economia ha sancito definitivamente che la spinta propulsiva verso l'accrescimento del benessere si è smorzata.

Nel ventennio 1963-1983 il valore del Pil, espresso in euro attuali, era raddoppiato, crescendo complessivamente di 731 miliardi di euro (+117,1%); nei successivi vent'anni, tra il 1983 e il 2003, l'incremento si era ridimensionato a 656 miliardi di euro (+48,4%); ma negli ultimi due decenni, tra il 2003 e il 2023, l'aumento è stato solo di 117 miliardi di euro (+5,8%).

Negli intervalli di tempo considerati, il Pil pro-capite era aumentato di quasi 12.000 euro tra il 1963 e il 1983 (+96,7%), di oltre 11.000 euro tra il 1983 e il 2003 (+46,2%), di poco più di 1.000 euro tra il 2003 e il 2023 (+3,0%).

Di fatto, in vent'anni (nel periodo 2003-2023) il reddito disponibile lordo pro-capite delle famiglie italiane si è ridotto in termini reali del 7,0% e anche la ricchezza netta pro-capite delle famiglie è diminuita in un decennio (tra il II trimestre del 2014 e il II trimestre del 2024) del 5,5% (tab. 1).

Fig. 1 - Fenomeni globali che secondo gli Italiani condizionano il futuro del nostro Paese (vol. %)



Fonte: indagine Censis, 2024

Tab. 1 - Incrementi del Pil e del Pil pro-capite nel lungo periodo, 1963-2023 (euro ai prezzi del 2023 e var. % reale)

	Pil		Pil pro-capite	
	Diff. tra l'anno iniziale e l'anno finale del periodo (milioni di euro)	Var. % reale	Diff. tra l'anno iniziale e l'anno finale (euro)	Var. % reale
1963-1983	731.223	117,1	11.783	86,7
1983-2003	655.517	48,4	11.072	46,2
2003-2023	116.907	5,8	1.035	3,0

Fonte: stima Censis su dati Istat

La guerra delle identità

All'erosione dei percorsi di ascesa economica e sociale del ceto medio si sta accompagnando la messa in discussione dei grandi valori unificanti del passato modello di sviluppo (il valore irrinunciabile della democrazia e della partecipazione, il conveniente europeismo, il convinto atlantismo), come dimostrano (tab. 2):

- Il ritirarsi dalla vita pubblica, con un tasso di astensione che alle ultime elezioni europee del 2024 ha toccato un livello mai raggiunto prima nella storia repubblicana, pari al 51,7% (alle prime elezioni dirette del Parlamento europeo, nel 1979, l'astensionismo si fermò al 14,3%), e una diffusa indifferenza verso quegli strumenti della mobilitazione collettiva che un tempo erano ampiamente utilizzati, visto che il 55,7% degli italiani oggi considera inutili le manifestazioni di piazza e i cortei di protesta;
- La sfiducia crescente nei sistemi democratici, dal momento che l'84,4% degli italiani è convinto che ormai i politici pensino solo a sé stessi e il 68,5% ritiene che le democrazie liberali occidentali non funzionino più;
- L'opinione che l'Unione europea sia una sorta di guscio vuoto, inutile o dannoso, se il 71,4% degli italiani è convinto che, in assenza di riforme radicali e di cambiamenti sostanziali, sia destinata a sfasciarsi definitivamente;
- Il non riconoscersi più nelle grandi matrici valoriali unificanti del passato, poiché il 70,8% degli italiani esprime oggi un più o meno viscerale antioccidentalismo ed è pronto a imputare le colpe dei mali del mondo ai Paesi dell'occidente, accusati di essere stati arroganti per via del presunto universalismo dei propri valori, per cui si è voluto imporre il nostro modello economico e politico agli altri;
- Più precisamente, il 66,3% degli italiani attribuisce all'occidente – Usa in testa – la responsabilità delle guerre in corso in Ucraina e in Medio Oriente (non a caso, solo il 31,6% si dice d'accordo con il richiamo della Nato sull'aumento delle spese militari fino al 2% del Pil) e il 51,1% è persuaso che l'Occidente sia destinato a soccombere economicamente e politicamente dinanzi all'ascesa di Paesi come la Cina e l'India.

Ogni universalismo – ritenuto figlio illegittimo dell'etnocentrismo occidentale – è diventato sospetto, e adesso i movimenti del rimprovero non rimangono confinati entro elitarie conventicole di intellettuali: in molte case italiane sventola il vessillo dell'antioccidentalismo.

Se non si può più salire socialmente grazie alle capacità personali, all'impegno, al merito, allo studio e al lavoro, vivendo dentro una società proiettata verso la crescita, allora, in una società che invece ristagna, il desiderio di riconoscimento può – e deve – essere appagato spostando la partita in un altro campo da gioco: quello della rivalità delle identità. Si ingaggia una competizione a oltranza per accrescere il valore sociale delle identità individuali etnico-culturali, religiose, di genere o relative all'orientamento sessuale.

Nel nuovo contesto, le questioni identitarie tendono a sostituire le istanze delle classi sociali tradizionali e assumono una centralità inedita nella dialettica socio-politica. La contesa può dispiegarsi sul piano formale, nella ricerca della codificazione di un preciso status giuridico, altre volte si svolge su un piano squisitamente

simbolico, dentro una sempre più aspra dialettica sociale delle differenze, che implica l'adozione della logica "amico-nemico" (tab. 3):

- Il 57,4% degli italiani si sente minacciato da chi vuole radicare nel nostro Paese regole e abitudini contrastanti con lo stile di vita italiano consolidato, come ad esempio la separazione di uomini e donne negli spazi pubblici o il velo integrale islamico;
- Il 38,3% si sente minacciato da chi vuole facilitare l'ingresso nel Paese dei migranti;
- Il 29,3% vede come un nemico chi è portatore di una concezione della famiglia divergente da quella tradizionale;
- Il 21,8% avverte ostilità nelle persone che professano un'altra religione;
- La stessa inimicizia separa il 21,5% degli italiani dalle persone appartenenti a una etnia diversa, il 14,5% da chi ha un diverso colore della pelle, l'11,9% da chi ha un orientamento sessuale diverso.

Sono dati che rivelano il pericolo che il corpo sociale finisca per frammentarsi dentro la spirale attivata dalla costruzione di rigidi confini identitari, in cui le differenze si trasformano in fratture e potrebbero degenerare in un aperto conflitto.

Un solido ceto medio poteva neutralizzare le divergenze identitarie, stemperandole per mezzo di un'agenda sociale largamente condivisa.

Il suo indebolimento rende oggi il Paese non più immune al rischio delle trappole identitarie.

La mutazione morfologica della nazione

Mentre il dibattito politico si arrovella sui criteri normativi da adottare per regolare l'acquisizione della cittadinanza italiana, in una parte della popolazione ha messo radici la convinzione che esista una identità distintiva: secondo il 37,6% degli italiani (e il dato sale al 53,5% tra le persone in possesso di un basso titolo di studio) l'"italiano vero" discende da un ceppo morfologicamente definito, fonte originaria della identità nazionale (fig. 5).

Adirittura, il 13,7% (il 17,4% tra le persone meno scolarizzate) pensa che per essere italiani occorra poter esibire determinati tratti somatici.

Le persone meno istruite sono maggiormente propense a pensare l'italianità come una identità cristallizzata e immutabile, con inconfondibili radici primigenie, che tra i suoi fattori costitutivi comprenderebbe la diretta discendenza da italiani (per il 79,9%, a fronte del 57,4% riferito all'intera popolazione) e anche l'essere di fede cattolica (per il 62,2%, a fronte del 36,4% riferito all'intera popolazione) (tab. 5).

Invece, la realtà della società italiana odierna è segnata da dinamiche molto diverse. Basti pensare che negli ultimi dieci anni sono stati integrati quasi 1,5 milioni di nuovi cittadini italiani, che prima erano stranieri.

Può sorprendere constatare che l'Italia si colloca al primo posto tra tutti i Paesi dell'Unione europea per numero di cittadinanze concesse (213.567 nel 2023).

Con un numero molto più alto delle circa 181.000 acquisizioni in Spagna, delle 166.000 in Germania, delle 114.000 in Francia e delle 92.000 in Svezia, le acquisizioni di cittadinanza italiana nel 2022 ammontavano al 21,6% di tutte le acquisizioni registrate nei Paesi membri dell'Ue (circa un milione), e il nostro Paese è primo anche per il totale cumulato nell'ultimo decennio (+112,2% di acquisizioni di cittadinanza italiana tra il 2013 e il 2022).

La fabbrica degli ignoranti

Benché in Italia gli analfabeti propriamente detti siano ormai una esigua minoranza (solo 260.000), mentre i laureati sono aumentati fino a 8,4 milioni, ovvero il 18,4% della popolazione con almeno 25 anni (erano il 13,3% nel 2011), la mancanza di conoscenze di base rende i cittadini più disorientati e vulnerabili.

Non raggiungono i traguardi di apprendimento:

- In italiano, il 24,5% degli alunni al termine del ciclo di scuola primaria, il 39,9% al terzo anno della scuola media, il 43,5% all'ultimo anno della scuola superiore (negli istituti professionali quest'ultimo dato sale vertiginosamente all'80,0%);
- In matematica, il 31,8% alle primarie, il 44,0% alle medie inferiori e il 47,5% alle superiori (anche in questo caso il picco si registra negli istituti professionali con l'81,0%).

Si palesano profondi buchi di conoscenza in tutte le fasce di età anche in relazione a nozioni che si sarebbe tentati di dare per scontate (figg. 7-8):

- Con riferimento ai grandi personaggi e eventi della storia patria, il 55,2% degli italiani risponde in modo errato o non sa che Mussolini è stato destituito e arrestato nel 1943, il 30,3% (in questo caso il dato sale al 55,1% tra i giovani) non sa dire correttamente chi era Giuseppe Mazzini (per il 19,3% è stato un politico della prima Repubblica), il 30,3% non conosce l'anno dell'unità d'Italia, il 28,8% ignora quando è entrata in vigore la Costituzione;
- Con riferimento ai grandi personaggi e eventi della storia mondiale, il 49,7% degli italiani non sa indicare correttamente l'anno in cui è scoppiata la Rivoluzione francese, il 42,1% non conosce l'anno in cui l'uomo è sbarcato sulla Luna, il 25,1% ignora l'anno della caduta del muro di Berlino, il 22,9% non sa che Richard Nixon è stato un Presidente degli Stati Uniti (e non un grande calciatore inglese, come crede il 2,6%), il 15,3% non conosce Mao Zedong (o magari lo scambia per l'uomo più anziano del mondo, come fa l'1,9%) e, infine, il 13,1% non sa che cosa è stata la guerra fredda;
- Con riferimento ai grandi scrittori e poeti italiani, il 41,1% degli italiani crede erroneamente che Gabriele D'Annunzio sia l'autore de l'infinito oppure non sa dare una risposta in merito, per il 35,1% Eugenio Montale potrebbe essere stato un autorevole presidente del Consiglio dei ministri degli anni '50, il 18,4% non può escludere con certezza che Giovanni Pascoli sia l'autore de I promessi sposi e, infine, il 6,1% crede che il sommo poeta Dante Alighieri non sia l'autore delle cantiche della Divina Commedia;
- Con riferimento ai capolavori dell'arte italiana, il 35,9% degli italiani cade nell'abbaglio di considerare Giuseppe Verdi l'autore dell'inno di Mameli o comunque non ha una idea in proposito, invece per il 32,4% la Cappella Sistina potrebbe essere stata affrescata da Giotto o da Leonardo da Vinci, non da Michelangelo.

Si riscontra poi una preoccupante incapacità di collocare correttamente sulla carta geografica le città straniere, se il 23,8% degli italiani non sa che Oslo è la capitale della Norvegia, ma anche le città italiane, se il 29,5% non sa che Potenza è il capoluogo della Basilicata.

Le difficoltà di calcolo lasciano perplessi, se per il 12,9% degli italiani la moltiplicazione di 7 per 8 non fa necessariamente 56.

E l'ignoranza regna sovrana anche in merito ai meccanismi istituzionali, visto che più di un italiano su due (il 53,4%) non attribuisce correttamente il potere esecutivo al Governo, bensì al Parlamento o alla magistratura (tab. 8).

Sono dati che per molti italiani pongono il problema di una cittadinanza culturale ancora di là da venire.

E che lasciano prevedere una condizione di ignoranza diffusa anche nel prossimo futuro, quando le attuali giovani generazioni entreranno nella vita adulta e dovranno occupare posizioni di responsabilità.

L'ignoranza è una minaccia anche per la democrazia, se per i cittadini diventa difficile decodificare le proposte politiche, riconoscendo quelle fondate su presupposti falsi o con fini manipolatori.

Nel limbo dell'ignoranza (del resto, per il 5,8% degli italiani il "culturista" è una "persona di cultura") possono attecchire convinzioni irrazionali, pregiudizi antiscientifici, stereotipi culturali (fig. 9):

- Per più di un quarto degli italiani (il 26,1%) gli immigrati clandestini presenti oggi in Italia sarebbero 10 milioni;
- Il 20,9% è convinto che tramite la finanza gli ebrei dominano il mondo;
- Il 15,3% crede che l'omosessualità sia una patologia con origini genetiche;
- Il 13,1% ritiene che l'intelligenza delle persone dipenda dalla loro etnia;
- Per il 9,2% la propensione a delinquere avrebbe una base genetica (si nasce criminali, insomma);
- E per l'8,3% islam e jihadismo sono la stessa cosa.

Più lavoro, meno Pil

Molti conti non tornano nel sistema-Italia e molte equazioni rimangono irrisolte. Il primo caso – forse il più macroscopico – riguarda l'attuale ciclo dell'occupazione, che volge al positivo nonostante i segnali non incoraggianti che provengono dall'andamento del Pil.

La media dei primi sei mesi dell'anno si è attestata a 23.878.000 occupati, con un incremento di un milione e mezzo di posti di lavoro acquisiti rispetto all'anno nero della pandemia e una variazione positiva rispetto al 2007 del 4,6%.

La distanza tra il dato italiano e quello della media europea resta ancora significativa (8,3 punti percentuali in meno per il tasso di attività, 8,9 punti per il tasso di occupazione nel 2023).

Se oggi il nostro tasso di attività fosse uguale a quello europeo, si potrebbe disporre di più di 3 milioni di forze di lavoro aggiuntive, e se si raggiungesse il livello europeo del tasso di occupazione, sarebbe superata la soglia dei 26 milioni di occupati: 3,3 milioni in più di quelli del 2023 (tab. 9).

La dinamica disgiunta che in questi mesi ha contraddistinto l'occupazione da una parte e la crescita economica dall'altra (debole quest'anno e prevedibilmente anche nel 2025) alimenta il sospetto che nel mercato del lavoro si sia creata una sorta di bolla.

Infatti, soltanto alla fine del 2023 è stato superato il valore del Pil antecedente al 2008, il reddito disponibile lordo pro-capite delle famiglie segnava ancora un -7,7% nel 2023 rispetto al 2007, e nei primi otto mesi del 2024 le esportazioni hanno riportato una flessione su base annua dello 0,6% e si è registrata una caduta della domanda nei nostri principali clienti, come gli Stati Uniti, la Germania e la Francia.

Tab. 9 - Lo spazio per far crescere ancora l'occupazione: confronto dei tassi di attività e di occupazione in Italia e nell'Unione europea, 2023 (migliaia e val. %)

	Tasso di attività (15-64 anni)	Tasso di occupazione (15-64 anni)
Italia	66,7	61,5
Ue 27	75,0	70,4
<i>Italia (migliaia)</i>		
Forze di lavoro (15-64 anni)		24.766
Occupati (15-64 anni)		22.835
<i>Ipotesi 1: se l'Italia raggiungesse il tasso di attività medio dell'Ue 27 (75,0%)</i>		
Forze di lavoro (15-64 anni)		27.857
Differenza con le forze di lavoro (15-64 anni) attuali		3.091
<i>Ipotesi 2: se l'Italia raggiungesse il tasso di occupazione medio dell'Ue 27 (70,4%)</i>		
Occupati (15-64 anni)		26.148
Differenza con gli occupati (15-64 anni) attuali		3.313

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat e Eurostat

Il turismo su, l'industria giù

La produzione delle attività manifatturiere italiane è entrata in una spirale negativa: -1,2% nel confronto tra il 2019 e il 2023.

Nel breve termine, il raffronto dei primi otto mesi del 2024 con lo stesso periodo del 2023 fa registrare una caduta del 3,4%. Tra le attività in cui la frenata appare più netta si mettono in evidenza il tessile e l'abbigliamento (-20,5% nell'arco di quattro anni, -10,8% nel periodo gennaio-agosto 2023-2024) e il settore del legno e della carta (-15,8% in quattro anni).

La riduzione della produzione caratterizza tutti i settori del manifatturiero, l'eccezione dell'agroalimentare (+2,7% tra il 2019 e il 2023 e +1,8% nel confronto dei primi otto mesi) (tab. 10).

Invece, nel 2023 le presenze turistiche in Italia hanno raggiunto i 447 milioni, con un incremento del 18,7% rispetto al 2013.

L'aumento più evidente nel decennio è attribuibile alla componente estera (+26,7%), che ora si colloca sui 234 milioni di presenze, mentre il turismo domestico è comunque cresciuto a un tasso prossimo all'11% (tab. 14).

L'overtourism è particolarmente evidente in città come Roma, dove le presenze turistiche nel 2023 sono state pari a 37 milioni.

Tra i dieci comuni italiani maggiormente investiti dai flussi turistici, dopo Roma si piazza Venezia, con 12,6 milioni di presenze, anche se a ben guardare sulla città orbitano anche le quasi 7 milioni di presenze riferite al comune CavallinoTreporti, già ex circoscrizione del comune di Venezia, così come i 5,5 milioni di presenze nel comune di Jesolo o nel territorio di San Michele al Tagliamento e di Caorle, tutti comuni che rientrano nell'area metropolitana veneziana (fig. 14).

Se da più parti è stato ripetutamente segnalato che la causa della bassa crescita italiana degli ultimi vent'anni vada ricercata nei modesti risultati ottenuti sul piano della produttività, questa affermazione risulta senz'altro vera per le attività terziarie, che registrano nel periodo 2003-2023 una riduzione del valore aggiunto per occupato interno dell'1,2%.

Al contrario, l'industria mostra un progresso dell'indicatore pari a 10 punti percentuali.

Tab. 10 - La produzione industriale nella spirale negativa: andamento della produzione delle attività manifatturiere, 2019-2023 e gennaio-agosto 2023-2024 (var. %)

	Var. % 2019-2023	Var. % gennaio-agosto 2023-2024
Attività manifatturiere	-1,2	-3,4
Alimentari, bevande e tabacco	2,7	1,8
Tessile e abbigliamento	-20,5	-10,8
Legno e carta, stampa	-15,8	-1,8
Farmaceutica	13,2	-1,9
Computer ed elettronica	12,4	-3,1
Apparecchiature elettriche	5,4	-0,4
Macchinari	3,6	-4,5
Mezzi di trasporto	4,9	-8,5

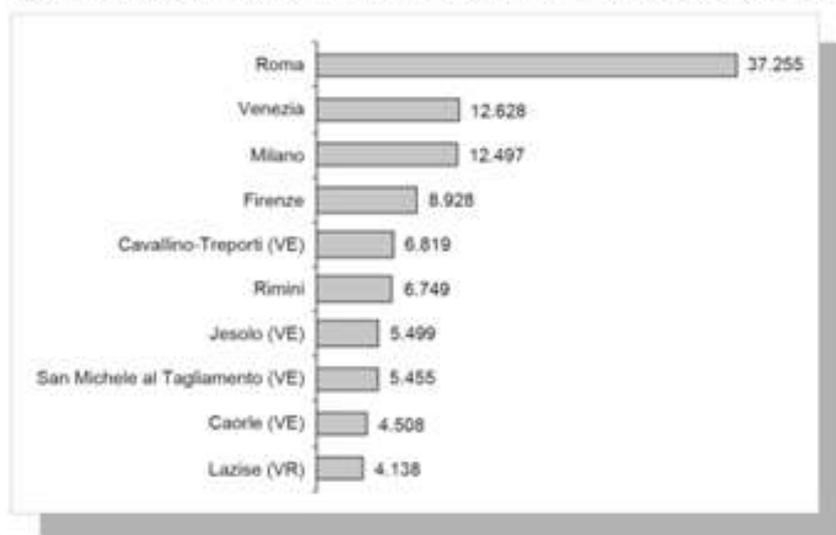
Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Tab. 14 - I numeri senza precedenti del turismo in Italia: le presenze turistiche per provenienza, 2013-2023 (v.a. e var. %)

Provenienza	2013	2023	Var. % 2013-2023
Italia	191.992.233	212.987.794	10,9
Paesi esteri	184.793.382	234.182.255	26,7
Totale	376.785.615	447.170.049	18,7

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Fig. 14 - Overtourism: i 10 comuni italiani con le più elevate presenze turistiche, 2023 (migliaia)



Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

L'Italia a corto di

I dati annuali sui fabbisogni di personale delle imprese private dei settori industriali e dei servizi evidenziano che tra il 2017 e il 2023 la quota di figure ritenute di difficile reperimento è passata dal 21,5% al 45,1% del

totale delle assunzioni previste, e soprattutto è aumentato il peso delle figure difficili da reperire per esiguità dei candidati (dal 9,7% del totale delle assunzioni previste del 2017 al 28,4% del 2023): fattore che, a partire dal 2021, è diventato la componente principale delle difficoltà di reperimento, superando la più tradizionale inadeguatezza dei candidati (nel 2023 quest'ultimo aspetto è riscontrato dalle imprese solo nel 16,7% dei casi).

Sono di difficile reperimento per esiguità di candidati under 29 il 34,1% delle figure professionali intellettuali, scientifiche e di elevata specializzazione e il 33,3% delle professioni tecniche. Nel 38,9% dei casi non si riescono a trovare giovani che vogliono fare gli artigiani, gli agricoltori o gli operai specializzati (fig. 15).

Specialisti e tecnici della salute sono ormai la primula rossa del mercato del lavoro, anche nel comparto della sanità privata. Il ridotto numero di candidati riguarda ben il 70,7% della domanda di lavoro per infermieri e ostetrici, il 66,8% per i farmacisti e il 64,0% delle posizioni aperte per il personale medico. Inoltre, mancano all'appello candidati per il 34,6% delle professioni sanitarie riabilitative e per il 43,6% delle professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali, tra cui massaggiatori e operatori socio-sanitari.

Ristoratori e albergatori non riescono a trovare soprattutto cuochi (in questo caso il tasso di irreperibilità per ridotto numero di candidati è salito al 39,1% nel 2023) e camerieri (35,3%).

La carenza di candidati riguarda anche gli idraulici (il 47,7% delle assunzioni previste) e gli elettricisti (40,2%) –, ma la penuria di operai specializzati investe con analogo intensità anche il comparto industriale in senso stretto: il ridotto numero di candidati penalizza il 40,6% delle assunzioni programmate di operai metalmeccanici specializzati e installatori/manutentori di attrezzature elettriche ed elettroniche, mentre mancano candidati sufficienti per ricoprire il ruolo di conduttori di veicoli o macchinari mobili e di sollevamento nel 38,5% dei casi (tab. 15).

Fig. 15 - Figure professionali di difficile reperimento a causa del ridotto numero di candidati, nel complesso e per assunzioni di under 29 anni, 2017-2023 (val. %)



Fonte: elaborazione Censis su dati Unioncamere e Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali

Il divorzio tra città e campagne

Si acuisce il problema della rarefazione dei servizi (pubblici e privati) e delle infrastrutture di coesione sociale presenti sul territorio.

Se mediamente in Italia le famiglie che sperimentano difficoltà per raggiungere una farmacia sono il 13,8% del totale (3,6 milioni) e per accedere a un Pronto soccorso sono il 50,8% (13,3 milioni), nel caso dei residenti in comuni fino a 2.000 abitanti le difficoltà riguardano rispettivamente il 19,8% e il 68,6% delle famiglie.

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

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

Più di un quinto trova difficile raggiungere un negozio di generi alimentari o un mercato, ma per il 54,9% delle famiglie che vivono nei piccoli comuni anche l'accesso a un supermercato può rivelarsi tutt'altro che semplice (tab. 21).

Tab. 21 - Famiglie che dichiarano difficoltà a raggiungere alcuni tipi di servizi, 2023 (migliaia e val. %)

	Famiglie (migliaia)	Val. % sul totale delle famiglie	Val. % sulle famiglie residenti in comuni fino a 2.000 abitanti
Farmacie	3.615	13,8	19,8
Pronto soccorso	13.309	50,8	68,6
Polizia, Carabinieri	8.162	31,2	37,8
Uffici comunali	8.130	31,0	17,5
Negozi di generi alimentari, mercati	5.298	20,2	37,8
Supermercati	6.342	24,2	54,9

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Le ipoteche sul welfare

La minore efficacia del welfare pubblico, che incide negativamente sul benessere e sulla qualità della vita delle famiglie, e in definitiva sulla coesione sociale, è testimoniata da una fenomenologia inequivocabile.

Negli ultimi dieci anni, tra il 2013 e il 2023, si è registrato un balzo del 23,0% in termini reali della spesa sanitaria privata pro-capite, che nell'ultimo anno ha superato complessivamente i 44 miliardi di euro. Inoltre, al 62,1% degli italiani è capitato almeno una volta di dover rinviare un check up medico, accertamenti diagnostici o visite specialistiche perché la lista di attesa negli ambulatori del Servizio sanitario nazionale era troppo lunga e il costo da sostenere nelle strutture private era considerato troppo alto.

Al 53,8% è capitato, in presenza di problemi di salute, di dover fare ricorso ai propri risparmi per pagare le prestazioni sanitarie necessarie.

E il 78,5% dichiara che, in caso di problemi di salute, teme di non poter contare sulla sanità pubblica (fig. 17).

Anche la configurazione del comparto previdenziale pone una seria ipoteca sul futuro degli italiani: non a caso, il 75,7% pensa che non avrà una pensione adeguata quando lascerà il lavoro per raggiunti limiti di età (in particolare, è l'89,8% dei giovani ad avere questa certezza).

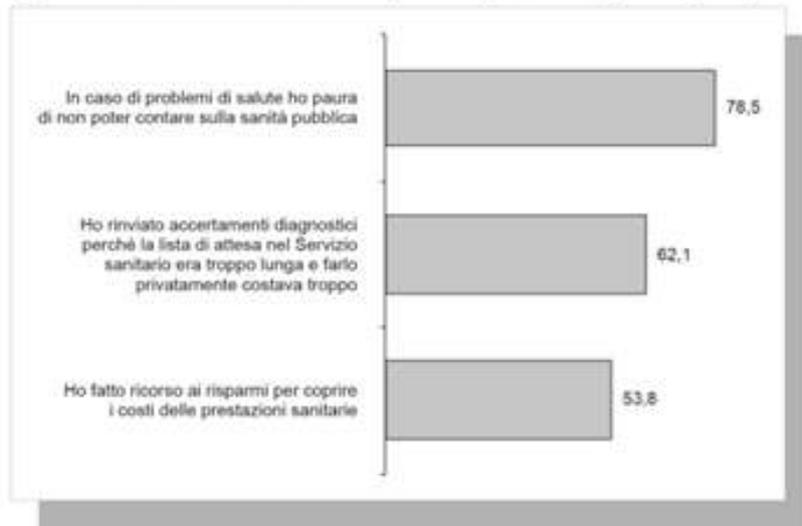
E la non autosufficienza, che attualmente coinvolge circa 3 milioni di persone, destinate ad aumentare in modo consistente nel futuro, vista la relazione diretta con l'invecchiamento demografico, è percepita già oggi come una condizione che grava del tutto sulle proprie spalle.

Non sorprende pertanto che il 75,0% degli italiani teme che i propri risparmi non basteranno in caso di non autosufficienza.

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

Il welfare sembra destinato a perdere quel carattere di universalismo delle origini, inclusivo e coesivo, perché ormai taglia fuori di fatto porzioni crescenti del ceto medio, obbligate a sostenere il costo fiscale del welfare, ma spesso costrette a fronteggiare le avversità della vita tramite risorse proprie.

Fig. 17 - L'inefficiacia del Servizio sanitario: esperienze e percezioni degli Italiani (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2024

FENOMENOLOGIA DEL CHIAROSCURO

Giovani: i disagiati e i salvati

Il 58,1% dei giovani di 18-34 anni si sente fragile, il 56,5% si sente solo e il 69,1% ha bisogno di sentirsi assicurato (tab. 23). Si tratta di stati d'animo legati all'incertezza, alla paura di non farcela, alle difficoltà sperimentate nel reggere il confronto con i pari. Se vissuti di frequente, possono sfociare in frustrazione, stati d'ansia, attacchi di panico, depressione o disturbi alimentari.

Infatti:

- Il 51,8% dei giovani dichiara di soffrire di stati d'ansia o depressione, contro il 40,8% delle persone di età compresa tra i 35 e i 64 anni e il 19,0% degli ultrasessantacinquenni;
- Il 32,7% dei 18-34enni afferma di soffrire di attacchi di panico, a fronte del 23,8% degli adulti e del 4,2% degli anziani;
- Il 18,3% dei giovani esprime con il corpo il proprio malessere e denuncia di soffrire di disturbi del comportamento alimentare, come anoressia e bulimia, mentre la quota scende al 12,8% tra gli adulti e all'8,2% tra gli anziani.

Di fronte alla manifestazione di questa sintomatologia, che solo in alcuni casi arriva a sfociare in una vera e propria patologia, ma che comunque dà il senso di quanti giovani non stiano bene con sé stessi e con gli altri:

- un giovane su tre (il 29,6% del totale) dichiara di essere andato in cura da uno psicologo, mentre tra gli adulti la percentuale scende al 17,9% e tra gli anziani si ferma ad appena l'1,9%;
- e – un dato ancora più preoccupante
- il 16,8% assume sonniferi o psicofarmaci. Sarebbe in ogni caso sbagliato partire dai dati sul disagio per dipingere nuove generazioni fatte esclusivamente di giovani soli, fragili, impauriti, che non hanno fiducia in sé stessi e diffidano degli altri, che hanno bisogno del supporto di specialisti o di farmaci per affrontare la vita quotidiana.

C'è anche una maggioranza silenziosa fatta di giovani che studiano, lavorano, sono soddisfatti della propria vita e mettono in gioco strategie individuali di restanza o rilancio per assicurarsi un futuro migliore, in Italia o all'estero.

Alcuni numeri sono utili per rappresentare l'investimento su sé stessi e sulle proprie competenze che moltissimi giovani stanno facendo (tav. 1):

- In Italia gli occupati tra i 25 e i 34 anni di età sono 4.187.000: di questi, 1.392.000 (il 31,7% del totale) sono laureati. Si tratta di una quota in crescita di anno in anno, aumentata del 14,0% dal 2019 a oggi;
- Il 19,3% dei dirigenti di aziende private e amministrazioni pubbliche ha meno di 40 anni;

▪ Nel terzo trimestre del 2024 sono quasi 200.000 i titolari e soci d'impresa con meno di 30 anni. Nello stesso periodo si contano 2.208 start up innovative, vale a dire imprese ad alto contenuto tecnologico costituite da non più di cinque anni, in cui la partecipazione alla proprietà e alla governance di under 35enni è maggioritaria;

- L'ultimo Censimento dell'agricoltura del 2020 ha contato 104.886 aziende con un capoazienda con meno di 40 anni. Di questi, il 19,4% era laureato e il 27,9% dichiarava di aver creato l'azienda ex novo;
- I giovani ricercatori universitari con meno di 35 anni sono 3.944, aumentati del 138,3% rispetto al 2019, mentre i titolari di assegni di ricerca sono 10.676 (+18,7% dal 2019).

Ci sono anche i giovani che si trasferiscono all'estero per lavoro: sono i giovani expat, la cui scelta può essere definitiva o transitoria, in forte aumento negli ultimi anni, tra i quali aumenta in particolare la componente dei laureati.

Dal 2013 al 2022 sono espatriati dall'Italia circa 352.000 giovani tra i 25 e i 34 anni (oltre un terzo del totale degli espatri). Di questi, più di 132.000 (il 37,7%) erano in possesso della laurea.

Negli anni i laureati sono aumentati: nel 2013 erano il 30,5% degli emigrati dall'Italia e nel 2022 sono diventati il 50,6% del totale.

Tab. 23 - Fenomenologie del disagio giovanile, per classi di età (val. %)

	Classi di età			Totale
	18-34 anni	35-64 anni	65 anni e oltre	
Forme di disagio				
Ha bisogno di sentirsi rassicurato	69,1	60,7	33,8	54,7
Si sente fragile	58,1	49,7	34,4	47,1
Si sente solo	56,5	50,6	22,9	43,9
Soffre di ansia o depressione	51,8	40,8	19,0	36,8
Soffre di attacchi di panico	32,7	23,8	4,2	20,0
Ha disturbi del comportamento alimentare	18,3	12,8	8,2	12,6
Le risposte individuali				
È in cura dallo psicologo	29,6	17,9	1,9	15,7
Prende psicofarmaci/sonniferi	16,8	16,3	9,6	14,5

Fonte: indagine Censis 2024

Tab. 1 - Giovani italiani positivi e resilienti

Occupati e manager	Nel 2023 gli occupati tra i 25 e i 34 anni sono 4.187.000. Di questi, 1.392.000 sono laureati e sono aumentati del 14% dalla pandemia a oggi. Il 19,3% dei dirigenti pubblici e privati (155.400) ha meno di 40 anni.
Titolari o soci d'impresa	Nel III trimestre del 2024 i titolari o soci d'impresa con una età inferiore ai 30 anni sono 190.425.
Conduttori di aziende agricole	Il Censimento dell'agricoltura ha contato nel 2020 104.886 aziende agricole con un capoazienda fino a 40 anni, il 19,4% dei quali è laureato e il 27,9% ha creato l'azienda ex novo.
Ideatori di start up innovative (*)	Al III trimestre del 2024 in Italia sono attive 2.208 start up innovative (il 17,2% del totale) in cui la partecipazione alla proprietà e alla governance di persone di età non superiore ai 35 anni risulta complessivamente maggioritaria.
Ricercatori universitari	Nelle università italiane ci sono 3.944 ricercatori (+138,3% dal 2019 al 2023) e 10.676 titolari di assegni di ricerca (+18,7% dal 2019 al 2023) con una età compresa tra i 25 e i 34 anni.
Expat	Dal 2013 al 2022 sono espatriati dall'Italia 352.000 giovani di età compresa tra i 25 e i 34 anni (oltre un terzo del totale degli espatri). Di questi, più di 132.000 (il 37,7%) erano in possesso della laurea. Negli anni i laureati sono aumentati: nel 2013 erano il 30,5% degli emigrati dall'Italia e nel 2022 sono il 50,6% del totale.

(*) La start up innovativa è una impresa nuova o costituita da non più di cinque anni ad alto contenuto tecnologico e con forti potenzialità di crescita

Fonte: elaborazione Censis su dati Infocamerere, Istat e Ministero dell'Università e della Ricerca

L'imbuto dei patrimoni

Si profila all'orizzonte un imponente passaggio intergenerazionale di ricchezza.

Uno degli effetti nascosti della denatalità che da molti anni preoccupa il Paese è che, a causa della prolungata flessione delle nascite, il numero degli eredi si riduce, quindi in prospettiva le eredità si concentrano.

La gran parte della ricchezza privata è riconducibile alla popolazione oggi classificabile come anziana – o che comunque lo sarà nell'immediato futuro.

I nuclei familiari con un capofamiglia appartenente alla "generazione silenziosa" (che comprende i nati prima della Seconda guerra mondiale) detengono una ricchezza media di circa 280.000 euro, a fronte di una ricchezza media di oltre 360.000 euro per le famiglie con a capo un baby boomer (i nati tra il dopoguerra e i primi anni '60), di oltre 300.000 euro per le famiglie riconducibili alla "generazione X" (i nati tra il 1965 e il 1980) e di circa 150.000 euro per le famiglie di millennial e "generazione Z", cioè i nati negli ultimi decenni dello scorso secolo e nei primi anni del nuovo millennio.

Le famiglie della generazione silenziosa e del baby boom rappresentano insieme il 51,3% del totale delle famiglie (il 35,4% sono nuclei di baby boomer), ma a loro appartiene il 58,3% della ricchezza netta (il 43,3% alle famiglie di baby boomer) (fig. 20).

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

Nel 2004 pesavano rispettivamente per il 12,6% e il 16,2% – diminuendo, nel primo caso, del 12,3% e aumentando, nel secondo caso, del 22,7%. Il ventennio successivo si è caratterizzato per un andamento regressivo più spinto, a causa della diminuzione del tasso di fecondità, ovvero del numero medio di figli per donna.

Così, rispetto a vent'anni prima, nel 2024 i 20-29enni (-17,5%) e i 30-39enni (-29,4%) sono diminuiti in entrambi i casi e in misura maggiore, rappresentando oggi quote molto inferiori della popolazione complessiva, pari rispettivamente al 10,2% e all'11,2% del totale.

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

Il 2008 è stato l'anno dopo il quale è iniziata una fase di riduzione del numero dei nati senza interruzioni anno dopo anno. Rispetto ad allora, nel 2023 abbiamo registrato circa 200.000 nascite annue in meno (-34,1% in quindici anni).

Se si considera che nello stesso arco di tempo il numero delle donne in età feconda (statisticamente, per convenzione, la popolazione femminile di 15-49 anni di età) è diminuito di 2,3 milioni (-16,6%), si comprende che ben due terzi (circa il 63%) del minore numero di nascite è da attribuire alla forte riduzione delle potenziali madri.

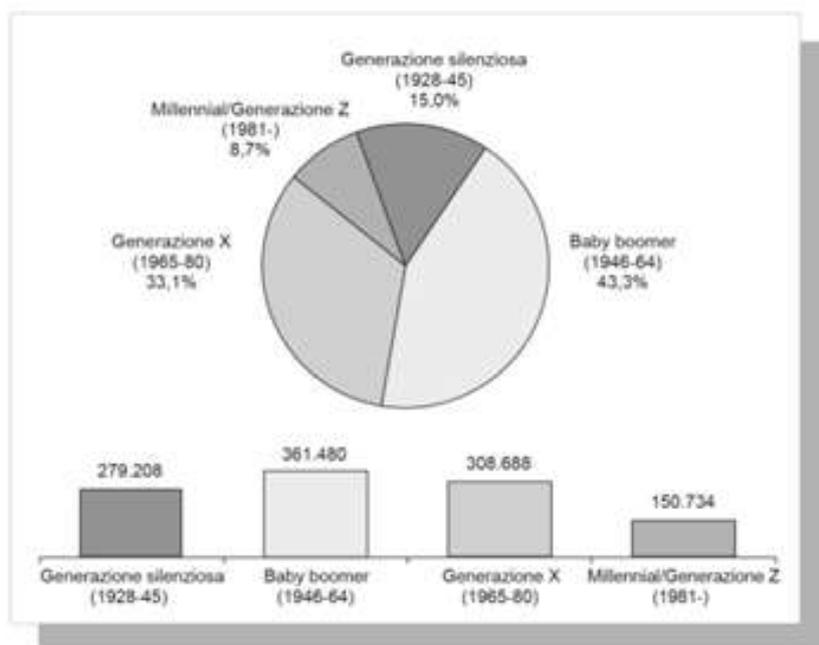
Ciò significa che il processo di denatalità è destinato inesorabilmente a perpetuarsi anche qualora si riuscisse miracolosamente a invertire la traiettoria declinante del tasso di fecondità.

Di conseguenza, il calo demografico determinerà un incremento della quota pro-capite delle future eredità, diminuendo in prospettiva la numerosità dei millennial e degli zoomer futuri percettori.

Resta da chiedersi quale sarà l'effetto psicologico dell'attesa su coloro che sanno di essere destinatari di un atto di successione.

Probabilmente una minore intraprendenza, una ridotta propensione al rischio imprenditoriale, compressa dalle aspettative di chi si sente, o crede di essere, un potenziale rentier.

Fig. 20 - Ricchezza netta detenuta dalle famiglie italiane e distribuzione per generazione del capofamiglia, 2022 (val. % e euro)



Fonte: elaborazione Censis su dati Banca d'Italia

Tab. 27 - Andamento della popolazione di 20-59 anni, 1984-2044 (*) (migliaia e var. %)

	Migliaia				Var. %		
	1984	2004	2024	2044	1984-2004	2004-2024	2024-2044
20-29 anni	8.281	7.266	5.990	5.058	-12,3	-17,5	-15,6
30-39 anni	7.600	9.321	6.580	6.569	22,7	-29,4	-0,2
40-49 anni	7.266	8.248	8.059	6.756	13,5	-2,3	-16,2
50-59 anni	6.973	7.332	9.609	6.909	5,1	31,1	-28,1
Totale popolazione	56.565	57.612	58.990	56.248	1,9	2,4	-4,6

(*) Dati al 1° gennaio dell'anno. I dati del 2044 sono previsioni (scenario mediano)

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Il florido mercato della sicurezza

Dati alla mano, l'andamento del numero dei reati commessi in Italia è stato contrassegnato da un costante e prolungato declino, culminato nel 2020 (l'anno della pandemia), quando si sono registrati complessivamente meno di 2 milioni di delitti.

Tuttavia, una volta superate le restrizioni legate all'emergenza sanitaria, nel periodo più recente si osserva una inversione di tendenza, con un rialzo del numero dei crimini che ha portato a oltrepassare i dati registrati appena prima della pandemia: nel 2023 sono stati denunciati complessivamente 2.341.574 reati, con un aumento del 3,8% rispetto all'anno precedente e dell'1,7% rispetto all'anno pre-Covid 2019.

Siamo ancora lontani dai 2.892.153 reati del 2013 ed è troppo presto per dire se si tratta solo di una fase congiunturale o se invece siamo in presenza di un cambio di ciclo.

Ma non c'è dubbio che, benché gli episodi di criminalità facciano molta impressione nell'opinione pubblica, in quanto i reati sono concentrati nelle aree urbane, a livello nazionale gli omicidi volontari sono diminuiti dai 502 del 2013 ai 341 del 2023 (-32,1%), le rapine sono scese nel decennio da 43.754 a 28.067 (-35,9%), i furti nelle abitazioni si sono ridotti da 251.422 a 147.660 (-41,3%).

Poco importa, però, se i reati commessi sul territorio nazionale sono oggettivamente molti meno di quelli di dieci anni fa: per gli italiani il senso di insicurezza aumenta e si avverte perciò il bisogno di sentirsi assicurati e protetti. L'89,2% degli italiani considera la sicurezza personale una componente fondamentale della qualità della vita, l'85,5% possiede almeno un dispositivo per la difesa della propria abitazione e il 50,1% pensa che

investirà di più nella sicurezza domestica negli anni a venire. I dati disponibili fotografano in modo chiaro lo sviluppo del mercato privato della sicurezza: nel 2022 gli addetti delle imprese di vigilanza e servizi connessi erano 88.432, aumentati del 17,6% rispetto al 2019. Si tratta di organizzazioni con una dimensione superiore alla media nazionale (59 addetti in media per impresa) e un fatturato complessivo che sfiora i 4,5 miliardi di euro. Sono in crescita anche le professioni qualificate connesse allo sviluppo della domanda di sicurezza: nell'anno accademico 2022/2023 si contavano 10.847 studenti iscritti a corsi di laurea riguardanti la criminologia e la sicurezza, con un aumento del 19,8% rispetto all'anno accademico 2019/2020.

Così come aumentano gli iscritti a master postuniversitari di primo e di secondo livello (1.472 allievi) (tav. 2). Oggi in Italia sono quasi 1,7 milioni le persone che detengono regolarmente almeno un'arma da fuoco, considerando:

- Gli addetti ai lavori, ovvero i 304.440 membri dei corpi di polizia, i 172.839 dipendenti delle forze armate e i 47.590 appartenenti alla polizia locale, per un totale di 523.869 operatori armati;
- Gli individui in possesso della licenza di porto d'armi, pari a 1.174.233 nel 2023.

Tra questi, 571.008 sono titolari di licenza di caccia, 549.639 hanno la licenza per uso sportivo, 41.937 sono guardie giurate e 11.649 hanno la licenza per difesa.

Se si moltiplica il numero delle persone che detengono regolarmente almeno un'arma da fuoco per il numero medio di componenti di un nucleo familiare (pari attualmente a 2,2), si possono stimare in più di 3,7 milioni (pari al 6,3% della popolazione) le persone che hanno un'arma in casa o a portata di mano, e che potrebbero utilizzarla, per sbaglio o con intenzionalità (tab. 28). Avere un'arma a portata di mano rappresenta senza dubbio una tentazione a usarla. Oggi il 43,6% degli italiani pensa che sparare a un malintenzionato che si introduce in casa per rubare dovrebbe essere considerato un atto legalmente legittimo, il 14,1% è incerto nel prendere una posizione in merito e solo il 42,3% si dice contrario all'idea che venga prevista per legge la possibilità di puntare l'arma contro il ladro.

Tav. 2 - Il mercato della sicurezza privata

Il valore percepito della sicurezza	L'89,2% degli italiani considera la sicurezza personale una componente fondamentale della qualità della vita. Per il 57,3% disporre di sistemi di vigilanza a difesa della propria abitazione aiuta a combattere l'ansia.
Dotazioni individuali e investimenti	L'85,5% degli italiani possiede almeno un dispositivo di protezione a difesa della propria abitazione. Il 50,1% pensa che nei prossimi anni investirà più risorse per la sicurezza domestica.
Imprese di vigilanza	Nel 2022 gli addetti delle imprese di vigilanza e servizi connessi erano 88.432: +17,6% dal 2019. La dimensione media è di 59 addetti per impresa (+10,4% dal 2019) e il fatturato del settore è di 4,485 miliardi di euro.
Corsi universitari e master	Nell'anno accademico 2022/2023 erano 10.847 gli studenti iscritti a corsi di laurea inerenti alla criminologia e alla sicurezza interna e internazionale: +19,8% rispetto all'a.a. 2019/2020. Nell'a.a. 2022/2023 gli iscritti a master di primo e secondo livello sulla sicurezza erano 1.472: +41,8% in 4 anni.

Fonte: indagini Censis, 2024 e elaborazione Censis su dati Infocamere, Istat e Ministero dell'Università e della Ricerca

Tab. 28 - Italiani che hanno un'arma da fuoco a portata di mano (v.a. e val. %)

Appartenenti ai corpi di polizia (2022)	303.440
Appartenenti alle forze armate (2022)	172.839
Appartenenti alla polizia locale (2022)	47.590
Persone con licenza di porto d'armi (2023)	1.174.233
Totale persone munite di armi da fuoco	1.698.102
Totale popolazione che ha un'arma da fuoco a portata di mano (persone munite di armi e loro nuclei familiari)	3.735.824
Val. % della popolazione che ha un'arma da fuoco a portata di mano	6,3

Fonte: stima Censis su dati Polizia di Stato, Ragioneria Generale dello Stato, Anci, Istat

Le asimmetrie delle emozioni: i luoghi delle relazioni e la solitudine tra le pareti domestiche

Dopo l'esperienza traumatica della pandemia, appare sempre più evidente il ritorno alla frequentazione dei luoghi pubblici.

Il 58,8% degli italiani incontra i propri amici durante il tempo libero almeno una volta alla settimana, e il dato è ancora più elevato tra i giovani, con punte intorno al 90% tra chi ha dai 15 ai 19 anni, mentre è evidente una rarefazione dei rapporti tra le persone più anziane.

Per il 46,6% i luoghi in cui si preferisce coltivare le relazioni sociali sono gli spazi esterni deputati agli incontri e alla convivialità: ristoranti, bar, pub. Segue un'ampia gamma di altri luoghi del "fuori casa", fino ai luoghi dello sport (palestre e campetti), i parchi e anche i centri commerciali.

C'è pure un 13,3% di italiani (percentuale che sale al 17,8% tra i giovani dai 18 ai 34 anni) che ammette di prediligere gli incontri virtuali vissuti nei social network (fig. 22).

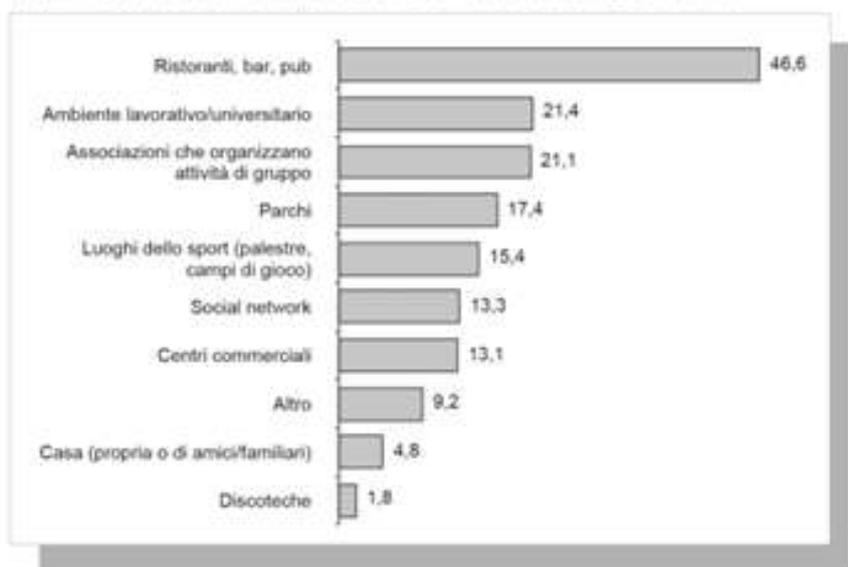
Nel 2023 si sono registrate più di 10 milioni di presenze alle 2.397 fiere organizzate nell'anno, con un incremento del 16,3% rispetto all'anno precedente.

È in crescita anche il numero dei partecipanti a balli e spettacoli di intrattenimento musicale, e aumenta significativamente la partecipazione ai concerti, con oltre 28 milioni di presenze (+70,1% rispetto al 2019) (tab. 31). In certe circostanze, la casa invece può diventare il luogo della solitudine, a causa della mancanza di una rete sociale. È l'altra faccia della medaglia: un fenomeno che, non solo a causa dell'invecchiamento della popolazione, appare in netto aumento. Nel 2023 in Italia le persone sole (single e vedovi) superavano gli 8,8 milioni (+18,4% dal 2013). I vedovi costituiscono il 34,8% del totale delle persone sole (3,1 milioni), i single (celibi e nubili o separati e divorziati) sono il 65,2% del totale (5,8 milioni).

A condizionare la componente più anziana della popolazione è proprio la rarefazione dei rapporti sociali.

Anche in presenza di una badante, spesso le case degli anziani diventano luoghi di solitudine e finiscono per accentuare quella sensazione di isolamento che può sconfinare nella depressione.

Fig. 22 - I luoghi dove gli Italiani preferiscono coltivare le relazioni sociali (val. %)



Fonte: Indagine Censis, 2024

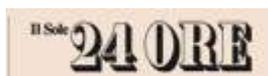
Tab. 31 - Presenze a concerti, balli e fiere, 2019-2023 (v.a. e var. %)

Anni	Concerti	Balli e intrattenimenti musicali	Fiere
2019	16.564.233	65.026.046	10.925.348
2020	2.736.608	16.461.240	1.827.632
2021	4.771.554	14.972.199	2.660.300
2022	24.390.123	46.086.057	8.954.304
2023	28.182.532	50.780.138	10.417.710
Var. % 2022-2023	15,5	10,2	15,3
Var. % 2019-2023	70,1	-21,9	-4,6

Fonte: elaborazione Censis su dati Siae

<https://www.censis.it/sites/default/files/downloads/Sintesi%20Fenomenologico%202024.pdf>

Rapporto OASI 2024



Rapporto Oasi/ Fiaso: il dibattito è concentrato sui finanziamenti ma servono strategie a lungo termine

“Il Rapporto Oasi 2024 sottolinea l’urgenza di scelte concrete e strategiche per il nostro Servizio sanitario nazionale. Attualmente, il dibattito pubblico è troppo focalizzato sui finanziamenti, mentre la vera sfida è utilizzare meglio le risorse disponibili per garantire un sistema efficace e sostenibile”. Lo scrive il presidente della Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere, Giovanni Migliore, nella consueta postfazione Fiaso al Rapporto Oasi 2024, Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano del Cergas Bocconi, presentato oggi a Milano.

“Anni di defianziamento - si legge ancora - hanno portato a una condizione critica; sebbene i recenti aumenti siano significativi, non sono sufficienti. È dunque fondamentale abbandonare la logica delle prestazioni e concentrarsi sul valore reale: risultati di salute per i cittadini e utilizzo efficiente delle risorse. Le opportunità offerte dal Pnrr - si evidenzia - devono essere gestite con visione e pianificazione, non come un mero obbligo amministrativo. È essenziale elaborare una strategia per la sostenibilità a lungo termine delle nuove infrastrutture”.

“Senza una programmazione strategica adeguata - sono le conclusioni del presidente Migliore - non possiamo affrontare sfide cruciali come i nuovi modelli di cura. Dobbiamo riportare al centro il management sanitario, semplificare la burocrazia e valorizzare i professionisti per rispondere alle esigenze della popolazione. È tempo di agire con coraggio e rapidità per dotare il Ssn della capacità di affrontare le sfide attuali e future”.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-12-03/rapporto-oasi-fiaso-dibattito-e-concentrato-finanziamenti-ma-servono-strategie-lungo-termine-145446.php?uuid=AGdjBCXB&cmpid=nlqf>

Rapporto Oasi Bocconi/ Alla sanità italiana servono 40 miliardi per raggiungere i livelli dell'Europa: la sostenibilità del sistema universalistico è la sfida per gestire liste di attesa e disuguaglianze

Il Servizio sanitario nazionale italiano è da decenni tra i meno finanziati in Europa, per una cifra oggi pari al 6,3% del Pil, pur essendo il secondo Paese più anziano al mondo.

Per portare la sanità pubblica italiana ai livelli dei grandi Paesi europei servirebbero almeno 40 miliardi, vale a dire metà dell'attuale spesa annua per l'istruzione. Una cifra enorme, in uno scenario caratterizzato da una situazione demografica critica che implica un'elevata spesa pensionistica e minore popolazione in età da lavoro.

Rendere sostenibile l'universalismo è la vera sfida che la sanità pubblica italiana ha davanti a sé: è necessario prendere atto di questo vincolo e ragionare soprattutto su come mettere ordine al sistema, dove attualmente le priorità di accesso ai servizi sono spesso casuali, dunque poco efficaci e poco eque - basti pensare che gli anziani cronici in buona salute si dimezzano se si passa da chi è laureato a chi ha licenza elementare.

I consumi delle stesse prestazioni sanitarie variano anche del 100% tra territori simili di una stessa Regione e c'è un forte divario tra quanto prescritto e quanto erogabile - e ciò danneggia inevitabilmente la reputazione del Ssn.

Sono alcune delle principali evidenze dell'edizione 2024 dell'Osservatorio sulle aziende e sul Sistema sanitario Italiano (Oasi), pubblicato dal Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale (Cergas) di SDA Bocconi School of Management.

I principali risultati del rapporto annuale sono stati presentati presso l'Aula Magna dell'Università Bocconi di Milano alla presenza di policymaker nazionali e regionali, direzioni strategiche delle aziende sanitarie pubbliche e private, e da professionisti del settore sanitario.

Il rapporto, giunto alla sua 25esima edizione e diventato il punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel Servizio sanitario nazionale e nella sanità italiana, offre una fotografia dello stato di salute del sistema e propone misure utili alla risoluzione delle principali criticità identificate.

Un Ssn incapace di far fronte ai bisogni crescenti della popolazione

L'analisi, elaborata dal gruppo di ricerca coordinato dal Prof. Francesco Longo, Associate Professor dell'Università Bocconi e dal Prof. Alberto Ricci, Associate Professor of Practice di Sda Bocconi, identifica le criticità principali del Ssn che, pur proponendosi come servizio sanitario universalistico, risulta incapace di fare fronte ai bisogni crescenti dei cittadini, in particolare della popolazione cronica (pari al 41% dei residenti) e della popolazione anziana non autosufficiente (4 milioni di persone).

Se Francia, Germania e Regno Unito finanziano i rispettivi sistemi sanitari nazionali intorno al 9-11% sul Pil, l'Italia si è mantenuta costante nel tempo intorno al 6,3% sul Pil, cifra che si prevede resterà sostanzialmente invariata nel 2025 e 2026. Contrariamente a quanto si possa pensare, anche la spesa sanitaria privata cresce meno del Pil, e si attesta al 2,2% nel 2024 - circa il 26% della spesa sanitaria complessiva. Il dato, in sostanziale continuità con gli anni precedenti al Covid-19 - è chiaro: l'Italia non è disponibile a spendere per la salute, né pubblicamente, né privatamente.

Iperprescrizione e liste d'attesa tra i focus

Il Rapporto approfondisce le cause delle liste d'attesa: attualmente, la mancanza di criteri di priorità di accesso ai differenti servizi e le logiche prescrittive spesso lontane dalle linee guida cliniche aggravano il problema della scarsità di risorse. Per l'accesso ai servizi non si tiene conto di criteri di prioritizzazione quali, ad esempio, aree di patologia, cluster di popolazione per reddito o livello di istruzione, portafogli di tecnologie da includere nel contenuto dei servizi garantiti dal Ssn.

Questo è un meccanismo molto importante, ma quasi mai esplicitato, che ha portato il Ssn a prescrivere molte più prestazioni rispetto alla sua effettiva capacità erogativa. Nei territori dove sono maggiori le prescrizioni,

spesso sono elevati anche i consumi per abitante, ma cresce anche la distanza tra prescritto ed erogato, con conseguente incidenza sull'allungamento delle liste d'attesa.

Un universalismo solo dichiarato

In tal modo l'universalismo dichiarato dal Ssn, con l'idea irrealistica di dare qualsiasi prestazione a tutti in tempi brevi, non essendo governato, finisce per generare un effetto opposto a quello voluto: la possibilità o meno di ottenere una prestazione è lasciata di fatto al cittadino, alla sua rete e alle sue risorse personali, generando un senso di disorientamento e impossibilità di programmazione. Questa logica genera inefficienze e diseguaglianze, con risorse allocate senza un chiaro processo di valutazione.

Inevitabilmente anche i consumi di prestazioni per abitante risultano disomogenei e non correlati al bisogno epidemiologico, a livello sia nazionale che regionale e persino locale. I motivi possono essere vari, ma si rileva in particolar modo l'attenzione dell'agenda manageriale e di governo non tanto verso le cause di questa disparità di consumo, bensì sulla produttività delle singole strutture sanitarie.

Le proposte di policy capaci di dare una svolta

Per rispondere a tali criticità, il Rapporto Oasi 2024 individua e percorre quattro prospettive di policy che, introdotte individualmente o in combinazione tra loro, porterebbero a miglioramenti significativi del Ssn e del suo supporto ai cittadini:

- **Governare le aspettative:** esplicitare i limiti del Ssn e ridefinire i criteri di priorità per le prestazioni esigibili è il primo passo fondamentale per allineare le aspettative dei cittadini alle risorse effettivamente disponibili. Identificare i target prioritari, come pazienti cronici o persone con bassa autosufficienza, e comunicare chiaramente le prestazioni garantite, semplificherebbe il sistema e il relativo accesso. In questo modo, si arriverebbe progressivamente a una maggiore convergenza tra il prescritto e l'erogabile dal Ssn.
- **Efficienza impopolare:** ottimizzare la rete ospedaliera riconvertendo le strutture più piccole e frammentate, riorientandole verso i servizi territoriali. Accorpare servizi ambulatoriali e laboratori, soprattutto nelle aree con densità eccessiva di strutture. Intervenire su ospedali di medie dimensioni che non raggiungono i volumi necessari per garantire qualità e sostenibilità. La costruzione o il rinnovo delle case della Comunità rappresenta, per fornire un esempio concreto, una grande opportunità per accorpare servizi territoriali in precedenza dispersi e frammentati.
- **Aumentare le risorse per il Ssn:** adottare strategie già sperimentate in altri Paesi, come l'aumento delle compartecipazioni per alcune prestazioni, oppure l'introduzione di assicurazioni integrative per il loro rimborso, la revisione delle allocazioni di spesa pubblica per aumentare il finanziamento alla sanità; si tratta, in tutti i casi, di proposte non semplici da tradurre nell'attuale contesto politico e sociale italiano.
- **Rivoluzionare la geografia e i formati dei servizi:** digitalizzare i servizi sanitari specializzati attraverso la diffusione di strumenti di autocura per i pazienti cronici e l'implementazione di sistemi di telemedicina, ad esempio per le visite specialistiche. Ridisegnare i ruoli professionali favorendo la collaborazione orizzontale e una maggiore integrazione tra competenze nuove e ordini professionali tradizionali, ad esempio introducendo figure quali il case manager amministrativo del service center per la presa in carico della cronicità.

«La sanità italiana è a un punto di svolta: l'Italia è ormai il secondo Paese più anziano al mondo, la spesa sanitaria è rimasta costante nel tempo, mentre le esigenze dei cittadini continuano a evolversi e questi si aspettano un servizio sostenibile ed efficiente - dichiara Francesco Longo, Responsabile scientifico del Rapporto Oasi -.

La realtà è però sotto gli occhi di tutti: il Ssn presenta evidenti contraddizioni che peggioreranno in mancanza di una rivoluzione nelle logiche di governo del sistema, indebolendo il tessuto delle aziende del Servizio sanitario nazionale». Per Alberto Ricci, Coordinatore Rapporto Oasi, «La consapevolezza delle evidenze dello scenario attuale, seppur critiche e complesse, è il primo strumento che i manager del Ssn hanno per continuare a crescere e ad essere generativi. Il nostro Rapporto offre le basi per avviare il confronto tra tutti

gli attori del sistema sanitario italiano e, auspicabilmente, imprimere una nuova rotta dai più alti livelli del sistema Paese.”

I principali risultati del rapporto annuale sono stati presentati oggi presso l’Aula Magna dell’Università Bocconi di Milano alla presenza di policymaker nazionali e regionali, direzioni strategiche delle aziende sanitarie pubbliche e private, e da professionisti del settore sanitario.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-12-03/rapporto-oasi-bocconi-sanita-italiana-servono-40-miliardi-raggiungere-livelli-dell-europa-sostenibilita-sistema-universalistico-e-sfida-gestire-liste-attesa-e-disuguaglianze-085957.php?uuid=AGk9UuWB&cmpid=nlqf>

quotidiano**sanità**.it

Il ruolo del management e dei professionisti per la riorganizzazione profonda del Ssn

Francesco Longo e Alberto Ricci, *CERGAS, SDA Bocconi*

02 DIC - Il compito del management è quello, alle condizioni date, di assicurare sempre migliori livelli di efficacia ed efficienza nel funzionamento delle aziende, e che in linea di principio è sempre possibile trovare spazi di miglioramento.

È però altrettanto vero che i miglioramenti potenzialmente ottenibili sono inevitabilmente decrescenti e non possono complessivamente oltrepassare un certo limite; detto altrimenti, con il 6,3% del PIL non si può pensare di raggiungere i risultati ottenibili con il 10-11% del PIL di Francia e Germania. In questo contesto, le aziende hanno continuato a funzionare, prodotto sforzi e ottenuto risultati, frutto di un intenso impegno dei professionisti e del management; come ogni anno il Rapporto cerca di rappresentare tutto questo.

Governare le aspettative dei cittadini-pazienti, efficientare a livello profondo, aumentare le risorse e trasformare i servizi attraverso digitalizzazione, nuovi mix professionali e soprattutto nuove metriche: le soluzioni proposte dal Rapporto 2024 non sono semplici o immediate, né sul versante tecnico-manageriale, né politico nel senso ampio del termine.

Guidati dalla fiducia nelle persone che compongono la sanità italiana, siamo convinti che la nostra collettività nazionale, in tutte le sue componenti, sia in grado di raccogliere la sfida di un cambiamento profondo e ambizioso, anche se richiederà tempo, energie, tentativi, errori e ripartenze.

Che ruolo può avere, in questo processo, il management delle aziende, che identifichiamo qui con il vertice strategico?

Alcune trasformazioni potranno essere prevalentemente narrative e simboliche, altre agite e non dichiarate, altre esplicitamente assunte con forza come elemento costitutivo del cambiamento culturale del SSN.

Spesso il management sarà chiamato a promuovere il cambiamento e a renderne tangibili i risultati, spingendo la politica a sostenere la legittimità e la convenienza di compiere alcune scelte, a prima vista inedite e quindi problematiche in termini di consenso.

In molti casi, alcuni dei quali dettagliati nel Rapporto con riferimento alla gestione dei professionisti nelle reti ospedaliere, i vertici aziendali potranno sostenere con risorse economiche e legittimazione quei processi bottom up di cambiamento promossi da direttori di dipartimento o di unità operativa, o anche dagli stessi professionisti.

Gli operatori che vivono il front office, da un lato, sono ormai diffusamente sensibilizzati sui temi di costo-efficacia, dall’altro hanno chiare le tensioni con i bisogni. Rappresentano un patrimonio di esperienze e idee da valorizzare.

Un ultimo aspetto da sottolineare riguarda i meccanismi di programmazione e controllo, sia a livello di relazioni tra regioni e aziende, sia all'interno delle aziende.

Le dimensioni della dotazione di risorse, dei costi, dei volumi erogativi, della produzione valorizzata e della produttività hanno una loro validità per individuare e condurre interventi di efficientamento difficili e impopolari.

Tali metriche però sono evidentemente parziali, specialmente se discutiamo di servizi territoriali e di pazienti cronici. Progressivamente, è fondamentale introdurre a tutti i livelli indicatori che misurino l'appropriatezza dei livelli prescrittivi, l'equità nell'allocazione delle risorse e nei consumi di prestazioni per abitante, i livelli di reclutamento della popolazione cronica, l'aderenza alle terapie, la qualità anche percepita della presa in carico e l'eccellenza degli esiti clinici di salute.

In questo processo il ruolo della componente professionale, il collegamento con le evidenze scientifiche e l'utilizzo di evidenze generate risultano quanto mai importanti per avviare cambiamenti che siano realmente condivisi, diffusi e duraturi.

Ad ogni modo, si tratta di campi di azione tecnici, che richiedono però capacità analitiche, strategiche, di implementazione e di stakeholder management, oltre che nuove metriche di misurazione e una certa dose di imprenditorialità.

È lo spazio di lavoro ampio ed interessante per il management oltre che per i policymaker. Nel secondo Paese più vecchio al mondo, con un SSN con ridotto finanziamento, il vero pericolo consiste nel non scegliere nessuna prospettiva di cambiamento profondo, né tra quelle proposte, né tra le altre possibili. La pura e semplice gestione della routine quotidiana e dello status quo comportano l'aumento delle criticità di cui soffre il SSN.

Ovviamente oscurare i problemi emergenti diminuisce le criticità percepite, ma scava nel profondo e nell'invisibile delle dinamiche istituzionali collettive e progressivamente indebolisce il tessuto delle aziende del SSN.

Avere uno sguardo onesto sulla natura e sull'entità dei problemi richiede una postura adulta, non consolatoria, in grado di stare nella realtà del presente: la consapevolezza delle evidenze, seppur dolorose, dovrebbe essere un punto di partenza per tutti coloro che intendono far crescere la sanità italiana.

Da qui i manager del SSN possono ripartire, per continuare a far crescere le loro organizzazioni e ad essere generativi.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?approfondimento_id=19838

Dal Rapporto Oasi 2024 quattro prospettive “impopolari” per il cambiamento del Ssn

Lucia Conti

Diventa sempre più difficile, anche per gli esperti del Cergas della Sda Bocconi School of Management, offrire un quadro rassicurante per il futuro del Ssn. Basti considerare che per portare la sanità pubblica italiana ai livelli dei grandi Paesi europei servirebbero almeno 40 miliardi. Cosa fare? Quattro le vie indicate nel Rapporto OASI 2024: governare le aspettative dei cittadini, dichiarando senza mezzi termini cosa il servizio pubblico è in grado di garantire e cosa no; proseguire la strada dell'efficientamento, con interventi percepiti però sempre più pesanti dai cittadini; aumentare le risorse per il Ssn attraverso partecipazioni più ridotte ma più capillari di oggi; rivoluzionare i servizi.

03 DIC -

La diagnosi è spietata: un servizio sanitario universalistico che riceve il 6,3% del PIL e che serve il secondo Paese più anziano al mondo non può riuscire a soddisfare i bisogni, tra attese e risorse in campo. Nel frattempo, in molti ambiti di servizio l'erogazione dei servizi appare non seguire alcun criterio di priorità e,

soprattutto in ambito ambulatoriale, i consumi per abitante risultano disomogenei e randomici in relazione al reale bisogno epidemiologico. Intanto, la crescente distanza tra prescrizioni e capacità erogativa reale comunica un senso di disorientamento e mancata programmazione e organizzazione ai cittadini e pazienti, ma anche ai professionisti.

È partendo da questo quadro che il Rapporto OASI 2024 del CERGAS Centro di Ricerche sulla gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale SDA Bocconi School of Management provano ad avanzare quattro proposte di policy e management. Opzioni che i coordinatori del Rapporto, **Francesco Longo** e **Alberto Ricci**, che, definiscono "tecnicamente realistiche, attuabili dal punto di vista manageriale" ma largamente "impopolari rispetto alle narrative collettive contemporanee. La loro attuazione richiede pertanto un parallelo lavoro per cambiare il public discourse, ovvero le mappe cognitive diffuse", spiegano Longo e Ricci.

Ma procediamo con ordine: le criticità.

La prima riguarda la situazione demografica.

L'Italia è il secondo paese più anziano al mondo dopo il Giappone, con un'incidenza degli over 65 sul totale della popolazione al 24%, in rapida ascesa al 30%. Questo scenario demografico si traduce in un trasferimento netto dalla fiscalità generale dello Stato all'INPS di 165 miliardi all'anno perché i contributi dei (pochi) lavoratori non sono sufficienti a coprire pensioni e spese assistenziali.

La situazione è evidentemente non sostenibile a meno di ridurre drasticamente la destinazione di risorse agli altri ambiti di intervento pubblico. Vuol dire che è "difficile, se non impossibile, aumentare significativamente la spesa sanitaria pubblica", spiega il Rapporto OASI.

Pertanto, c'è solo una domanda da porsi: "Come erogare buoni servizi sanitari nel secondo paese più vecchio al mondo, pur destinando alla sanità pubblica il 6,3% del PIL" in un Ssn, ricordiamolo, fondato sull'universalismo, con le aspettative conseguenti"?

Seconda criticità.

Inevitabilmente, in un SSN al 6,3% del PIL nel secondo Paese più anziano al mondo, "occorre definire e selezionare le priorità" di intervento. Si può decidere che riguardino aree di patologia, setting assistenziali, cluster di popolazione per reddito o livello di istruzione, portafogli di tecnologie da includere nel contenuto dei servizi garantiti dal Ssn, spiegano i coordinatori del Rapporto OASI.

La verità è però che oggi, "non essendoci all'opera alcun processo consapevole di selezione delle priorità, queste ultime emergono casualmente, di norma con una relativa inconsapevolezza, senza nessun processo esplicito di valutazione capace di massimizzare il beneficio sociale ottenibile con le risorse date".

Non che sia semplice, lo sanno bene Longo e Ricci. Tuttavia oggi "rischia di prevalere la logica della risposta a chi per primo accede al sistema, senza valutare se ciò corrisponde a una priorità o meno.

L'intera filiera istituzionale, in altri termini, opera delle prioritizzazioni implicite e casuali, che difficilmente massimizzano il beneficio sociale".

Terza criticità.

Il Rapporto OASI osserva, ancora, come "considerando esclusivamente il regime SSN, sia comparando diverse tipologie di prestazioni in regime SSN, sia confrontando diverse regioni o distinti territori di una stessa regione, registriamo sempre differenze ampie nei volumi procapite, anche del 100%, senza alcuna correlazione significativa con il quadro della domanda potenziale e dei bisogni" e mettendo da parte il fatto "il governo della domanda risulterebbe decisamente più rilevante del governo della produzione. Quest'ultimo invece domina l'agenda di policy, e di conseguenza, l'agenda manageriale."

Quarta criticità.

Da rilevare, infine, che anche la produzione del Ssn è scesa se paragoniamo il 2023 con il 2019, "soprattutto in ambito ambulatoriale (-8%), pur essendoci più medici in servizio nel Ssn rispetto al periodo pre-Covid". Eppure, le ricette tendono ad aumentare, ad esempio le prime visite prescritte da specialisti ospedalieri e MMG sono aumentate del 31% a fronte di un calo nelle prestazioni del 10%.

Questo significa che un alto numero di ricette non trovano una risposta nel Ssn.

Del resto, il 48% delle visite specialistiche è ottenuta in regime privato, ricorda il Rapporto. Non solo: “I dati delle regioni che hanno analizzato questo fenomeno fanno intravedere che, nei territori dove sono maggiori le prescrizioni, sono spesso elevati anche i consumi pubblici per abitante, ovvero vi è una maggiore produzione in regime SSN, ma cresce anche la distanza tra prescritto ed erogato, e dunque si riscontrano le liste di attesa sostanziali maggiori”, spiega il Rapporto OASI.

Cosa significa? Significa che “senza aver riorganizzato le prescrizioni”, la pressione sulle liste di attesa rischia di essere “non solo vana in termini di risultati, ma addirittura controproducente rispetto agli obiettivi di appropriatezza, equità ed costo-efficacia clinica”.

Una analisi severa, dunque.

Che non risparmia i cittadini laddove Longo e Ricci scrivono che “gli Italiani hanno scelto collettivamente, da molto tempo, di avere un Ssn che riceve un finanziamento modesto per operare nel secondo paese più anziano al mondo”. L'Italia ha, “da lungo tempo, preferito un sistema pensionistico generoso, bonus edilizi e una crescente enfasi sulla riduzione del cuneo fiscale all'incremento del fondo sanitario”. Dunque, quali sono le prospettive che restano per frenare la deriva attuale?

Governare le aspettative.

Questo significa anzitutto, secondo gli esperti del Cergas della SDA Bocconi, “prendere consapevolmente atto di questa scelta collettiva” di finanziare in modo modesto il Ssn, dicendo però senza mezzi termini cosa il servizio pubblico sia in grado di coprire e cosa no, allineando così le aspettative dei cittadini a quella che è la realtà dei fatti.

Una volta definiti i diritti esigibili e le aree di intervento, il Ssn dovrebbe esplicitare quali siano i target prioritari. Ed esplicitare quali sono i criteri di accesso, “che dovrebbero essere diversi dalla disponibilità a pagare cifre davvero consistenti” come adesso capita in alcuni segmenti come le residenze socio-sanitarie. In questo modo, progressivamente, dovremmo determinare una convergenza tra il prescritto e l'erogabile dal Ssn, ricreando chiarezze e certezze nei cittadini e pazienti.

Efficienza impopolare.

Il Ssn è su un sentiero di efficientamento da ormai 30 anni e per dirla come Longo e Ricci, “i ‘frutti bassi’ sono stati in gran parte colti”. Se si vuole proseguire sull'efficienza, allora, non resta che prendere la scala verso i rami alti dell'albero, dove le scelte sono politicamente costose perché impopolari.

Un esempio? “Nella rete di offerta ospedaliera del SSN si contano ancora oltre 100 ospedali a gestione diretta con meno di 50 posti letto. Altrettanti sono tra i 50 e i 100 posti. Si tratta del 40% degli stabilimenti di ASL e ASST: è irrealistico pensare che tutti siano in condizioni di isolamento e che almeno una parte di essi non possa riorientare i propri servizi e il proprio personale sul versante territoriale”, spiegano gli esperti della Bocconi. Anche sul territorio è necessario riflettere, dove gli ambulatori e i laboratori SSN sono aumentati di 287 unità tra 2019 e 2022. Il rapporto è ormai inferiore a 1 ogni 7.000 abitanti.

Aumentare le risorse per il Ssn.

Certo, si può sempre fare. Tuttavia, appare “poco plausibile economicamente e politicamente introdurre ulteriori prelievi dalle aree geografiche e dalle fasce sociali che già molto sostengono il Welfare”.

In che modo, dunque, è possibile “articolare un sistema di ridotte, ma più capillari compartecipazioni, che riequilibri i contributi forniti e i benefici ottenuti tra cittadini-pazienti e Ssn?”, si domandano gli esperti della Bocconi.

Per portare la sanità pubblica italiana ai livelli dei grandi Paesi europei, secondo il Rapporto, servirebbero almeno 40 miliardi.

Possiamo però ipotizzare una innovazione e trasformazione radicale della geografia dei servizi del Ssn, con un sistema ospedaliero “più asciugato e accentrato”, equipe mediche “itineranti tra stabilimenti ospedalieri”, una ampia diffusione di “servizi specialistici da remoto per pazienti che rimangono a casa o vanno in casa della comunità se non hanno una buona connessione”.

Tenendo però presente, spiegano gli esperti della Bocconi, che la modifica radicale della geografia e del format dei servizi comporta anche “una trasformazione delle competenze professionali necessarie”.

Appare necessario anche “più spazio ad esperti di service design, di ecosistemi digitali, ma soprattutto una incidenza maggiore del lavoro ‘laico’, ovvero fuori dai tradizionali ruoli ordinistici, come può essere un case manager amministrativo del 116117 o di un service center per la presa in carico della cronicità”. Indispensabile, per Longo e Ricci, anche “l’abbattimento di moltissimi dei silos professionali oggi presenti”.

Fatto questo, “progressivamente, è fondamentale introdurre a tutti i livelli indicatori che misurino l’appropriatezza dei livelli prescrittivi, l’equità nell’allocazione delle risorse e nei consumi di prestazioni per abitante, i livelli di reclutamento della popolazione cronica, l’aderenza alle terapie, la qualità anche percepita della presa in carico e l’eccellenza degli esiti clinici di salute”. Senza dimenticare che in questo processo “il ruolo della componente professionale, il collegamento con le evidenze scientifiche e l’utilizzo di evidenze generate risultano quanto mai importanti per avviare cambiamenti che siano realmente condivisi, diffusi e duraturi”.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=126209

One Health, clima e salute

CORRIERE DELLA SERA

Elizabeth Kolbert: «La sesta estinzione è in corso, i dati oggettivi sono terribili». E siamo tutti impreparati

Edoardo Vigna

La scrittrice aggiorna il saggio sul cambiamento climatico per il quale ha ricevuto il Pulitzer nel 2015. «Anche i dinosauri erano il gruppo dominante, prima di scomparire. Se dovessi scommettere su una specie in grado di sopravvivere, sarebbe la nostra: ma gli impatti sono tremendi, questo è un clima mai visto nel corso di milioni di anni»

Ripubblichiamo l’intervista di Edoardo Vigna a Elizabeth Kolbert, pubblicata a marzo, una delle più apprezzate dalle nostre lettrici e dai nostri lettori nel 2024

Il suo nome, **Elizabeth Kolbert**, può non essere noto ai più, nonostante sia la firma di punta del prestigioso settimanale americano *New Yorker* in tema di ambiente e clima e abbia vinto anche il premio Pulitzer.

Il suo libro *La Sesta estinzione*, però, è considerato oggi una delle pietre miliari in tema di cambiamento climatico e molto di più: uscito dieci anni fa per la prima volta, e ora in libreria (in Italia per Neri Pozza) in un’edizione aggiornatissima, spiega – esempio dopo esempio – perché siamo sull’orlo, o proprio immersi, della sesta estinzione di massa di specie viventi, dopo le prime “Big 5” (come sono note).

E, soprattutto, che cosa questo significhi anche per la “giovane” specie umana (non più vecchia di 300mila anni). Kolbert, ce lo dica: stiamo per fare la fine di Mammuth & C.?

«Tanto per cominciare, la “Sesta estinzione” si riferisce più in particolare proprio all’idea che siamo noi esseri umani la causa di una grande estinzione di massa in corso di una numerosissima quantità di specie animali e vegetali. Cinque sono state quelle del passato: la più recente ha spazzato via i dinosauri.

L'Italia ha un rapporto particolarmente forte con quell'estinzione: c'è un luogo, a Gubbio, cruciale nel risolvere il mistero di quell'estinzione, che sono andata personalmente a vedere (ne parla ampiamente nel libro, *ndr*). Per questa "Sesta" è difficile dire a che punto siamo: è in diretta e non c'è una documentazione fossile ad aiutarci, come è stato per le altre. Siamo di certo ancora nelle prime fasi, non proprio "dentro". Potremmo ancora fermarla».

Cosa è cambiato dalla prima uscita del libro? Dieci anni sono un tempo infinitesimale da un punto di vista geologico, eppure sembra che la sparizione delle specie stia correndo in modo impressionante.

«È così. Quando l'ho scritto ero preoccupata che alcune persone potessero respingerlo come un'esagerazione. Ora non più: i dati oggettivi sono terribili. E il nostro impatto sul pianeta è diventato significativamente più vasto: nel caso del cambiamento climatico stiamo assistendo a eventi estremi drammatici che sconvolgono la Terra ovunque. E tutto corre più velocemente».

Nell'epilogo della nuova edizione ci sono diverse pagine dedicate alla situazione grave degli insetti impollinatori, la cui vulnerabilità sembra preoccuparla in modo particolare. Quali conseguenze avrebbe la loro scomparsa?

«Molta documentazione sulla crisi degli insetti viene dall'Europa, e precisamente dalla Germania. Ci sono casi provati di estinzione tra gli insetti, ma anche prima che una particolare specie scompaia del tutto, quando sta diventando sempre meno comune, le reti alimentari che dipendono da questi insetti ne risentono pesantemente. Parliamo di impatti tremendi. E noi esseri umani potremmo essere i primi a rendercene conto, perché dipendiamo dagli impollinatori per le nostre colture. Il mondo potrebbe apparire assai diverso».

«Stiamo portando il pianeta fuori dal regime climatico in cui ci siamo evoluti. Un clima mai visto per milioni di anni»

Glielo chiedo direttamente: la Sesta estinzione è anche quella in cui scompariranno gli umani?

«Non lo so, nessuno può prevederlo. In realtà se dovessi scommettere su una specie in grado di sopravvivere, quella sarebbe la nostra. Siamo intraprendenti, numerosi, diffusi. Caratteristiche che garantiscono più resistenza di altre. Ma non credo che si debba pensare al rischio di estinzione umana per essere preoccupati del destino dell'umanità. Ci sono stati intermedi che possono comportare grande sofferenza per noi, cosa che mi preoccupa tantissimo».

In che modo questa sesta estinzione sarebbe diversa dalle cinque precedenti?

«Ogni estinzione di massa è diversa dalle altre. Quello che sta accadendo ora riguarda la biodiversità che abbiamo intorno a noi adesso. Ma di sicuro sarebbe diversa perché causata da una sola creatura, la nostra. Non credo che ci siano altre estinzioni di massa causate da una singola altra specie».

Lo sbiancamento dei coralli nella grande barriera australiana: si tratta del quinto sbiancamento in otto anni (Brett Monroe Garner/Getty Images)

C'è qualcosa che possiamo imparare dalle precedenti "Big 5"?

«Una lezione, di cui parlo nel libro, è questa: prima di un'estinzione di massa non sembra esserci stata mai alcuna garanzia che un certo gruppo sarebbe potuto sopravvivere. Pensiamo alla più famosa: quella dei dinosauri. Quando sul pianeta c'è stato l'impatto dell'asteroide alla base della loro dipartita, erano il gruppo dominante di organismi sul pianeta. E nessuno di loro, dei dinosauri non aviari, è sopravvissuto. Nemmeno uno. Paradossalmente, oggi è in generale accettato che i mammiferi, quindi gli esseri umani, non sarebbero mai diventati il gruppo dominante senza l'estinzione dei dinosauri. Insomma, il risultato è un *reset* ecologico molto difficile, se non impossibile, da prevedere».

«Se dovessi scommettere su una specie in grado di sopravvivere sarebbe la nostra. Ma il futuro sarà molto diverso dal passato»

C'è uno studioso del passato, tra i molti che ha raccontato nel libro, che le piacerebbe incontrare oggi, se fosse possibile? Le loro idee sono state necessarie a comprendere il mondo come è oggi.

«Sarebbe interessante discutere con Darwin, che ha visto l'estinzione in corso ai suoi tempi, ma non ha potuto incorporare le nostre conoscenze nel suo lavoro».

Ci definiamo "Sapiens", ma siamo una specie decisamente giovane, che ha al massimo 300.000 anni, rispetto alla vita media di una specie di 5 milioni. Eppure stiamo già affrontando una possibile estinzione causata da noi. Siamo davvero autorizzati a definirci "sapiens"?

«Ovviamente siamo intelligenti. Anzi, questo è il motivo per cui stiamo causando questa situazione. Siamo bravissimi a sviluppare nuovi modi di fare le cose. C'è chi ha evidenziato i potenziali svantaggi della nostra intelligenza, che non garantisce necessariamente la nostra sopravvivenza. In effetti, sembriamo piuttosto decisi a mettere in pericolo noi stessi. Abbiamo tanti esempi dalla storia in cui le persone procedevano lungo una certa strada che possiamo, in retrospettiva, dire essersi rivelata fatale. Le persone hanno commesso molti errori fatali. Ora stiamo collettivamente commettendo un enorme, gigantesco, globale, fatale errore».

Perché il "negazionismo climatico" in parte ancora resiste? Gli eventi estremi e le temperature in aumento magari hanno portato a far ammettere che, in effetti, il pianeta si sta surriscaldando eppure c'è ancora chi nega che la causa del cambiamento climatico sia l'azione umana.

«Non ho una buona risposta. Del perché vengano contestati fatti scientifici evidenti. Ma penso che un grosso problema, almeno negli Stati Uniti, stia nel fatto che i mezzi di sussistenza e le azioni di molte persone dipendono dal bruciare combustibili fossili, dall'estrarre combustibili fossili. Ed è molto doloroso riconoscere che ciò che si sta facendo ha conseguenze terribili. Anche io non mi scagiono in alcun modo. Siamo tutti là fuori a bruciare petrolio, carbone e gas. Questo deve finire. Ma è difficile vivere nel mondo moderno e non partecipare a questo grande progetto di rovinare l'atmosfera».

C'è un'altra idea forte nel libro, rappresentata dalla parola "cambiamento". Nella maggior parte degli esseri umani c'è un'evidente difficoltà nell'accettare l'idea che il cambiamento possa essere così improvviso come appare ora.

«Stiamo davvero facendo accadere cose di cui gli esseri umani non hanno avuto nessuna esperienza. La gente ha sperimentato situazioni critiche in passato, l'eruzione di vulcani per esempio, di cui ci sono esempi anche in Italia, a cui nessuno era preparato. Si dice di continuo che stiamo entrando in un territorio inesplorato. È davvero così: stiamo portando il pianeta fuori dal regime climatico in cui gli esseri umani si sono evoluti. Di più: la verità è che potremmo facilmente spingere il clima in un regime mai visto per molti milioni di anni. Un'altra tendenza che le persone hanno – me compresa – è che pensiamo che il futuro assomiglierà al passato. Invece è garantito che sarà parecchio diverso».

<https://www.corriere.it/sette/attualita/24 dicembre 26/elizabeth-kolbert-intervista-2024-3e6c2a3b-113a-4300-a691-de32fbbcbx1k.shtml>

la Repubblica

Clima, il 2024 sarà l'anno più caldo di sempre

Luca Fraioli

I dati Copernicus: il novembre appena trascorso è il secondo più caldo mai registrato a livello globale, dopo il 2023, con una temperatura che ha superato di 1,62 gradi i livelli preindustriali

Ora è ufficiale: il 2024 supera il 2023 e passa alla storia (per ora) come l'anno più caldo da quando si fanno questo tipo di misurazioni. L'annuncio è del Copernicus Climate Change Service, emanazione del Centro

europeo per le previsioni meteorologiche a medio raggio: l'istituzione ormai riconosciuta a livello globale come la più autorevole nel monitorare l'andamento delle temperature del Pianeta.

Nel suo [bollettino mensile](#) l'agenzia europea si concentra sul mese di novembre appena trascorso: è stato il secondo più caldo a livello globale, dopo quello del 2023, con una temperatura media dell'aria superficiale di 14,10°C, di 0,73°C superiore alla media di novembre del periodo 1991-2020. Con un novembre così è ormai certo che l'intero 2024 sarà da record,

indipendentemente dalle temperature che si registreranno a dicembre: la temperatura media globale sarà superiore di oltre 1,5°C rispetto alla media del livello preindustriale: la media annuale dovrebbe essere di 1,60 gradi, superando il record stabilito nel 2023 di 1,48 °C.

Questo non significa, è bene ricordarlo, che sia da considerare fallito l'obiettivo che quasi 200 nazioni si sono date nel 2015 con l'Accordo di Parigi: non basta che il superamento della soglia di 1,5 gradi sia episodico, occorre che si verifichi per molti anni consecutivi.

Il "2024 anno più caldo" non è una sorpresa. [Carlo Buontempo](#), lo scienziato italiano che guida il Copernicus Climate Change Service, lo aveva detto chiaramente nel corso di una intervista a *Green&Blue* il 31 ottobre scorso, in occasione dell'alluvione che aveva investito la regione di Valencia, in Spagna: "Molto verosimilmente il 2024 sarà il più caldo di sempre".

Dai dati raccolti finora, ci vorrebbe un miracolo a novembre e dicembre perché l'anno in corso non batta il record del 2023". Be', il miracolo non c'è stato.

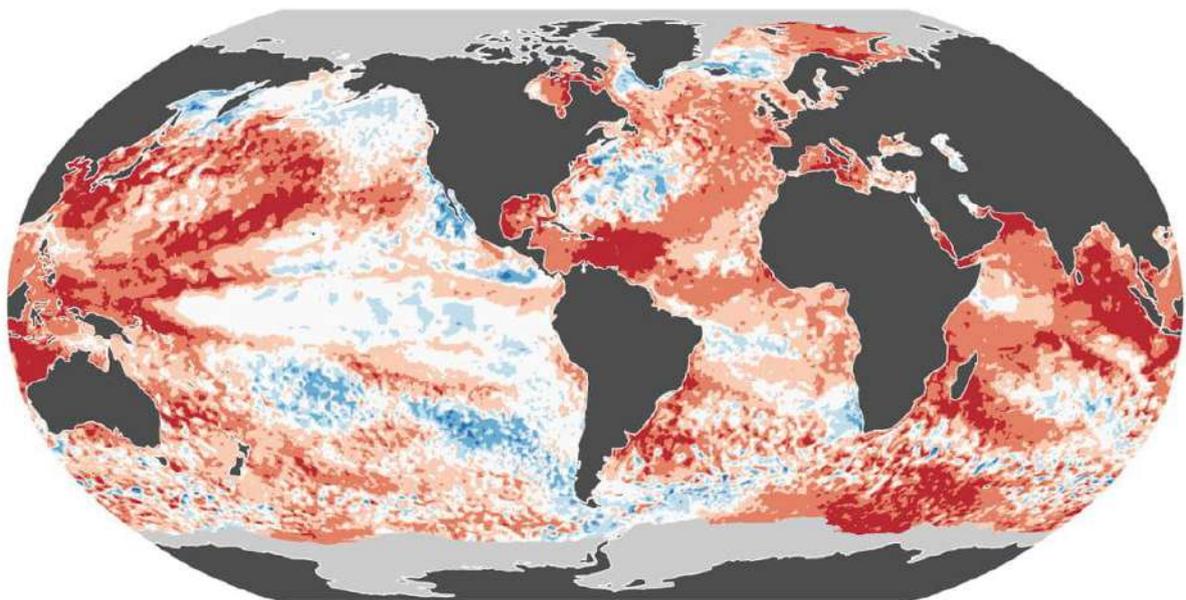
E alla [Cop29 di Baku](#), qualche settimana dopo, aveva rincarato la dose Celeste Saulo, segretario generale dell'Organizzazione meteorologica mondiale: "Il 2024 si avvia a essere l'anno più caldo di sempre".

Quando le abbiamo chiesto se passerà alla storia, oltre che come il più caldo di quelli passati, come il più fresco di quelli a venire, la meteorologa argentina ci ha risposto: "Mi piacerebbe poter rispondere: no. Ma per fare in modo che questa mia risposta corrisponda alla realtà dovremmo agire subito".



Anomalies and extremes in sea surface temperature in November 2024

Data: ERA5 1979–2024 • Reference period: 1991–2020 • Credit: C3S/ECMWF



PROGRAMME OF THE EUROPEAN UNION



Ed è questo il punto: che farsene di questi annunci? Come evitare l'assuefazione, nei media, nella politica, nell'opinione pubblica? Come trasformare i dati scientifici in azione politica?

Non ci stupisce l'annuncio di oggi, così come probabilmente non ci stupirà, tra 12 mesi, che avremo vissuto un 2025 da record in fatto di temperature.

E, quasi certamente, nel frattempo non sarà stata presa alcuna decisione in grado di frenare il riscaldamento. Lucio Caracciolo su *Limes* sostiene che "il cambiamento climatico è tema troppo serio per lasciarlo ai climatologi". Giustissimo. Ma il problema non sembra essere una invasione di campo degli scienziati, quanto una fuga della politica di fronte a numeri che dovrebbero inchiodarla alle sue responsabilità.

https://www.repubblica.it/green-and-blue/2024/12/09/news/crisi_clima_2024_anno_piu_caldo-423861168/?ref=-BH-IO-P-S1-F

CORRIERE DELLA SERA

Internet, ma quanto inquinati? «È la più grande macchina che produce gas serra»

Enzo Riboni

Il web genera il 10% della CO2 del Pianeta: 4 miliardi di tonnellate l'anno per l'energia, più l'acqua per raffreddare i megaserver. Una email equivale a una borsa in plastica

Una **mail**, un **whatsapp**, un video di TikTok, quanto di più immateriale si possa immaginare, assolutamente ininfluenti sul cambiamento climatico. A livello mondiale più del 60% delle persone crede che sia davvero così. La realtà però è diversa: **tutto ciò che passa sul Web genera montagne di CO2**. Per descrivere la situazione la «**Green Web Foundation**», un'organizzazione non profit che punta a un **Internet senza combustibili fossili** entro il 2030, ricorre a un'iperbole: «**Il Web è la più grande macchina alimentata a carbone del mondo**».

L'apparente paradosso è subito spiegabile: per **alimentare (e raffreddare)** i mega server, i data center e la rete di trasmissione dati che tutti noi usiamo, ci vuole una **grande quantità di energia elettrica** e questa, in tutto il mondo, proviene prevalentemente da combustibili fossili, carbone compreso. Le dimensioni del problema si capiscono esaminando alcuni dati. Secondo il **Global carbon project**, partner di ricerca del World climate research programme, chiunque effettui una singola ricerca su Google genera più di 2 grammi di CO2. Pochissimo? No, se si tiene conto che, in un anno, **una sola persona che utilizzi quel motore di ricerca** produce in media un'emissione di CO2 pari a 135 chilogrammi.

Generalizzando: ogni pagina visualizzata su un medio sito Web produce «solo» 1,8 grammi di CO2 ma, sempre nella media, per 100mila pagine visualizzate in un mese si arriva a quasi 2,2 tonnellate di CO2. Poiché nel mondo **i siti sono circa 2 miliardi** si capisce che montagna di gas serra arrivi dal Web. L'impatto globale di Internet sull'ambiente corrisponde a un'emissione di quasi **4 miliardi di tonnellate di CO2 all'anno**: circa il 10% dell'emissione totale prodotta nel Pianeta.

E in Italia? Il tentativo di staccarsi dai numeri globali per arrivare a misurazioni **più focalizzate sui singoli Paesi non avrebbe senso**. Infatti se ci si collega a un sito Web italiano, non è detto che quel sito sia basato su un server che sta in Italia, potrebbe invece far riferimento a uno situato, poniamo, in Islanda, impedendo così di attribuire l'impatto ambientale all'uno o all'altro Paese. Il problema è che le stime sul prossimo futuro disegnano **trend piuttosto allarmanti**. Si prevede che nel 2040 l'impronta ecologica del digitale potrebbe crescere fino arrivare a una quota del 14% delle emissioni globali. Ciò dipende soprattutto dal fatto che **il traffico Internet sta aumentando vertiginosamente**. Se infatti nel 2015 valeva 0,6 ZB (zettabyte, 10²¹ byte, cioè mille miliardi di miliardi di byte), nel 2027 è previsto toccare 4,2 ZB, il 600% in più in poco più di un

decennio. Una stima che secondo alcuni è troppo ottimistica, perché non tiene sufficientemente conto dello **sviluppo dell'intelligenza artificiale** che, avendo bisogno di tantissima potenza di calcolo, diventerà molto energivora, con conseguente enorme aumento delle emissioni di CO2.

Una stima catastrofica che non è condivisa da Nicola Armaroli, ricercatore di Cnr-Isof studioso della transizione energetica. «**Non c'è nessun indicatore attendibile** – sostiene – che suggerisca un aumento clamoroso con conseguente boom dei consumi elettrici. Non ultimo perché l'intelligenza artificiale migliorerà la gestione della rete elettrica con conseguente contenimento delle immissioni di CO2». Ci sono però altri argomenti che enfatizzano il **danno ambientale del digitale**. «Per esempio non si tiene conto - sostiene il responsabile scientifico di Legambiente Andrea Minutolo – che ci sono anche impatti fisici sul territorio. C'è infatti una **crescita di consumo di suolo** dovuta ai capannoni che contengono server sempre più grandi. Inoltre si dimentica l'impatto sulle materie prime critiche - quarzo, silicio, terre rare - che si utilizzano per far funzionare i server e che si trasformano in emissioni di CO2».

Come contenere allora la crescita dell'inquinamento da Web? Secondo Armaroli **anche i singoli utenti possono dare un contributo**. «Solo per fare qualche esempio – spiega – non ascoltando le canzoni preferite in streaming, ma caricandole su un dispositivo per evitare di interrogare in continuazione data center in capo al mondo. Pensando poi che una email semplice fa emettere 4 grammi di CO2, occorre domandarsi se è proprio indispensabile **mandare un allegato** che potrebbe far aumentare di dieci volte l'impatto. Inoltre, l'**opzione «Rispondi a tutti»** va usata solo se necessaria, per evitare di inviare decine di email a persone a cui non interessa la tua risposta. Se poi si è in casa, invece della rete dati del telefono **meglio utilizzare il wi-fi**, che opera via cavo sino al muro di casa ed è molto più efficiente nel consumo energetico. Bisognerebbe poi limitarsi nel giocare online con contatti in giro per il mondo, un'abitudine che può arrivare a consumare come un secondo frigorifero di casa».

[https://www.corriere.it/buone-notizie/24 dicembre 27/internet-ma-quanto-inquini-e-la-piu-grande-macchina-che-produce-gas-serra-7f8897d4-bb1f-4277-baee-3c85acf65x1k.shtml?refresh_ce](https://www.corriere.it/buone-notizie/24-dicembre-27/internet-ma-quanto-inquini-e-la-piu-grande-macchina-che-produce-gas-serra-7f8897d4-bb1f-4277-baee-3c85acf65x1k.shtml?refresh_ce)

la Repubblica

L'albedo si riduce e con meno nuvole il pianeta si riscalda

Anna Lisa Bonfranceschi

Negli ultimi anni stiamo osservando un trend di continua diminuzione delle nubi basse e per un team di ricercatori questo contribuirebbe alla recente impennata delle temperature

I conti non sempre tornano e a volte può essere utile rifarli.

I conti in questo caso sono quelli sull'aumento delle temperature che stiamo osservando negli ultimi anni.

La comunità scientifica è concorde nel ritenere che stiamo assistendo a una pericolosa impennata delle temperature, ed è necessario conoscere appieno le ragioni dietro questi innalzamenti. E scovando si scopre che esistono fattori non sempre considerati a dovere nel conto totale.

È questo lo spirito che ha guidato il lavoro dei ricercatori dell'Alfred Wegener Institute e dell'European Centre for Medium-Range Weather Forecasts, in Germania, secondo i quali le temperature eccezionali dello scorso anno sono state dovute in parte - precisamente per un 0.2°C - a cambiamenti nella capacità del nostro pianeta di riflettere la radiazione solare.

La Terra sarebbe stata meno abile a riflettere la luce del sole, e dunque più calda, anche per questo.

Al centro del lavoro di Helge Goessling e colleghi si trova infatti proprio questo scarto di 0.2°C, definito dal ricercatore, esperto di analisi climatiche al computer, come una delle questioni più discusse in chi si occupa di questi temi.

Il punto è questo: 0.2°C è la differenza tra l'aumento delle temperature osservato e quello atteso. Nel dettaglio, raccontano i ricercatori dalle [pagine](#) di *Science*, considerati gli effetti di fattori quali le emissioni di gas serra, di El Niño, e la lunga coda delle emissioni di vapore acqueo del vulcano Tonga—Hunga Ha'apai, si arriva a spiegare un massimo dell'aumento di circa 1,3°C dei 1,5°C invece osservati lo scorso anno.

Inquinamento

Rianalizzando i dati i ricercatori sono convinti di riuscire a spiegare la discrepanza osservata: la quota mancante è dovuta a una spiccata riduzione dell'albedo della Terra.

Il dato emerge dalle misure e dai modelli effettuati a partire dai satelliti del [progetto](#) Clouds and the Earth's Radiant Energy System (CERES), che si occupa proprio di indagare le relazioni tra radiazione e nuvole (che come il ghiaccio riflettono parte della luce del sole, soprattutto per le nubi più basse, ricordano gli esperti).

La riduzione dell'albedo planetario è un trend, avviato da tempo ma che lo scorso anno ha raggiunto un minimo, spiegano gli esperti in una [nota](#) dell'Alfred Wegener Institute.

Aver risposto a questa prima domanda, però, non ha fatto altro che stimolare la curiosità degli scienziati nel cercare di risalire all'origine del fenomeno osservato.

Secondo i loro modelli e le loro ricostruzioni, la riduzione dell'albedo avrebbe una causa chiara: la diminuzione delle nubi basse, specialmente alle medie latitudini nell'emisfero settentrionale e ai tropici.

Di una quota pari proprio allo scarto dello 0,2°, scrivono: "L'aumento dell'assorbimento di radiazioni a onde corte da dicembre 2020 dovuto alla riduzione dell'albedo può spiegare lo scarto di 0,22°C dell'anomalia di temperatura del 2023, incluso la quota di 0,03°C dalle regioni polari dove la riduzione dell'albedo è dominata dal ritiro del ghiaccio marino e della neve".

Lo studio

La conseguenza diretta della perdita di queste nubi basse - forse per una diminuzione degli aerosol di origine antropica che fungono da nuclei di condensazione o forse per effetto dei cambiamenti climatici - farebbe perdere al nostro pianeta uno scudo riflettivo per la radiazione solare, e così la capacità di raffreddamento, ha spiegato Goessling.

Considerata la posta in gioco, vale la pena impegnarsi a comprendere meglio tutto questo, facendo e rifacendo i conti, concludono gli autori.

https://www.repubblica.it/green-and-blue/2024/12/10/news/aumento_temperature_albedo_nuvole-423872780/?ref=-BH-I0-P-S5-T1

la Repubblica

Il 2024 anno difficile e dal segno meno per Alpi, ghiacciai alpini e biodiversità

Giganti bianchi sempre più sottili e in forte arretramento a causa della crisi climatica e delle temperature record di questa estate. I dati di Legambiente fotografano i ghiacciai in crisi

Un 2024 difficile e dal segno meno nonostante le neviccate tardive della scorsa primavera.

È questo il bilancio di fine anno che si prospetta per Alpi e ghiacciai alpini, quest'ultimi sempre più sottili e quasi tutti in forte arretramento su tutto l'arco alpino e con impatti su ecosistemi e biodiversità.

Ghiacciaio simbolo di questo 2024 è l'Adamello, il primo ghiacciaio più grande d'Italia, che nel 2024 registra una perdita di spessore nel settore frontale di 3 metri ed effetti della fusione fino a 3100 metri di quota. In espansione i collassi circolari dovuti alla contrazione della massa glaciale.

Emblematica la foto scattata a settembre: con la fronte della sua lingua completamente scoperta, nonostante i 6 metri di neve misurati in tarda primavera sul Pian di Neve del Ghiacciaio.

Non se la passano bene neanche il ghiacciaio del Careser (Gruppo Ortles—Cevedale) con 190 centimetri in media di perdita di spessore, e in Alto Adige i Ghiacciai della Vedretta Lunga (Val Martello) e della Vedretta di Ries (Valle Aurina) con una perdita di spessore sulle lingue tra il metro e mezzo e i due metri, solo per citarne alcuni.

Marmolada, il ghiacciaio morente

A stilare questo bilancio, in occasione della giornata internazionale della montagna, è Legambiente con i dati del quinto report di Carovana dei ghiacciai dal titolo *“Gli effetti della crisi climatica su ghiacciai, ambiente alpino e biodiversità”*, realizzato in collaborazione con il Comitato Glaciologico e CIPRA ITALIA e presentato oggi a Milano all’Università Bicocca.

L’associazione ambientalista torna a ribadire l’urgenza di mettere in campo piani e politiche di adattamento a livello nazionale e regionale, dai comuni montani fino a valle, e presenta un pacchetto di 12 proposte – 6 dal carattere più generale e 6 specifiche per l’area alpina - per una road map europea che metta al centro montagne, ghiacciai e biodiversità e da attuare al più presto, già dal 2025, anno internazionale dei ghiacciai. In questa partita è importante che l’Italia faccia la sua parte.

I ghiacciai, ricorda Legambiente, sono tra gli ambienti protetti dalla Direttiva Habitat, che li identifica come “Ghiacciai Permanenti”. Dei 123 siti di importanza comunitaria che al loro interno possiedono ghiacciai, il 50% si trova in Italia.

Crisi climatica, impatti e biodiversità

A pesare sul precario stato di salute dei ghiacciai alpini una crisi climatica che nel 2024 ha accelerato il passo, con caldo record e zero termico in quota in grado di annullare i benefici delle nevicate tardive di questa primavera; ma anche con 146 eventi meteo estremi, registrati da gennaio a dicembre 2024 sull’arco alpino, che hanno reso più fragile la montagna.

Lombardia (49), Veneto(41) e Piemonte (22) le regioni più colpite. In alcuni casi alcuni eventi meteo hanno anche accelerato la fusione come nel caso delle polveri sahariane arrivate con alcune delle perturbazioni primaverili in quota. Così entro 50 anni scomparirà il ghiacciaio dell’Adamello

Impatti, quella causati dalla crisi climatica e dalla fusione dei ghiacciai, che si ripercuotono sempre di più anche su flora e fauna. Tra le specie più a rischio ci sono i camosci che risentono sempre più degli effetti della crisi climatica. La diminuzione della quantità e della qualità del cibo disponibile rappresenta una condizione particolarmente critica, soprattutto a giugno, periodo in cui le femmine partoriscono e allattano e hanno un maggiore fabbisogno energetico. Ma anche lepre bianca, ermellino e pernice bianca.

La mancata corrispondenza tra la stagione della neve e la muta espone questi animali ad una maggiore visibilità rendendo più difficile la ricerca di cibo e la fuga dai predatori.

Studi recenti condotti sull’arco alpino evidenziano, inoltre, una perdita di area idonea per la pernice bianca compresa tra il 17 e il 59% a seconda degli scenari di riscaldamento ipotizzati.

Tra le piante che vivono vicino ai ghiacciai quella maggiormente in pericolo è *l’Artemisia genipi (fiore che cresce solo negli ambienti proglaciali delle Alpi Occidentali)*; ma ci sono anche *la Saxifraga bryoides, la Saxifraga oppositifolia, la Cardamine resedifolia*, il ranuncolo dei ghiacciai: tutte piante specializzate che perdendo il loro habitat verrebbero messe gravemente a rischio.

In parallelo il vuoto lasciato dai ghiacciai viene popolato da nuovi ecosistemi e il bosco avanza. Se nei prossimi 100 anni la temperatura si innalzerà di 3 gradi centigradi, secondo uno studio di Science, le aree di vegetazione si dovranno spostare di circa 600 metri verso l’alto.

Temi di cui Legambiente parlerà anche a Roma presso il Nuovo Cinema Aquila l’11 dicembre alle ore 21.00 dove, in occasione del Film Festival Antropocene, verrà proiettato il [documentario di Carovana dei ghiacciai](#) realizzato dal videomaker David Fricano per Legambiente.

“Dopo gli anni critici del 2022 e del 2023, segnati da gravi perdite di massa glaciale non solo sul versante meridionale dell’Arco Alpino, il 2024 non ha portato il miglioramento sperato – dichiara Vanda Bonardo, responsabile nazionale Alpi di Legambiente e presidente di CIPRA ITALIA.

La crisi climatica oltre ad accelerare il deterioramento di ghiacciai montani, permafrost e calotte polari, determina anche profonde trasformazioni nell’ambiente montano, generando nuove aree proglaciali. In queste aree emergono nuovi ecosistemi, ancora da studiare e tutelare, che richiedono un’attenzione

particolare. Questo fenomeno è stato osservato durante la quinta edizione della *Carovana dei Ghiacciai* la scorsa estate ed è ulteriormente approfondito in questo report.”

Clima, i ghiacciai si ritirano: cambia anche il profilo delle Alpi

“Ignorare quanto sta accadendo in alta quota significa esporre il nostro pianeta a rischi insostenibili - sostiene Giorgio Zampetti, direttore generale di Legambiente - perché questi fenomeni hanno ripercussioni anche a valle.

È necessario e urgente lavorare sulle politiche di mitigazione e di adattamento alla crisi climatica.

Facendo rete con ricercatori ed esperti, e questo è anche l’obiettivo principale del protocollo d’intesa che l’associazione ha firmato con il Comitato glaciologico italiano, e le comunità locali.

Da qui anche la necessità di definire al più presto una road map europea, di cui ci facciamo portavoce, per promuovere una gestione efficace e una protezione adeguata delle aree montane fragili ma importanti e degli ecosistemi”.

“La perdita di massa che stanno subendo tutti i ghiacciai dell’arco Alpino viene – dichiara Valter Maggi Presidente del Comitato Glaciologico Italiano e Professore dell’Università di Milano Bicocca – ha portato alla scomparsa di numerosi piccoli ghiacciai specialmente nei massicci montuosi a minore quota.

Questa perdita sta modificando in modo drammatico il paesaggio montano, la disponibilità della preziosa riserva d’acqua, andando ad impattare sulle comunità locali già colpite dai cambiamenti climatici”.

I dati del report

Tra gli altri dati 2024, preoccupa anche quanto sta accadendo sul Ghiacciaio Ciardoney (Gran Paradiso, Piemonte) con un - 1050 millimetri di acqua equivalente; sul Ghiacciaio del Grand Etrét (Valsavaranche, Valle d’Aosta): -1200 millimetri di acqua equivalente; sul Ghiacciaio di Timorion (Valgrisenche, Valle d’Aosta): -654 millimetri di acqua equivalente.

Un’unica nota positiva arriva dal ghiacciaio del Montasio in Friuli-Venezia Giulia che ha fatto registrare un + 200 millimetri di acqua equivalente. Monte Rosa, il ghiacciaio di Flua non c’è più

Impatti climatici, i casi simbolo del 2024

Tre i casi simbolo 2024 degli impatti che la crisi climatica sta causando in quota indicati nel report: si va dal ghiacciaio Tschierva, situato sotto il Piz Bernina, la vetta più alta delle Alpi orientali, in Svizzera, dove il 16 aprile 2024 si è verificata una frana d’alta montagna con 8-9 milioni di metri cubi di roccia e ghiaccio che si sono staccati dalla montagna scivolando a valle; al rock glacier di Livigno, dove la degradazione del ghiaccio interno ha provocato, durante l’estate scorsa, una serie di colate di detrito. Sulle Alpi Occidentali il nubifragio del 29-30 giugno ha causato profonde trasformazioni morfologiche in Valle d’Aosta e Alta Val Sesia.

12 proposte per una road map europea

Sei le proposte di carattere generale e sei quelle più specifiche per l’area pan-alpina presentate da Legambiente e al centro di una road map europea non più rimandabile. In particolare l’associazione chiede:

- 1) avviare con urgenza un piano di monitoraggio della biodiversità degli ambienti glaciali;
- 2) di completare il monitoraggio delle potenziali aree-rifugio;
- 3) avviare il recupero dei siti in cattive condizioni, preceduto da adeguati studi specifici sui processi ecosistemici determinati direttamente dai cambiamenti climatici;
- 4) rendere più stringenti oltre che cogenti gli obiettivi della strategia dell’UE sulla biodiversità al 2020 nelle aree montane;
- 5) orientare le scelte dell’Unione Europea alla tutela degli ambienti glaciali;
- 6) sviluppare nuove strategie per migliorare la protezione in situ degli ecosistemi in quota per garantire la loro esistenza e la funzionalità ecosistemica.

Per quanto riguarda l’area pan-alpina, per Legambiente per accelerare l’attuazione della Convenzione delle Alpi e della Strategia europea per la regione alpina (EUSALP) serve

- 1) incentivare la connettività ecologica a livello di ecosistema alpino,
- 2) Implementare il percorso di definizione di Liste Rosse IUCN delle Alpi.
- 3) Porre particolare attenzione ai rischi antropici.

- 4) Evitare forme di overtourism nelle aree dove la biodiversità e la geodiversità è già messa a rischio dai cambiamenti climatici e al contempo educare i turisti a una fruizione più attenta e consapevole;
- 5) Raggiungere l'obiettivo di tutelare almeno il 30% del territorio entro il 2030, attraverso strumenti giuridicamente vincolanti, con una particolare attenzione ai ghiacciai e alle nuove aree proglaciali
- 6) istituire contesti di confronto che coinvolgano amministratori regionali e locali, gruppi di ricerca, associazioni e imprese, per lavorare insieme con l'obiettivo di migliorare la capacità di governance dei ghiacciai alpini, della biodiversità e della geodiversità ad essi connessa.

https://www.repubblica.it/green-and-blue/2024/12/11/news/giornata_internazionale_montagna_ghiacciai_in_ritirata_legambiente-423877159/

Science

Le nuvole della Terra si stanno riducendo, aumentando il riscaldamento globale

Il restringimento delle fasce di tempesta potrebbe essere un nuovo, sorprendente e pericoloso feedback del cambiamento climatico

19 DICEMBRE 2024 · 9:00 AM ET · DI PAUL VOISEN

Per oltre 20 anni, gli strumenti della NASA nello spazio hanno monitorato un crescente squilibrio nel bilancio energetico solare della Terra, con più energia in entrata che in uscita dal pianeta. Gran parte di questo squilibrio può essere attribuito alle emissioni di gas serra dell'umanità, che intrappolano il calore nell'atmosfera.

Ma spiegare il resto è stata una sfida.

La perdita di ghiaccio riflettente, che espone il terreno più scuro e l'acqua che assorbe più calore, non è sufficiente a spiegare il deficit, e anche il declino delle [foschie riflettenti la luce](#) mentre i paesi bonificano o chiudono le industrie inquinanti [è carente](#).

"Nessuno può ottenere un numero che sia anche solo vicino", afferma George Tselioudis, uno scienziato del clima presso il Goddard Institute for Space Studies della NASA.

Ma Tselioudis e i suoi colleghi ora pensano di poter spiegare il crescente divario con le prove raccolte da un satellite straordinariamente longevo.

Hanno scoperto che la copertura nuvolosa riflettente del mondo si è ridotta negli ultimi 2 decenni di un grado piccolo ma tangibile, consentendo l'ingresso di più luce e aumentando il riscaldamento globale.

"Sono sicuro che sia un pezzo mancante.

È il pezzo mancante", afferma Tselioudis, che [ha presentato il lavoro](#) la scorsa settimana a un incontro dell'American Geophysical Union.

Gli scienziati del clima ora devono capire cosa sta causando questi cambiamenti nelle nuvole.

Devono anche affrontare una domanda più allarmante: se la tendenza sia un feedback del cambiamento climatico che potrebbe accelerare il riscaldamento in futuro, afferma Michael Byrne, un esperto di dinamiche climatiche presso l'Università di St. Andrews.

Sebbene alcuni modelli abbiano previsto i cambiamenti nelle nuvole, Byrne afferma: "Non credo che possiamo rispondere a questa domanda con molta sicurezza".

Le nuvole hanno forme e dimensioni diverse, ma due delle fasce di nuvole più costanti sono formate dai flussi d'aria su larga scala della Terra.

Una fascia, vicino all'equatore, si estende attorno al pianeta come una cintura. Si forma quando gli alisei degli emisferi settentrionale e meridionale convergono, costringendo l'aria umida a salire verso l'alto per raffreddarsi e condensarsi in nuvole.

Un'altra fascia si verifica alle medie latitudini, dove le correnti a getto portano grandi vortici di tempo tempestoso attorno al pianeta.

Ad agosto, Tselioudis e i suoi coautori hanno riferito che nei 35 anni coperti dalle immagini dei satelliti meteorologici, le fasce di nubi equatoriali si erano ristrette, mentre le tracce delle tempeste di media latitudine si erano spostate verso i poli, limitando la regione in cui possono formarsi e riducendone la copertura.

Ma il risultato, [pubblicato su *Climate Dynamics*](#), è stato cucito insieme da molti satelliti diversi, ognuno con le sue stranezze ed errori, il che ha reso difficile per i ricercatori essere sicuri che le piccole tendenze da loro rilevate fossero reali.

Ora, il team si è rivolto a un singolo satellite, il Terra della NASA, che monitora [il pianeta da quasi un quarto di secolo](#). Osservando gli stessi sistemi nuvolosi, il team ha trovato esattamente le stesse tendenze, con una copertura nuvolosa in calo di circa l'1,5% per decennio, afferma Tselioudis.

"È solo ora che il segnale sembra uscire dal rumore". Bjorn Stevens, uno scienziato del clima presso il Max Planck Institute for Meteorology, afferma che un paio di punti percentuali potrebbero non sembrare importanti. "Ma se si calcolano queste tendenze, sono enormi", afferma. "Ciò indicherebbe un feedback delle nuvole fuori scala".

Annuncio

Il team ha anche scoperto che l'80% dei cambiamenti di riflettività complessivi in queste regioni derivavano da nubi in contrazione, piuttosto che da nubi più scure e meno riflettenti, che potrebbero essere causate da un calo dell'inquinamento.

Per Tselioudis, questo indica chiaramente che i cambiamenti nei modelli di circolazione atmosferica, non le riduzioni dell'inquinamento, stanno guidando la tendenza.

Il nuovo lavoro non è isolato. All'inizio di quest'anno, [in *Surveys in Geophysics*](#), un gruppo guidato dallo scienziato del clima Norman Loeb del Langley Research Center della NASA ha anche tracciato il divario nello squilibrio energetico alla diminuzione della copertura nuvolosa.

Ma Loeb, che guida il lavoro sul set di strumenti satellitari della NASA chiamato Clouds and the Earth's Radiant Energy System, che traccia lo squilibrio energetico, pensa che il calo dell'inquinamento possa svolgere un ruolo importante nei cambiamenti delle nuvole, specialmente nell'emisfero settentrionale.

"Le osservazioni ci dicono che qualcosa sta sicuramente cambiando", afferma.

"Ma è una complicata zuppa di processi".

Se sono in atto cambiamenti nella circolazione globale, una domanda urgente è se continueranno, afferma Tiffany Shaw, una dinamica climatica presso l'Università di Chicago.

Gli stessi modelli che prevedono un restringimento della cintura di tempeste equatoriali suggeriscono anche che il cambiamento climatico causerà un riscaldamento dell'aria sull'Oceano Pacifico orientale più rapido rispetto a quello occidentale, indebolendo un importante ramo della circolazione su larga scala.

Ma negli ultimi decenni, il Pacifico orientale si è effettivamente raffreddato, rafforzando invece questi venti. Altre osservazioni, nel frattempo, suggeriscono che il resto della circolazione si sta indebolendo.

La confusione rende difficile sapere se le nubi continueranno a restringersi mentre il mondo si riscalda.

"Con molto di questo", afferma Shaw, "il mondo reale ci mostrerà la risposta".

Stevens, per esempio, è sempre più preoccupato.

"Se la tendenza regge, siamo nei guai", dice Stevens. "Speriamo, speriamo che cambi direzione domani".

https://www.science.org/content/article/earth-s-clouds-are-shrinking-boosting-global-warming?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_content=alert&utm_campaign=DailyLatEstNews&et rid=691092258&et cid=5470282

La difesa del Servizio Sanitario Nazionale parte dalla preminenza della sanità pubblica

Marco Caldiroli, *Presidente di Medicina Democratica*

02 DIC -

Gentile Direttore,

l'appello "[Non possiamo restare in silenzio](#)" può riattivare un confronto e una discussione tra le molte associazioni che vedono il SSN da sostenere come "pensato" con la riforma del 1978, per l'attuazione del fondamentale diritto alla salute individuale e collettivo.

Medicina Democratica è stata tra le realtà che hanno contribuito a far nascere e a definire la riforma del 1978 e da circa 4 anni, a fronte delle criticità evidenziate dall'impatto dell'epidemia da Sars Cov 2, assieme a molte altre realtà nazionali e locali non siamo rimasti in silenzio e abbiamo intrapreso un nuovo percorso di discussione e di definizione di proposte per il rilancio della sanità pubblica. Numerose le iniziative con molte altre realtà e con appelli e "piattaforme" che sono a disposizione anche sul nostro sito web. L'obiettivo era ed è quello di riempire di contenuti quegli "interventi per interromperne il declino" con cui si chiude l'appello.

La nostra sottoscrizione non figura in calce all'appello in questione, sottoposto a noi troppo tardi per poter entrare nel merito e verificare la possibilità di modifiche e integrazioni, ma condividiamo il tema fondamentale della difesa del SSN e quindi ci aspettiamo che l'appello possa costituire una base per una più ampia condivisione, considerando le reali problematiche di questa estrema difficoltà del SSN e definendo un percorso per poterle superare.

In modo analogo alla nota di commento del 28.11.2024 della Associazione Alessandro Liberati "la difesa del SSN : più risorse e più chiarezza su chi e come" condividiamo che sia "meglio chiarita la proposta di integrazione tra pubblico e privato" e, conseguentemente, "la gestione delle risorse necessarie e l'erogazione dei servizi".

Sul tema abbiamo sempre espresso una posizione netta : se la salute è la priorità è la sanità pubblica che deve essere preminente per le funzioni "generali" che la normativa le attribuisce proprio per attuare il diritto alla salute a partire dalla priorità della prevenzione primaria, obiettivo esplicito della riforma del 1978, che non è certamente obiettivo primario della sanità privata.

Abbiamo utilizzato il termine "preminente" perché utilizzato dalla ragioneria dello Stato a critica di una delle tante leggi in modifica continua (LR 22/2021) dell'assetto della sanità che la Lombardia ha prodotto dal 1997 ad oggi, indebolendo la sanità pubblica e sbilanciando i servizi verso quella privata.

Non condividiamo la posizione di chiunque parli genericamente di incremento di risorse per la sanità senza appunto specificare la priorità della sanità pubblica e la revisione profonda dello sbilanciamento dei rapporti tra sanità pubblica e privata nel SSN in particolare acuito negli ultimi decenni con l'enorme aumento degli accreditamenti e contrattualizzazioni di enti privati spesso favoriti nella scelta delle prestazioni più remunerative, come recentemente ricordato anche dal libro di Gabanelli-Ravizza.

Per non dire di una ragionata ed equilibrata allocazione delle risorse per non trovarsi, come sta succedendo, con "case della comunità" finanziate dal PNRR ma vuote di operatori sanitari e socio-sanitari per i quali non vi sono investimenti anzi permangono blocchi delle assunzioni. Questo, secondo vari autori, può costituire, se non si interviene in modo netto, una nuova prateria per la privatizzazione del "sistema".

Vi sono anche altri importanti aspetti che segnaliamo alle associazioni firmatarie dell'appello e sui quali riteniamo sia necessario confrontarsi per verificare la possibilità di un percorso comune, "di rete".

Un primo aspetto è quello della messa in discussione netta del ruolo sempre più crescente di mutue, assicurazioni, "sanità integrative" incluse quelle inserite nel "welfare aziendale" tramite i contratti collettivi di lavoro, che costituiscono sempre più spesso le uniche modalità per alcuni utenti, peraltro quelli maggiormente tutelati -e comunque in funzione delle proprie condizioni- per poter accedere ai servizi.

Il secondo (e anche il terzo) pilastro, rappresenta il punto di arrivo della deriva del SSN, il ritorno a condizioni simili a quelle antecedenti l'approvazione della riforma sanitaria resasi necessaria anche per superare il fallimento di questi strumenti. Noi riteniamo invece prioritario ridurre la discriminazione crescente all'accesso alle cure appunto attraverso i servizi pubblici con una reale presa in carico e mantenimento del diritto alla salute previsto dalla Costituzione.

Segnaliamo da tempo il grave rischio relativo "nelle cure dei malati cronici": la recente normativa sulla non autosufficienza, con i decreti applicativi in definizione, sottrae queste persone dal SSN, e quindi da un ambito di diritto della persona, a quello della assistenza, condizionato dai "vincoli di bilancio" con un prevedibile ulteriore appesantimento sulle famiglie.

Che dire poi delle previsioni della proposta di "autonomia differenziata" che aggraverà non solo le differenze esistenti tra regioni ma anche quelle all'interno di ogni regione spingendo ulteriormente verso la privatizzazione dei servizi? Un tema che non può essere eluso perché mette in discussione un altro degli obiettivi fondamentali della riforma del 1978: il superamento delle differenze territoriali.

Infine condividiamo quanto scritto sulle condizioni critiche del personale pubblico del SSN ma riteniamo un passaggio non eludibile richiedere, in questo caso, una vera equiparazione tra pubblico e privato con un unico contratto nazionale collettivo che riguardi tutti gli operatori sanitari al di là di quale sia il datore di lavoro. Un ambito che ricorda la necessità della ricerca di condivisione anche con i sindacati.

Confermiamo la nostra disponibilità ad approfondire e verificare le condivisioni possibili soprattutto con tutte quelle associazioni impegnate da anni nel sostegno della sanità pubblica.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=126175



Il vero costo della sanità in Italia

Come funziona il Sistema sanitario nazionale? Quanto spende l'Italia in proporzione al prodotto interno lordo rispetto agli altri Paesi in Europa.

Come agisce il nostro sistema sanitario nazionale? Quanto incide la spesa sanitaria pubblica sulla finanza pubblica, anche rispetto ai sistemi sanitari nazionali degli altri Paesi dell'UE?

In questo articolo proveremo a rispondere a queste ed altre domande, indicando inoltre a quanto ammonta, in Italia, la spesa sanitaria privata.

[Prenota una visita specialistica](#)

Costo della sanità in Italia, quali riferimenti?

L'Italia è uno dei Paesi europei a spendere meno nella sanità oltre ad avere, nel corso degli ultimi anni, tagliato le risorse per questo settore. Anche per via dell'ultimo decennio di crisi economica.

Allo stesso tempo, la **qualità dell'assistenza sanitaria italiana** viene riconosciuta anche dall'OMS. Cerchiamo di approfondire quindi la spesa sanitaria nel nostro Paese, il funzionamento del sistema sanitario, scoprendo quali sono le regioni più virtuose per beni e servizi nell'ambito della salute.

Quanto si spende per la sanità in Italia?

La **spesa sanitaria pro capite** in Italia è pari a **2.473 euro**, stando al [report 2020](#) dell'OCSE (ultimo disponibile) intitolato Health at Glance, Europe 2020. Si tratta di un importo drasticamente inferiore rispetto ad altri Paesi quali Francia o Germania, che esprimono spese pro capite rispettivamente di 3644 e 4504 euro.

La media italiana è complessivamente inferiore alla spesa media pro capite europea, che si assesta sui 2572 euro.

Finanziamento del Servizio sanitario nazionale nel 2023

Questi dati meritano comunque una integrazione. La [legge di bilancio 2022](#) (L. n. 234/2021) ha stabilito un **nuovo fabbisogno per la sanità pubblica e per la sanità accreditata**. Le cifre sono:

- **124.061 milioni di euro** per il 2022
- **126.061 milioni di euro** per il 2023
- **128.061 milioni di euro** per il 2024.

Cifre in controtendenza, rispetto ai tagli alla sanità che sono stati applicati tra il 2008 e il 2013, gli anni della crisi economica. La successiva [legge di bilancio 2023](#) prevede infatti un aumento complessivo di finanziamento alla sanità, ricompreso nel bilancio dello Stato, pari a **2 miliardi di euro**.

Quanto incide la sanità sul PIL?

La **quota di PIL** occupata dalla spesa pubblica sanitaria, tra soldi pubblici e privati, è **del 8,7%**. La finanza pubblica, quindi lo Stato, dà un contributo del 6,4%, mentre il 2,2% arriva dalla spesa privata.

Rimane la distanza con altri Paesi industrializzati, ma **l'Italia ha uno 0,4% in più di quota PIL rispetto alla media europea, che è dell'8,3%**. La Germania e la Francia, ad esempio, hanno quote PIL destinate alla sanità dell'11,7% e del 9,4%.

Come viene finanziato il Sistema sanitario italiano?

L'istituzione del Sistema sanitario nazionale, che rientra tra i servizi pubblici, risale al 1978. I principi che lo animano sono:

- **universalità** delle prestazioni sanitarie
- **uguaglianza**, ovvero l'accesso alle cure senza alcuna discriminazione
- **equità**, quindi una parità di accesso a parità di condizioni di salute

Il Sistema sanitario è sostenuto dai cittadini per mezzo della **fiscalità generale**, in **proporzione al reddito** di cui dispongono e attraverso il **pagamento di un ticket**, per le prestazioni sanitarie, da parte di chi è privo del diritto all'esenzione. Il ticket, introdotto nel 1982, deve essere pagato nei casi di:

- **esami diagnostici strumentali**
- [esami di laboratorio](#)
- **prestazioni non urgenti**
- **cure termali**

Viene riconosciuta l'**esenzione** nei casi di specifiche condizioni economiche o sociali, o in presenza di patologie croniche, come ad esempio il [diabete](#), o ancora per condizioni di invalidità o stato di [gravidanza](#).

Obiettivo del Sistema sanitario italiano è **garantire la copertura universale**, e per la gran parte gratuita, e garantire allo stesso tempo la **copertura totale** a vantaggio delle persone affette da [patologie croniche](#).

Chi gestisce la sanità in Italia?

In Italia è **compito del governo** amministrare, controllare e distribuire il budget per la spesa sanitaria, mentre la **Ragioneria Generale dello Stato** si occupa di monitorare e svolgere attività di report. L'esecutivo, inoltre definisce i benefici nazionali garantiti ai cittadini, residenti stranieri compresi.

Le **Regioni**, poi, hanno il compito di organizzare, pianificare e fornire i servizi sanitari con il supporto delle autorità sanitarie locali. I [finanziamenti](#) arrivano grazie ad una legge di Stato dedicata, e si compongono di ticket, ricavi delle attività intramoenia, da quanto finanziato direttamente dallo Stato e dalla fiscalità regionale (componente finanziamento sanità Irap e addizionale Irpef).

Le **Regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e Bolzano** concorrono alla spesa sanitaria per tutto il fabbisogno non coperto da entrate sanitarie e fiscalità. Con eccezione della Sicilia, in cui la quota non deve superare il 49,11% del totale del fabbisogno sanitario regionale.

[Prenota una visita specialistica](#)

Dove funziona meglio la sanità in Italia?

La decima edizione, datata 2022, del rapporto [Le performance regionali](#) stilato da Crea Sanità ha stabilito **quattro Regioni** con dei livelli di performance e tutela sanitaria significativamente elevati: il **Veneto** è al primo posto, ed è seguito da **Emilia Romagna, Toscana** e infine **Lombardia**.

Tra le Regioni che purtroppo hanno bisogno di recuperare posizioni nella classifica ci sono Sicilia, Puglia, Molise, e infine Abruzzo, Campania e Calabria.

Sanità integrativa in Italia

Una ultima considerazione può essere svolta in merito alla **sanità integrativa** in Italia, che nel 2022 ha rappresentato una spesa pari a 4,3 miliardi di euro. Con una spesa diretta, da parte delle famiglie, di circa 38 miliardi di euro.

<https://magazine.santagostino.it/sanita-in-italia-cost/>

Pandemia in essere e in arrivo

THE LANCET
Infectious Diseases

Questo diario Riviste Pubblicare Clinico Salute globale Multimedia Eventi Di

CORRISPONDENZA - Online prima, del 10 dicembre 2024

Immunità umorale antivirale indotta dai vaccini monovalenti a mRNA JN.1 contro le sottovarianti omicron di SARS-CoV-2 tra cui JN.1, KP.3.1.1 e XEC

Kei-ya Urie^{a,1}, Yu Kaku^{a,1}, Yoshifumi Uwamino^d, Hiroshi Fujiwara^e, Fumitake Saito^e
Il consorzio Genotype to Phenotype Japan (G2P-Japan)^{a,2} e altriMostra altro

A partire da novembre 2024, le sottovarianti JN.1 omicron del SARS-CoV-2, come KP.2 (JN.1.11.1.2), ¹ KP.3 (JN.1.11.1.3), KP.3.1.1 (JN.1.11.1.3.1.1) e XEC ², una linea ricombinante tra KS.1.1 (JN.13.1.1.1) e KP.3.3 (JN.1.11.1.3.3), sono in circolazione in diversi Paesi.

Per ridurre la malattia grave, l'ospedalizzazione e la morte causate dall'infezione con le recenti sottovarianti JN.1 omicron del SARS-CoV-2, sono stati sviluppati vaccini mRNA monovalenti JN.1.

Un precedente rapporto ha mostrato che il vaccino mRNA monovalente JN.1 di Pfizer–BioNTech (Stati Uniti/Germania) ha aumentato l'immunità umorale antivirale contro le sottovarianti JN.1 e XEC. ³

Tuttavia, l'efficacia di altri vaccini mRNA monovalenti JN.1 disponibili (ad esempio, Daiichi-Sankyo, Giappone) rimane non valutata.

Per convalidare la risposta anticorpale neutralizzante indotta dai vaccini a mRNA JN.1, sono stati raccolti sieri da individui vaccinati con il vaccino a mRNA Pfizer–BioNTech JN.1 (n=15; [appendice p 5](#)) o il vaccino a mRNA Daiichi-Sankyo JN.1 (n=19; [appendice p 5](#)) prima e 3–4 settimane dopo la vaccinazione.

Abbiamo quindi eseguito un test di neutralizzazione utilizzando questi sieri e pseudovirus.

Sia il vaccino Pfizer–BioNTech JN.1 (da 2,4 a 8,0 volte, $p = 0,0001$; [appendice p 5](#)) sia il vaccino Daiichi-Sankyo JN.1 (da 2,3 a 13 volte, $p = 0,0001$; [appendice p 5](#)) hanno potenziato l'immunità umorale antivirale contro tutte le varianti testate con significatività statistica.

Il vaccino mRNA Pfizer–BioNTech codifica la punta JN.1 a lunghezza intera (S), il vaccino mRNA Daiichi–Sankyo codifica il dominio di legame del recettore di JN.1 S.

I nostri dati suggeriscono che il dominio di legame del recettore di JN.1 S può indurre efficacemente un'immunità umorale antivirale contro le sottovarianti JN.1 e XEC paragonabile alla JN.1 S a lunghezza intera. Tuttavia, si dovrebbe considerare che le dimensioni delle nostre coorti sono relativamente piccole (<20 donatori per coorte).

Inoltre, si dovrebbe notare che le caratteristiche dei donatori delle due coorti differiscono sostanzialmente in età, sesso, stato della malattia di base, precedente infezione da SARS-CoV-2 e precedente stato di vaccinazione ([appendice p 4](#)), il che potrebbe influenzare i risultati sperimentali.

Future indagini con coorti più grandi affronteranno questa preoccupazione.

Inoltre, come abbiamo riportato l'anno scorso, la risposta anticorpale neutralizzante indotta dal vaccino mRNA monovalente XBB.1.5 contro l'ancestrale B.1.1 era più forte di quella contro una serie di sottovarianti omicron.⁴

Tuttavia, nel caso del vaccino mRNA monovalente JN.1, qui abbiamo dimostrato che il titolo di neutralizzazione del 50% contro BA.5, una delle principali sottovarianti omicron, è più alto di quello contro B.1.1 ([appendice p 5](#)).

Queste osservazioni implicano che l'imprinting immunitario si è spostato da quello orientato verso il pre-omicron a quello orientato verso l'omicron, a seconda dell'alterazione del tempo e del numero di stimoli immunitari (ad esempio, infezione o vaccinazione), come suggerito da uno studio precedente.⁵

study											
Sex	Age	Date of 1st vaccination (YYYY-MM-DD)	Date of 2nd vaccination (YYYY-MM-DD)	Date of 3rd vaccination (YYYY-MM-DD)	Date of 4th vaccination (YYYY-MM-DD)	Date of 5th vaccination (YYYY-MM-DD)	Date of 6th vaccination (YYYY-MM-DD)	Date of 7th vaccination (YYYY-MM-DD)	Date of sampling (before vaccination) (YYYY-MM-DD)	Date of JN.1 vaccination (YYYY-MM-DD)	
Male	40	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2023-10-12	2024-10-07	2024-10-07	
Female	85	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2023-10-05	2024-10-07	2024-10-07	
Female	70	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2023-11-16	2024-10-07	2024-10-07	
Male	35	2021-07-19M	2021-08-20M	2022-05-13M	2022-11-22MBA.4/5	2023-10-01MXBB	-	-	2024-10-02	2024-10-03	
Female	55	2021-06-26P	2021-07-17P	2022-02-05P	2022-11-16PBA.4/5	-	-	-	2024-09-27	2024-10-04	
Male	29	NA	2023-2-15MBA.4/5	-	-	-	-	-	2024-10-02	2024-10-03	
Male	27	2021-07-27M	NA	2022-07-10P	2023-01-18PBA.4/5	-	-	-	2024-10-02	2024-10-03	
Male	42	2021-06-17P	2021-07-07P	2022-03-28M	2022-10-27MBA.4/5	2023-09-20PXBB	-	-	2024-10-02	2024-10-03	
Female	33	2021-03-03P	2021-8-5P	2022-2P	2022-11P	2023-11P	-	-	2024-09-27	2024-10-04	
Male	31	2021-07-28M	2021-08-25M	2022-03-10M	-	-	-	-	2024-10-02	2024-10-03	
Male	27	2021-08-06M	2021-09-03M	-	-	-	-	-	2024-10-02	2024-10-03	
Female	54	2021-08-18P	2021-09-08P	2022-04-13P	2022-10-21P	-	-	-	2024-10-02	2024-10-04	
Male	40	2021-06-28	2021-07-19	2022-05-17	2022-09-03	-	-	-	2024-10-02	2024-10-03	
Male	29	2021-05-28S	2021-06-30S	2021-12-21J	-	-	-	-	2024-10-02	2024-10-03	
Male	35	2021-08-27M	2021-09-24M	2022-04-16M	2023-09-29PXBB	-	-	-	2024-10-02	2024-10-03	
Male	45	NA	NA	NA	NA	NA	2023-10-27	-	2024-10-01	2024-10-01	
Male	62	NA	NA	NA	2022-10	-	-	-	2024-10-01	2024-10-01	
Female	69	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2023-11-14	2024-10-01	2024-10-01	
Female	74	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2023-09-29	2024-10-01	2024-10-01	
Female	57	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2023-11-10	2024-10-01	2024-10-01	
Female	75	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2023-10-06	2024-10-02	2024-10-02	
Female	63	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2023-09-29	2024-10-02	2024-10-02	
Female	71	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2023-09-26	2024-10-03	2024-10-03	
Female	74	NA	NA	NA	NA	NA	2023-06-13	-	2024-10-04	2024-10-04	
Male	82	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2023-09-26	2024-10-04	2024-10-04	
Female	79	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2023-09-26	2024-10-04	2024-10-04	
Male	62	NA	NA	NA	NA	2023-11-21	-	-	2024-10-04	2024-10-04	
Male	84	NA	NA	NA	NA	NA	2023-10-24	-	2024-10-04	2024-10-04	
Female	45	NA	NA	NA	NA	NA	2023-10-28	-	2024-10-03	2024-10-03	
Female	36	NA	2021	-	-	-	-	-	2024-10-10	2024-10-10	
Female	28	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2023-10	2024-10-10	2024-10-10	
Female	40	NA	2021	-	-	-	-	-	2024-10-10	2024-10-10	
Female	25	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2023-08	2024-10-10	2024-10-10	
Female	26	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2023-10	2024-10-10	2024-10-10	

; S, Sinovac; J, Jenner
valent vaccine; XBB, XBB.1.5 monovalent vaccine

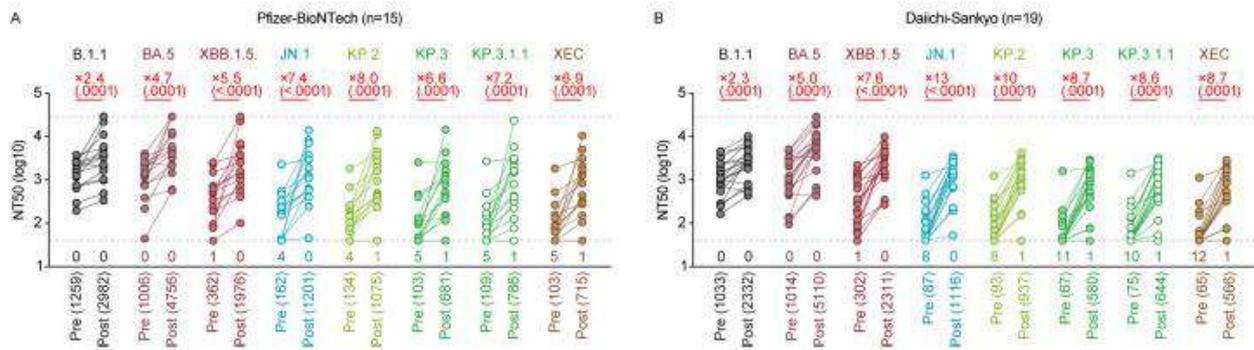


Figura S1. L'attività di neutralizzazione indotta dai vaccini monovalenti a mRNA JN.1 (A) e (B) Saggio di neutralizzazione. I test sono stati eseguiti con pseudovirus che ospitano le proteine spike di B.1.1, BA.5, XBB.1.5, JN.1, KP.2, KP.3, KP.3.1.1 e XEC. I seguenti sieri del vaccino monovalente mRNA JN.1 di individui completamente vaccinati che avevano ricevuto il vaccino Pfizer-BioNTech JN.1 (coorte "Pfizer-BioNTech") (due vaccinati a 2 dosi, due vaccinati a 3 dosi, cinque vaccinati a 4 dosi, tre vaccinati a 5 dosi e tre vaccinati a 7 dosi; quindici donatori, età media: 42,1, intervallo: 27-85, 66,7% maschi) (A) e quelli di individui completamente vaccinati che avevano ricevuto il vaccino Daiichi-Sankyo JN.1 (coorte "Daiichi-Sankyo") (due vaccinati a 2 dosi, uno vaccinato a 4 dosi, uno vaccinato a 5 dosi, quattro vaccinati a 6 dosi e undici vaccinati a 7 dosi; diciannove donatori, età media: 57,8, intervallo: 25-84, 26,3% maschi) (B).

I test per ciascun campione di siero sono stati eseguiti in quadruplicato per determinare il titolo di neutralizzazione al 50% (NT50). Ogni punto rappresenta un valore NT50 di ciascun donatore e i valori NT50 per lo stesso donatore prima e dopo la vaccinazione sono collegati da una linea.

I numeri tra parentesi sotto i grafici indicano la media geometrica del valore NT50.

Le linee tratteggiate orizzontali indicano il limite di rilevamento del più basso (diluizione 40 volte) e del più alto (diluizione 29.160 volte), rispettivamente. Il numero di sieri con valori NT50 al di sotto del limite di rilevamento inferiore è mostrato nella figura (sotto la linea tratteggiata orizzontale inferiore).

I titoli di neutralizzazione al di sotto del limite di rilevamento inferiore e al di sopra del limite di rilevamento superiore sono stati calcolati come titoli di 40 e 29.160. I cambiamenti di piega di NT50 tra prima e dopo la vaccinazione indicati sopra il grafico con "x" sono calcolati come la media geometrica del rapporto di NT50 ottenuto da ciascun individuo. I valori p tra parentesi sono stati determinati da test Wilcoxon con rango con segno bilaterali.

[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(24\)00810-7/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(24)00810-7/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

Riepilogo

Sfondo

In Cina, l'aumento delle malattie croniche ha coinciso con il crescente peso della multimorbilità, in particolare per le popolazioni vulnerabili. Sono disponibili dati primari limitati per comprendere la prevalenza e i modelli della multimorbilità, in particolare nelle aree rurali con risorse limitate. Questo studio mira a condurre valutazioni solide della prevalenza e dei modelli della multimorbilità tra gli adulti rurali in Cina e a confrontare le differenze di prevalenza e modelli quando si utilizzano dati primari da soli rispetto a quelli in combinazione con dati raccolti di routine.

Metodi

Questo studio trasversale è stato condotto in tre province in Cina, con due contee per provincia e 40 villaggi per contea, per un totale di 240 villaggi. I partecipanti sono stati selezionati casualmente e stratificati per sesso ed età in ogni villaggio. La multimorbilità, definita come la coesistenza di due o più malattie nello stesso individuo, è stata valutata attraverso la raccolta di dati che comprendeva dati primari (questionario faccia a faccia, esame fisico e prelievo di campioni di sangue a digiuno) e dati raccolti di routine (richieste di rimborso assicurazioni sanitarie, cartelle cliniche elettroniche ospedaliere e sistema di sorveglianza delle malattie infettive). La prevalenza e i modelli di multimorbilità sono stati confrontati sulla base di 1) soli dati primari e 2) dati primari integrati da dati raccolti di routine.

Risultati

Un totale di 6474 individui hanno partecipato a questo studio (50,9% donne, età media 57,1). La combinazione di dati raccolti di routine con i dati primari ha aumentato la prevalenza di tutte le condizioni di malattia singola. La prevalenza di multimorbilità è aumentata dal 35,7% con soli dati primari al 44,4% con l'aggiunta di dati raccolti di routine. I primi tre modelli di multimorbilità diadica (ipertensione con cardiopatia, ictus o malattie digestive croniche) sono rimasti coerenti tra i due metodi di accertamento, mentre le classifiche dei modelli di triade hanno avuto un cambiamento sostanziale. Secondo le misurazioni della pressione sanguigna, oltre il 40% dei partecipanti aveva una pressione sanguigna elevata e potrebbe avere ipertensione non diagnosticata. Oltre il 20% potrebbe avere disturbi di salute mentale non diagnosticati in base ai questionari e quasi il 10% con malattia renale cronica non diagnosticata come indicato dalle analisi del sangue.

Interpretazione

L'utilizzo di dati primari combinati con dati raccolti di routine ha fornito una stima solida del carico di multimorbilità in tre regioni rurali della Cina. Tuttavia, la prevalenza potrebbe essere stata ancora sottostimata a causa di imprecisioni nei dati auto-riportati e sottodiagnosi delle malattie. La ricerca futura dovrebbe incorporare dati raccolti di routine per prove epidemiologiche più solide di multimorbilità.

Finanziamento

Borsa di studio per i talenti leader dell'Università medica di Harbin (31021220002) e Fondazione nazionale per le scienze naturali della Cina (72074065 e 72474063).

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

Abbiamo condotto una ricerca bibliografica per identificare studi che valutassero la prevalenza e i modelli di multimorbilità in Cina. Abbiamo effettuato ricerche su PubMed utilizzando i termini "multimorbilità", "condizioni croniche multiple" e "Cina" coprendo il periodo dall'inizio del database al 1° settembre 2024, senza restrizioni linguistiche. In Cina, la ricerca sulla multimorbilità si è ampliata, in particolare per quanto riguarda la sua prevalenza, i modelli e i fattori di rischio. Abbiamo identificato diversi studi che esploravano la multimorbilità in varie popolazioni cinesi. Due revisioni sistematiche hanno rivelato modelli di multimorbilità simili ma avevano tassi di prevalenza diversi. Queste variazioni erano dovute principalmente a diverse

definizioni di multimorbilità e all'affidamento all'analisi dei dati secondari, con studi limitati sulla multimorbilità che utilizzavano la raccolta di dati primari. Inoltre, l'uso frequente di diagnosi di malattia auto-riportate solleva preoccupazioni circa la distorsione del report. Ad oggi, nessuno studio in Cina ha combinato in modo robusto i dati primari e raccolto dati di routine per stimare la prevalenza e i modelli di multimorbilità, in particolare tra le popolazioni rurali.

Valore aggiunto di questo studio

Questo studio stima la prevalenza e i modelli di multimorbilità nella Cina rurale combinando dati auto-riportati con dati raccolti di routine. Evidenzia il potenziale dei dati raccolti di routine per migliorare la comprensione dello stato di multimorbilità, identificando modelli di malattie comuni come l'ipertensione combinata con altre condizioni, nonché modelli di multimorbilità non tradizionali come malattie croniche dell'apparato digerente combinate con altre condizioni. I dati dell'esame fisico e i test patologici utilizzati nello studio hanno anche rivelato che molti partecipanti avevano ancora condizioni non sottoposte a screening o non diagnosticate, il che ha portato a una lacuna importante nel rilevamento e nell'identificazione dei casi di multimorbilità.

Implicazioni di tutte le prove disponibili

L'integrazione dei dati primari con i dati raccolti di routine migliora la stima della prevalenza e dei modelli di multimorbilità. I risultati di questo studio sono in linea con la letteratura esistente, indicando che la combinazione di più fonti di dati può attenuare il bias del report comunemente presente negli studi sulla multimorbilità, migliorando così l'accuratezza delle stime di prevalenza. La ricerca futura dovrebbe concentrarsi sul miglioramento delle pratiche di raccolta dati e sulla garanzia dell'integrazione di dati di alta qualità per fornire una valutazione più accurata della prevalenza della multimorbilità e per migliorare ulteriormente l'efficacia degli interventi di sanità pubblica.

[https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065\(24\)00266-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(24)00266-9/fulltext)



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Risposta all'epidemia di Ebola nella RDC con la vaccinazione ad anello rVSV-ZEBOV-GP

JeanJacques Muyembe , Hongchao Pan , Richard Peto , Abdourahamane Diallo , Alhassane Touré , Placide Mbala-Kingebene , Stéphane H. Bateyi Mustafa , per il team di vaccinazione Ebola Ring nella RDC

Pubblicato il 18 dicembre 2024

N inglese J Med 2024 ; 391 : 2327 - 2336

Astratto

Sfondo

All'inizio dell'epidemia di malattia da virus Ebola (EVD) del 2018-2020 nella Repubblica Democratica del Congo (RDC), non era stato autorizzato alcun vaccino.

Tuttavia, le prove randomizzate a cluster dalla Guinea nel 2015 avevano indicato che la vaccinazione ad anello attorno ai nuovi casi (mirando ai contatti e ai contatti dei contatti) con l'uso di un vaccino rVSV-ZEBOV-GP a replicazione viva a dose singola riduceva i tassi di EVD a partire da 10 giorni dopo la vaccinazione.

Pertanto, la vaccinazione ad anello è stata aggiunta alle misure di controllo standard per quell'epidemia.

Metodi

In questo studio, abbiamo valutato l'incidenza dell'EVD entro i primi 9 giorni dopo la vaccinazione (quando ci si aspettava poca protezione dall'isolamento del caso o dalla vaccinazione ad anello), durante i giorni dal 10 al 29 e in periodi successivi.

Abbiamo stabilito 1853 anelli attorno a nuovi casi o cluster entro 21 giorni dall'insorgenza dei sintomi nel caso indice e abbiamo offerto la vaccinazione ai membri dell'anello.

I vaccinati sono stati monitorati per l'insorgenza dell'EVD fino alla fine dell'epidemia a metà del 2020.

Risultati

Dall'8 agosto 2018 al 14 gennaio 2020, abbiamo vaccinato 265.183 partecipanti.

Di questi vaccinati, 102.515 sono stati monitorati nei giorni 0, 3 e 21 per sicurezza. Tra

ra i contatti e i contatti dei contatti, sono stati diagnosticati 434 casi di EVD (0,2 per anello), quasi tutti entro 0-9 giorni (380 casi) o 10-29 giorni (32 casi) dopo la vaccinazione.

Altri 22 casi sono stati diagnosticati dopo il giorno 29 durante una media di altri 170 giorni di follow-up.

Prima sono iniziate le misure di controllo (inclusa la vaccinazione ad anello) dopo l'insorgenza di EVD nel caso indice, prima sono diminuiti i tassi di EVD tra i contatti.

In ogni sottogruppo, i tassi di EVD sono calati improvvisamente intorno al giorno 10. Tra i contatti e i contatti dei contatti che erano ancora liberi dalla malattia al giorno 10, il tasso di insorgenza di EVD durante i giorni 10-29 era di 0,16 per 1000 (in 32 dei 194.019 partecipanti).

Questo tasso era molto più basso del tasso di 4,64 per 1000 (in 21 dei 4528 partecipanti) che era stato osservato tra i membri dell'anello definiti in modo simile in Guinea, nei quali le misure di controllo standard erano state prontamente avviate ma la vaccinazione era stata ritardata fino a 21 giorni dopo la formazione dell'anello (rapporto di tasso, 0,04; intervallo di confidenza al 95%, da 0,02 a 0,06). Non sono stati identificati problemi di sicurezza con il vaccino.

Conclusioni

Le prove non randomizzate riguardanti le misure standard di controllo dell'EVD più la vaccinazione ad anello nella RDC orientale rafforzano le precedenti prove randomizzate provenienti dalla Guinea sull'efficacia del vaccino contro l'insorgenza dell'EVD 10 o più giorni dopo la vaccinazione.

Il 1° agosto 2018, il governo della Repubblica Democratica del Congo (RDC) ha dichiarato un'epidemia di malattia da virus Ebola (EVD) nella parte orientale del paese (province di Kivu e Ituri), che con ogni probabilità era iniziata qualche tempo prima.

A causa della violenza dei gruppi armati e delle sacche di sfiducia in alcune comunità colpite,¹ questa epidemia è stata difficile da controllare nonostante le rapide risposte nazionali e internazionali.

È durata circa 2 anni, raggiungendo il picco a metà del 2019 ma continuando fino a metà del 2020.

Quando l'epidemia è terminata, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) aveva ricevuto informazioni su 3470 casi confermati e probabili di EVD, che avevano causato 2287 decessi (mortalità del 66%).²

Questa è stata la prima epidemia di Ebola in cui l'isolamento dei casi e altri metodi per prevenire l'infezione erano stati regolarmente accompagnati dalla vaccinazione ad anello (vale a dire, somministrazione del vaccino anti-EVD ai contatti recenti e ai contatti dei contatti dei pazienti).

Considerata l'entità dell'epidemia, questa situazione ha offerto l'opportunità di valutare l'efficacia degli effetti combinati della vaccinazione ad anello, dell'isolamento dei casi e degli altri metodi di controllo dell'infezione.

La vaccinazione ad anello era stata una componente chiave dell'eliminazione del vaiolo mezzo secolo prima.³

Durante l'epidemia di Ebola nell'Africa occidentale dal 2014 al 2016, le somiglianze nelle dinamiche di trasmissione tra vaiolo ed EVD avevano portato a una valutazione della vaccinazione ad anello immediata rispetto a quella ritardata in uno studio randomizzato a grappolo nel paese dell'Africa occidentale della Guinea.

In quello studio, gli anelli di persone da vaccinare venivano formati prontamente attorno ai pazienti con recente insorgenza di EVD.

Questi anelli includevano tutti i contatti identificati e i contatti dei contatti di quel paziente e di qualsiasi altro caso recente di EVD nella località.

Gli anelli venivano quindi assegnati in modo casuale a ricevere la vaccinazione immediata a dose singola o la vaccinazione 21 giorni dopo l'identificazione dei membri dell'anello.

Gli investigatori hanno somministrato un vaccino vivo replicante-competente, rVSV-ZEBOV-GP, che era destinato a produrre un'infezione transitoria con un virus della stomatite vescicolare ricombinante (rVSV) che era stato modificato per esprimere la glicoproteina di superficie del virus Zaire Ebola (ZEBOV-GP), provocando così una risposta anticorpale contro il virus Ebola.

Poiché questo vaccino è vivo, di solito causa un giorno o più di sintomi generalmente moderati di infezione sistemica transitoria da VSV.

Verso la fine dell'epidemia in Guinea, tale sperimentazione ha fornito prove di protezione contro l'insorgenza dell'EVD 10 giorni o più dopo la vaccinazione.^{4,5} Questa scoperta ha portato alla conclusione della sperimentazione.⁶

Ha inoltre portato l'OMS a raccomandare nel 2017 che, se si fosse verificata un'altra epidemia di EVD prima che un vaccino fosse stato autorizzato, la vaccinazione ad anello con rVSV-ZEBOV-GP avrebbe dovuto essere distribuita tempestivamente nell'ambito del quadro di accesso esteso-uso compassionevole dell'OMS.⁷

In base a queste linee guida, il vaccino sarebbe stato somministrato dopo che i partecipanti avrebbero fornito il consenso informato e sarebbero stati raccolti dati sulle caratteristiche dei vaccinati e sugli esiti sanitari in conformità con le linee guida di buona pratica clinica.

Nessun vaccino EVD era ancora stato autorizzato quando è stata dichiarata l'epidemia di Ebola nella RDC orientale il 1° agosto 2018, ma l'OMS e il DRC National Institute of Biomedical Research hanno ottenuto l'approvazione normativa ed etica e hanno avviato la vaccinazione ad anello entro una settimana dalla dichiarazione dell'epidemia, utilizzando un protocollo di studio precedentemente sviluppato dal WHO Research and Development Blueprint.⁸

I membri dell'anello (inclusi tutti i contatti identificati e i contatti dei contatti) sono stati vaccinati immediatamente senza un gruppo di confronto randomizzato, quindi non ci si aspettava una valutazione imparziale dell'efficacia.

Poiché l'epidemia del 2018-2020 è durata così a lungo, circa 200.000 membri di quasi 2000 anelli sono stati vaccinati e seguiti per l'insorgenza di EVD (più di 20 volte più destinatari della vaccinazione immediata rispetto a quelli inclusi nello studio della Guinea).

Quindi, i risultati della RDC rispetto all'incidenza di EVD durante due periodi di tempo, da 0 a 9 giorni e da 10 giorni o più dopo la vaccinazione, possono essere entrambi valutati in modo affidabile.

Questo rapporto descrive questi risultati e li confronta con i risultati della sperimentazione in Guinea in anelli definiti in modo simile. Tuttavia, nella sperimentazione in Guinea, metà degli anelli era stata assegnata in modo casuale a ricevere la vaccinazione immediata e metà a ricevere la vaccinazione ritardata che non è stata somministrata fino a 21 giorni dopo.

Dopo la formazione dell'anello, le misure di sanità pubblica in entrambi i paesi hanno contribuito a interrompere la trasmissione locale della malattia, così come l'isolamento dei casi in un centro di trattamento EVD di tutti i pazienti sopravvissuti identificati allora o durante il follow-up di tutti i vaccinati.

Tutti i membri dell'anello in entrambi i paesi sono stati monitorati fino alla fine delle epidemie.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1904387?query=TOC&ssotoken=U2FsdGVkX19dg6kDUadU2tfg5NkGA91uvMIEeeNqtVYFhxNbSa9oF81Ea1k%2Fkgenk0g27CX4MuxnrMuDi0dTK0yqxcyq%2FsFypKoQWzI0T7WULR0dQ%2FWak15XTZg2IBQ9IUBetVSGg5%2BNodOwOyI9L8sxckzNW5uMgigiSFC5I5moFU6BQPeSlcuB2xstoajwtuimmic28jMRzPdSeLAPwg%3D%3D&cid=DM2378007 Non Subscriber&bid=-1584112438>

Perché la pandemia di influenza aviaria non è ancora iniziata?

Alcuni scienziati che esaminano le mutazioni trovate nei virus H5N1 temono che un'epidemia importante sia imminente, ma altri affermano che il patogeno rimane imprevedibile

5 DICEMBRE 2024 · 18:40 ET · DI KAI KUPFERSCHMIDT

Se il mondo si troverà nel mezzo di una pandemia influenzale tra qualche mese, non sarà una grande sorpresa. Gli uccelli stanno diffondendo un nuovo clade del virus dell'influenza aviaria H5N1, 2.3.4.4b, in tutto il mondo dal 2021.

Quel virus si è riversato nel bestiame in Texas circa un anno fa e da allora si è diffuso in centinaia di fattorie negli Stati Uniti.

Ci sono state decine di infezioni umane in Nord America. E in alcuni di quei casi il virus ha mostrato esattamente i tipi di mutazioni note per renderlo più adatto a infettare le cellule umane e replicarsi in esse. Non è stata ancora documentata una chiara trasmissione da uomo a uomo dell'H5N1, ma "sembra la cosa più vicina a una pandemia da H5 che abbia mai visto", afferma Louise Moncla, virologa presso l'Università della Pennsylvania. "Se l'H5 dovesse mai diventare una pandemia, lo sarà ora", aggiunge Seema Lakdawala, ricercatrice sull'influenza presso l'Università di Emory.

Altri sono più ottimisti, notando che virus dell'influenza aviaria altrettanto minacciosi, come quello chiamato H7N9, si sono esauriti in passato. "Perché l'H7N9 non è diventato facilmente trasmissibile da uomo a uomo e non ha causato una pandemia?" chiede Caitlin Rivers, epidemiologa presso il Johns Hopkins Center for Health Security. "Penso che non ci sia davvero modo di fare una stima e potrebbe andare in entrambi i modi".

Da quando l'H5N1 ha causato per la prima volta un'epidemia negli esseri umani a Hong Kong nel 1997, ammalandando 18 persone che erano state a contatto con pollame infetto e uccidendone sei, il virus aviario è stato in cima alle liste dei potenziali agenti pandemici.

Da allora gli scienziati hanno elaborato un quadro dei cambiamenti minimi di cui l'H5N1 ha probabilmente bisogno per diffondersi ampiamente negli esseri umani: mutazioni nella sua polimerasi, l'enzima che il virus usa per copiare il suo genoma, e nella sua emoagglutinina, la H in H5N1, la proteina che il virus usa per attaccarsi alle cellule, per stabilizzarlo per la trasmissione aerea e aiutarlo a legarsi meglio alle cellule nelle vie aeree superiori umane.

Una serie di recenti scoperte sembrano suggerire che il rischio che l'attuale clade H5N1 nei bovini e negli uccelli causi una pandemia è in realtà più alto di quanto si pensasse in precedenza.

Uno studio che ha esaminato campioni di sangue di lavoratori di fattorie lattiero-casearie infette da H5N1 in Michigan e Colorado ha scoperto che molte infezioni umane non vengono rilevate, ciascuna delle quali offre al virus bovino maggiori possibilità di adattarsi a noi.

Una pre stampa pubblicata questa settimana indica che i virus del clade 2.3.4.4b attualmente in circolazione sono più bravi a legarsi alle cellule epiteliali umane nelle vie aeree rispetto alle versioni precedenti di H5N1.

E un articolo *scientifico* pubblicato oggi mostra in studi di laboratorio che [una singola mutazione in un sito dell'emoagglutinina, denominato 226L, è sufficiente a spostare la preferenza del virus](#) dalla proteina di superficie cellulare di tipo aviario ai recettori di tipo umano.

Molti scienziati avevano pensato che fossero necessarie almeno due mutazioni. Un cambiamento basato su una sola mutazione "significa che la probabilità che ciò accada è più alta", afferma Jim Paulson di Scripps Research, uno degli autori.

Allora perché l'H5N1 non ha ancora scatenato una pandemia?

Una risposta semplice è che il virus potrebbe semplicemente aver bisogno di più tempo per colpire la giusta combinazione di mutazioni.

L'alto tasso di mutazione dei virus influenzali dovrebbe far pendere le probabilità a favore dell'H5N1: "La mia regola empirica è che una su 4000 particelle [del virus] avrà una mutazione nell'amminoacido che ti interessa", afferma Paulson.

In effetti, una mutazione della polimerasi di cui il virus probabilmente ha bisogno, soprannominata 627K perché porta all'amminoacido lisina (K) nella posizione 627 della proteina, è stata trovata diverse volte in ceppi che infettano i mammiferi ma anche nel virus isolato dal primo caso umano associato all'epidemia statunitense nelle mucche da latte.

D'altro canto, i virus negli uccelli, nel bestiame e nelle persone finora non mostrano segni della mutazione dell'emoagglutinina 226L che consentirebbe all'H5N1 di agganciarsi meglio ai recettori umani. I ricercatori ipotizzano che il cambiamento potrebbe ostacolare il virus in qualche modo e potrebbe essere necessaria una seconda mutazione per compensare i suoi svantaggi.

Le due mutazioni potrebbero anche dover verificarsi in un ordine particolare. "È come un quadrante in una cassaforte di una banca: vai a destra, poi vai a sinistra, poi vai a destra e devi ottenere un certo numero ogni volta", afferma Mike Osterholm, direttore del Center for Infectious Disease Research and Policy presso l'Università del Minnesota Twin Cities.

Passi pericolosi

Perché il virus dell'influenza H5N1 scateni una pandemia umana, il suo genoma deve acquisire mutazioni che alterino diverse delle sue proteine. Alcune sono state ora osservate nei virus che infettano le persone, ma nessuna di queste sembra essersi trasmessa.

In effetti, alcuni ricercatori pensavano che il virus potesse semplicemente non essere in grado di scambiare un amminoacido in posizione 226 fuori dal laboratorio.

Ma poi è arrivato il misterioso caso di un adolescente gravemente malato in Canada che è stato ricoverato in ospedale con H5N1 dall'inizio di novembre. Le sequenze del virus di quel paziente suggeriscono che alcuni H5N1 avevano cambiato l'amminoacido in posizione 226 mentre altri no, afferma Jesse Bloom, un biologo evoluzionista del Fred Hutchinson Cancer Center.

"Sembra che durante l'infezione di questo individuo, il virus potrebbe essersi evoluto verso almeno alcune delle mutazioni che lo avrebbero adattato agli esseri umani".

Questa non era la temuta mutazione 226L: l'amminoacido era cambiato in un'istidina invece che in una leucina. Tuttavia, "ha dimostrato che quei siti sono mutabili in questi virus", afferma Tom Peacock, un virologo dell'influenza al Pirbright Institute.

E la sostituzione della glutammina, insieme a un'altra mutazione nello stesso virus in posizione 190, potrebbe avere lo stesso effetto della 226L. Per Peacock e altri, la scoperta ha aumentato la preoccupazione per un'imminente pandemia.

Nel caso canadese potrebbero essere entrati in gioco fattori insoliti. L'adolescente ha cercato cure per la prima volta il 2 novembre per un'infezione agli occhi, tosse e febbre ed è stato ricoverato in ospedale la settimana successiva, quando i sintomi sono peggiorati.

La malattia prolungata potrebbe aver giocato un ruolo nel cambiamento dell'emoagglutinina, dando al virus il tempo di colpire una mutazione vincente. Forse ancora più importante, il virus dell'adolescente è la varietà che sta attualmente circolando negli uccelli, non nei bovini.

Il virus degli uccelli, denominato D1.1, è chiaramente passato attraverso un riassortimento, una miscela di virus diversi, presumibilmente in un uccello infettato da due diversi virus dell'influenza aviaria.

Nel processo ha acquisito una nuova neuraminidasi, la N in H5N1 e la proteina che il virus usa per staccare nuove particelle virali dalla cellula che le ha prodotte.

Alcuni ricercatori ritengono che una specifica combinazione di neuraminidasi ed emoagglutinina sia cruciale per il successo del virus.

Le due proteine hanno effetti opposti sulle stesse catene di zucchero sulla superficie delle cellule umane: l'emoagglutinina si attacca a queste catene, aiutando il virus a infettare nuove cellule, mentre la neuraminidasi taglia quelle catene, liberando il virus appena formato dalle cellule ospiti.

"Se la tua emoagglutinina è troppo appiccicosa e la tua neuraminidasi è troppo povera, rimani attaccato alla cellula da cui sei appena germogliato", afferma Peacock. Se l'equilibrio si sposta dall'altra parte, il virus non può infettare nuove cellule.

Nella variante H5N1 che ora circola nei bovini, le due proteine potrebbero essere così ben abbinate che qualsiasi cambiamento nell'emoagglutinina è un vicolo cieco perché rende il virus molto più debole nell'infettare le cellule.

Ma il genotipo appena combinato del ceppo di uccello che ha infettato l'adolescente potrebbe avere più flessibilità per trasformarsi in un virus pandemico, afferma Richard Webby, un ricercatore dell'influenza aviaria presso lo St. Jude Children's Research Hospital. Osterholm concorda.

"Quello dei bovini sembra piuttosto stabile e potrebbe continuare così per un po'", afferma. "D1.1 è quello di cui mi preoccupo".

È possibile che i ricercatori non abbiano ancora identificato qualche altro cambiamento cruciale di cui il virus ha bisogno per trasmettersi bene da uomo a uomo, dice Paulson.

"Quando si ha un virus pandemico, il che è molto raro, la barriera che si può identificare come superata potrebbe non essere l'unica barriera", dice. "Potresti non essere a conoscenza di altre cinque o sei barriere che sono state superate nello stesso momento".

Oppure, cosa ancora più inquietante, il virus nell'adolescente canadese avrebbe potuto avere tutto ciò di cui aveva bisogno per diventare una pandemia se solo più persone vi fossero state esposte, afferma l'immunologo virale Scott Hensley della Perelman School of Medicine dell'Università della Pennsylvania.

"Alla fine, penso che sia un gioco di numeri".

Passi pericolosi

Perché il virus dell'influenza H5N1 scateni una pandemia umana, il suo genoma deve acquisire mutazioni che alterino diverse delle sue proteine. Alcune sono state ora osservate nei virus che infettano le persone, ma nessuna di queste sembra essersi trasmessa.

Hemagglutinin (H)

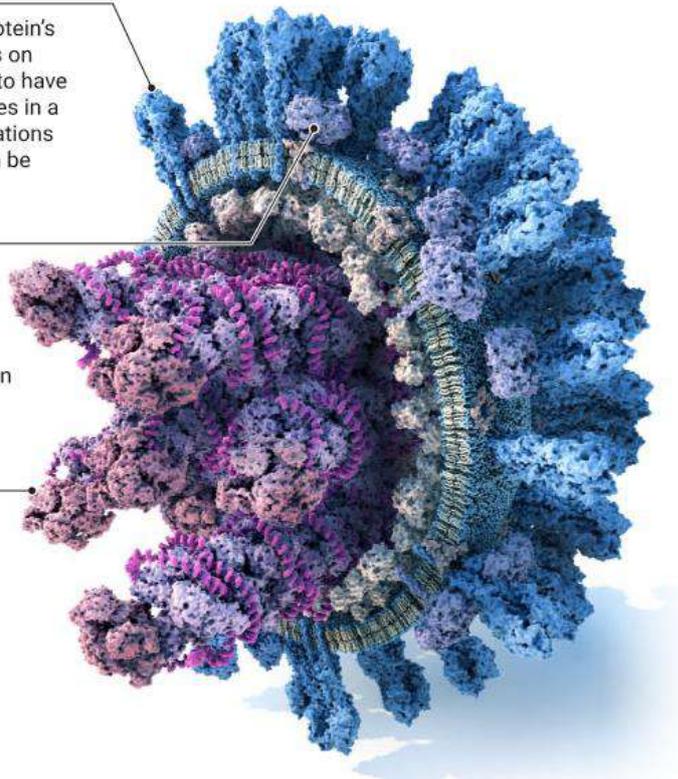
Mutations can improve this protein's ability to bind to carbohydrates on human cells and that appears to have happened in some H5N1 viruses in a Canadian teenager. Other mutations can stabilize it so the virus can be transmitted in aerosols.

Neuraminidase (N)

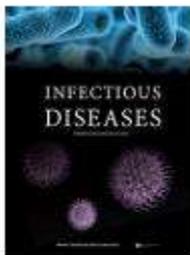
When new viruses bud from an infected cell, this viral protein helps them detach. Mutations in it may need to be balanced with hemagglutinin changes to produce a human-adapted H5N1.

Polymerase complex

The enzyme in this complex replicates the viral genome with the help of a host protein. Standard avian polymerases work poorly with the human protein but samples of the first human case connected to dairy cows showed a mutation that helps the match.



https://www.science.org/content/article/why-hasn-t-bird-flu-pandemic-started?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_content=alert&utm_campaign=DailyLatesNews&et rid=691092258&et cid=5455519



The issue of climate change and the spread of tropical diseases in Europe and Italy: vector biology, disease transmission, genome-based monitoring and public health implications

Grazia Pavia, Francesco Branda, Alessandra Ciccozzi, Chiara Romano, Chiara Locci, Ilenia Azzena, Noemi Pascale, Nadia Marascio, Angela Quirino, Simona Gigliotti, Francesca Divenuto, Giovanni Matera, Marta Giovanetti, Marco Casu, Daria Sanna, Giancarlo Ceccarelli, Massimo Ciccozzi & Fabio Scarpa

Il problema del cambiamento climatico e la diffusione delle malattie tropicali in Europa e in Italia: biologia dei vettori, trasmissione delle malattie, monitoraggio basato sul genoma e implicazioni per la salute pubblica

SINTESI

Contesto: il cambiamento climatico influenza significativamente la distribuzione e la gravità delle malattie tropicali. L'aumento delle temperature, i cambiamenti nei modelli di precipitazione e gli eventi meteorologici estremi stanno trasformando gli habitat di vettori come zanzare e zecche, favorendone la proliferazione e la diffusione geografica. Questi cambiamenti hanno facilitato la recrudescenza di malattie come la malaria, la dengue e la febbre chikungunya in aree precedentemente non colpite, tra cui parti di Europa e Italia.

Obiettivo e metodi: questa revisione mira a esplorare la relazione tra il cambiamento climatico e la diffusione di malattie trasmesse da vettori e parassiti tropicali in Europa, con particolare attenzione all'Italia. Studi recenti vengono analizzati per identificare le tendenze emergenti nella trasmissione delle malattie influenzate dai cambiamenti climatici. Il monitoraggio basato sul genoma e i modelli predittivi che incorporano dati climatici ed ecologici vengono evidenziati come metodi per migliorare la sorveglianza e la preparazione alle malattie.

Risultati: l'analisi rivela un chiaro collegamento tra il cambiamento climatico e i modelli di malattia alterati. La proliferazione di vettori in nuovi territori è associata a una maggiore incidenza di malattie. Gli strumenti basati sul genoma dimostrano la loro utilità nel tracciare l'evoluzione dei patogeni, in particolare per quanto riguarda i cambiamenti nella virulenza, nella resistenza ai farmaci e nell'adattabilità ai nuovi climi. I modelli predittivi si sono dimostrati efficaci nell'anticipare le epidemie e nel supportare interventi tempestivi di sanità pubblica.

Conclusioni: per mitigare i rischi posti dai cambiamenti indotti dal clima nelle dinamiche delle malattie, sono essenziali il monitoraggio continuo e la collaborazione internazionale. Il rafforzamento della resilienza dei

sistemi sanitari attraverso strategie di mitigazione e adattamento è fondamentale per prevenire future epidemie.

Queste intuizioni contribuiscono allo sviluppo di politiche sostenibili a lungo termine per la gestione delle malattie tropicali nel contesto del cambiamento climatico, garantendo risposte tempestive alle emergenze di sanità pubblica.

<https://francescobranda.netlify.app/files/pdf-paper/The%20issue%20of%20climate%20change%20and%20the%20spread%20of%20tropical%20diseases%20in%20Europe%20and%20Italy%20%20vector%20biology%20%20disease%20transmission%20%20genome-based%20monitoring%20and.pdf>

quotidianosanità.it

Stati Uniti. “Pandemia causata da una fuga di laboratorio a Wuhan”. Accuse contro lockdown, mascherine e vaccini. Le conclusioni dell’indagine guidata dai Repubblicani. La replica dei Dem: “Nessuna nuova prova”

Giovanni Rodriquez

“Il virus possiede una caratteristica biologica che non si trova in natura”. Nelle 520 pagine del [rapporto](#) non si aggiungono nuove evidenze alla teoria della fuga dal laboratorio, ma si spiega che “se ci fossero state prove di un'origine naturale, sarebbero già emerse”. Per il Select Subcommittee on the Coronavirus Pandemic un incidente di laboratorio che coinvolge la ricerca sul “guadagno di funzione”, sovvenzionata anche con soldi Usa, è molto probabilmente l'origine del Covid. I democratici del panel hanno contestato in un loro [rapporto](#) molte delle conclusioni

05 DIC -

“La pandemia di Covid è stata causata da una fuga di laboratorio a Wuhan, in Cina”. Questa la conclusione cui è giunta una commissione della Camera dei rappresentanti degli Stati Uniti che, dopo due anni di indagini sulla pandemia, ha pubblicato un ampio rapporto finale in cui critica anche le azioni di diverse agenzie scientifiche statunitensi.

Il Select Subcommittee on the Coronavirus Pandemic, guidato dai repubblicani, ha dunque concluso che il Covid è molto probabilmente emerso da un laboratorio a Wuhan, in Cina.

I cinque argomenti più forti a favore della teoria della "fuga di laboratorio" includono:

1. Il virus possiede una caratteristica biologica che non si trova in natura.
2. I dati mostrano che tutti i casi di Covid derivano da una singola introduzione negli esseri umani. Ciò è in contrasto con le precedenti pandemie in cui si sono verificati più eventi di spillover.
3. Wuhan ospita il più importante laboratorio di ricerca cinese sulla Sars, che in passato ha condotto ricerche sull'acquisizione di funzione con livelli di biosicurezza inadeguati.
4. I ricercatori del Wuhan Institute of Virology (WIV) si sono ammalati di un virus simile al Covid nell'autunno del 2019, mesi prima che il Covid venisse scoperto al mercato ittico.
5. Secondo quasi tutti i parametri scientifici, se ci fossero state prove di un'origine naturale, sarebbero già emerse.

Nessuna nuova prova diretta è stata però apportata per suffragare la teoria della fuga. Secondo il resoconto del Select Subcommittee un incidente di laboratorio che coinvolge la ricerca sul "guadagno" di funzione è molto probabilmente l'origine del Covid. EcoHealth, sotto la guida di **Peter Daszak**, "ha utilizzato i soldi dei

contribuenti statunitensi per facilitare la pericolosa ricerca sul guadagno di funzione a Wuhan, in Cina. Dopo che il Select Subcommittee ha rilasciato prove della violazione da parte di EcoHealth dei termini della sua sovvenzione del National Institutes of Health (NIH), il Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani degli Stati Uniti (HHS) ha avviato un procedimento ufficiale di esclusione e sospeso tutti i finanziamenti a EcoHealth". Si aggiunge poi che la pubblicazione "*L'origine prossimale del Sars-CoV-2*", utilizzata "ripetutamente dai funzionari della sanità pubblica e dai media per screditare la teoria della fuga di notizie dal laboratorio, è stata sollecitata dal dott. Fauci per promuovere la narrazione preferita secondo cui il Covid ha avuto origine in natura".

Le accuse nel rapporto si estendono anche all'operato dell'Oms.

"La risposta dell'Oms alla pandemia di Covid è stata un fallimento assoluto perché ha ceduto alle pressioni del Partito Comunista Cinese e ha anteposto gli interessi politici della Cina ai suoi doveri internazionali. Inoltre, il più recente sforzo dell'Oms per risolvere i problemi esacerbati dalla pandemia di Covid, tramite un 'Trattato sulla pandemia', potrebbe danneggiare gli Stati Uniti", si legge nel documento finale.

La raccomandazione di **distanziamento sociale** di "6 piedi di distanza" — che ha chiuso scuole e piccole attività commerciali in tutto il paese — è stata giudicata "arbitraria e non basata su evidenze scientifiche".

I **lockdown** prolungati "hanno causato danni incommensurabili non solo all'economia americana, ma anche alla salute mentale e fisica degli americani, con un effetto particolarmente negativo sui cittadini più giovani. Invece di dare priorità alla protezione delle popolazioni più vulnerabili, le politiche del governo federale e statale hanno costretto milioni di americani a rinunciare a elementi cruciali di una vita sana e finanziariamente solida".

Sull'**uso obbligatorio delle mascherine** si spiega poi che "non c'erano prove conclusive che le mascherine proteggessero efficacemente gli americani dal Covid. I funzionari della sanità pubblica hanno cambiato idea sull'efficacia delle mascherine senza fornire agli americani dati scientifici, causando un enorme aumento della sfiducia pubblica".

Sul piano della **comunicazione**, "i funzionari della sanità pubblica hanno spesso diffuso disinformazione attraverso messaggi contrastanti, reazioni impulsive e mancanza di trasparenza. Negli esempi più eclatanti di campagne di disinformazione pervasive, l'uso di farmaci off-label e la teoria della fuga di laboratorio sono stati ingiustamente demonizzati dal governo federale".

Quanto ai vaccini contro il Covid, il giudizio del Select Subcommittee appare quantomeno contrastante. Se da un lato elogia "l'operazione Warp Speed del presidente Trump, che ha incoraggiato il rapido sviluppo e l'autorizzazione del vaccino contro il Covid, contribuendo a salvare milioni di vite", dall'altro si sottolinea come lo stesso vaccino non abbia fermato la diffusione o la trasmissione del virus e che sia stato "imposto" dal governo Biden nonostante "due importanti scienziati della FDA avessero messo in guardia i loro colleghi sui pericoli di accelerare il processo di approvazione e sulla probabilità di eventi avversi".

Bocciato anche l'obbligo vaccinale. "Gli obblighi vaccinali non erano supportati dalla scienza e hanno causato più danni che benefici. L'amministrazione Biden ha costretto gli americani sani a conformarsi agli obblighi vaccinali Covid che hanno calpestato le libertà individuali e ignorato la libertà medica per imporre un nuovo vaccino a milioni di americani senza prove sufficienti a supporto delle loro decisioni politiche".

Infine, sulla **chiusura prolungata delle scuole** si spiega come la "scienza non ha mai giustificato le chiusure prolungate delle scuole. Era improbabile che i bambini contribuissero alla diffusione del Covid o soffrissero di gravi malattie o mortalità. Invece, a causa delle chiusure delle scuole, i bambini hanno sperimentato una perdita di apprendimento storica, tassi più elevati di disagio psicologico e un calo del benessere fisico".

I democratici del panel hanno pubblicato un loro rapporto, contestando molte delle conclusioni dei loro colleghi.

L'indagine sulle "origini del Covid" condotta dalla sottocommissione repubblicana "non è riuscita a scoprire le origini del virus né a far progredire la nostra comprensione di come sia nato il nuovo coronavirus. EcoHealth Alliance (EHA) non ha creato il Sars-CoV-2 e non ha causato la pandemia di Covid. I virus studiati nell'ambito della sovvenzione e del subappalto del Wuhan Institute of Virology sono troppo distanti geneticamente dal Sars-CoV-2 per aver causato la pandemia".

I democratici sottolineano poi come l'indagine della sottocommissione repubblicana sulla riapertura rapida e sicura delle scuole da parte dell'amministrazione Biden-Harris "non è riuscita a corroborare le accuse infondate di indebita influenza sulle linee guida dei Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie (CDC). Il CDC ha elaborato delle linee guida per riaprire rapidamente le scuole, proteggendo studenti e personale dal Covid".

Contestati anche gli **attacchi strumentali da parte dei repubblicani a quelle misure di sanità pubblica ritenute "essenziali"** dai democratici per la protezione della salute dei cittadini americani quali distanziamento sociale, uso di mascherine e ricorso al vaccino contro il Covid.

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=126290

la Repubblica

Batteri specchio, un gruppo di scienziati: "Stop alle ricerche: rischi per la vita sulla terra"

Nell'appello anche 2 Nobel: 'possibile minaccia globale'

Stop alle ricerche tese a sviluppare i batteri specchio, organismi sintetici costituiti da molecole speculari rispetto a quelle esistenti in natura: lo chiedono 38 scienziati di fama internazionale, tra cui due Nobel e il pioniere della vita sintetica Craig Venter.

Nell'appello pubblicato su [Science](#), supportato da un rapporto di 300 pagine, si osserva che simili microrganismi non siano ancora realtà, ma in futuro potrebbero rappresentare una minaccia per globale per esseri umani e ambiente perché la loro struttura molecolare a specchio potrebbe non essere riconosciuta dalle difese immunitarie di umani e animali.

I firmatari

Tra i firmatari dell'appello ci sono anche ricercatori che hanno lavorato per anni allo sviluppo dei batteri specchio: l'obiettivo era infatti quello di usarli come bio-fabbriche per produrre su larga scala farmaci innovativi che, in virtù della loro struttura molecolare speculare, non vengono eliminati velocemente dall'organismo e dunque possono avere un'azione più efficace contro le malattie croniche.

La sicurezza

Ora, però, emergono dubbi in merito alla sicurezza di simili microrganismi sintetici, perché se sfuggissero di mano potrebbero interagire con il resto del mondo in modi imprevedibili e incerti. Le difese immunitarie di esseri umani, animali e piante si basano infatti sul riconoscimento di specifiche forme molecolari presenti nei batteri invasori.

I batteri specchio

Se queste forme fossero speculari, come nei batteri specchio, il riconoscimento sarebbe compromesso e molte difese potrebbero venir meno, lasciando potenzialmente gli organismi vulnerabili alle infezioni. Inoltre i batteri specchio potrebbero eludere anche i loro predatori naturali, come fagi e protisti: la loro moltiplicazione e diffusione negli ecosistemi finirebbe quindi per esporre esseri umani, animali e piante a un rischio continuo di infezione.

"Fermare le ricerche"

Per prevenire questa minaccia per la salute globale, gli scienziati chiedono di fermare le ricerche sui batteri specchio e di avviare un dibattito pubblico che coinvolga la comunità scientifica globale, i finanziatori delle ricerche e i decisori politici.

la Repubblica

Infarto e ictus, così il colesterolo LDL si lega al suo “netturbino” e va via dal sangue

Federico Mereta

Visualizzati i segreti dell'incontro tra la proteina base delle LDL ed il suo recettore. In futuro, possibili nuovi approcci terapeutici. Intanto uno studio clinico italiano rivela come migliorare l'aderenza alle cure nei casi più gravi

Avete presenti i camion della nettezza urbana? Arrivano, prendono i cassonetti, li svuotano e portano via i rifiuti.

Se ovviamente non si trova il giusto “contatto” con i contenitori da svuotare, l'immondizia rimane. E si accumula.

Anche per il colesterolo cattivo, fattore causale dell'infarto, nel nostro corpo accade qualcosa di simile.

Ci sono recettori che, legandosi ad una proteina fondamentale del colesterolo LDL, in qualche modo lo bloccano.

Così poi può essere trascinato via dal sangue, senza depositarsi al suo interno contribuendo a formare nel tempo le placche aterosclerotiche.

Se questo meccanismo non funziona a dovere, lo stesso colesterolo “cattivo” tende ad accumularsi nei vasi. E quindi, nel tempo, a favorire la comparsa dell'infarto e dell'ictus.

Una ricerca americana, apparsa su *Nature*, svela per la prima volta cosa accade in questo “incontro” invisibile tra proteina del colesterolo LDL e recettore dedicato. E soprattutto indica ciò che succede quando questo fenomeno non si verifica.

Gli scienziati del *National Institute of Health (NIH)*, coordinati tra gli altri da Alan Remaley e Joseph Marcotrigiano, sono riusciti a “fotografare” il fenomeno.

Una scoperta che apre la via a trattamenti specifici, caso per caso.

E non solo nelle forme di ipercolesterolemia su base genetica.

L'aiuto dell'Intelligenza Artificiale

Gli studiosi hanno visualizzato cosa succede quando l'LDL si lega al suo recettore, LDLR, con il via all'eliminazione del colesterolo cattivo dal sangue.

Il tutto, grazie ad una tecnologia d'avanguardia di imaging, la microscopia crioelettronica.

Prima gli scienziati hanno osservato l'intera proteina strutturale dell'LDL quando si è legata all'LDLR. Quindi, con un software di previsione proteica basato sull'Intelligenza Artificiale, sono stati in grado di modellare la struttura e individuare le mutazioni genetiche note che determinano un aumento dell'LDL.

Si è così scoperto che molte delle mutazioni che mappavano la posizione in cui LDL e LDLR si collegavano erano associate a una condizione ereditaria chiamata ipercolesterolemia familiare, che può condurre ad infarti già in giovane età. Inoltre si è visto che le varianti associate a questa condizione patologica tendono a raggrupparsi in regioni specifiche dell'LDL.

I risultati dello studio, ora, potrebbero aprire nuove strade per sviluppare terapie mirate volte a correggere questo tipo di interazioni disfunzionali causate dalle mutazioni.

Ma non basta. Crescono le speranze di sviluppare nuovi farmaci per agire esattamente nei punti di connessione tra LDLR e LDL, oltre a quelli già disponibili, prendendo di mira proprio questi obiettivi.

Importante seguire le terapie

L'aderenza ai trattamenti, in ogni caso, rappresenta la sfida odierna nella lotta al colesterolo, anche per raggiungere i valori target, in particolare dopo infarti o ictus. In questo senso sono incoraggianti i dati di un farmaco a mRNA, disponibile in Italia da circa due anni, raccolti dal registro di "Real-Life" CHOLINET pubblicati on line sul *Journal of the American College of Cardiology*.

Lo studio multicentrico italiano, il primo e più ampio mai realizzato sulla sicurezza ed efficacia di Inclisiran (questo il nome del medicinale, che agisce "spegnendo" l'mRNA che porta le informazioni utili alla proteina PCSK9, implicata nel trasporto e nella distruzione dei recettori che catturano il colesterolo), è stato condotto in 31 centri italiani dal gruppo di ricerca guidato da Pasquale Perrone Filardi, presidente della società Italiana di Cardiologia (SIC) e direttore della scuola di specializzazione in malattie dell'apparato cardiovascolare dell'Università Federico II di Napoli.

Sono stati coinvolti 659 pazienti, tra novembre 2022 e febbraio 2024, con età media di 63 anni.

"Dopo 3 mesi dalla prima dose del farmaco e a seguito di una seconda somministrazione di Inclisiran, è stata raggiunta una riduzione media del colesterolo del 51% permettendo di ottenere livelli di colesterolo di 50 milligrammi per decilitro, al di sotto del target stabilito dalle linee guida correnti – spiega l'esperto. Risultati ancora migliori sono stati inoltre raggiunti per i pazienti ad alto rischio di sviluppare malattie cardiovascolari che dopo solo 2 dosi di Inclisiran sono riusciti a raggiungere nel 57% dei casi valori di colesterolo inferiori a 55 e nel 69% livelli di LDL al di sotto di 70. A 9 mesi dall'inizio dello studio e dopo una terza dose del farmaco, la riduzione media dei valori LDL ha raggiunto mediamente il 56% e ha nuovamente mostrato i risultati più significativi tra i pazienti ad alto rischio, che nel 67% dei casi, cioè circa due terzi, sono riusciti a ottenere valori di colesterolo inferiori a 55 milligrammi per decilitro e nell'80% al di sotto di 70".

Cure mirate per chi è ad alto rischio

Come segnala l'esperto, ottimi risultati sono stati raggiunti nei soggetti ad alto rischio cardiovascolare che seguono una terapia combinata con statine o ezetimibe. "È stata osservata una riduzione di LDL al di sotto di 55 milligrammi per decilitro a 3 mesi, nel 71% dei casi e dell'83.2% a 9 mesi – fa sapere Perrone Filardi. Inoltre, l'82.3% e il 94.7% dei soggetti ha raggiunto livelli di colesterolo sotto i 70 mg/dl a 3 e 9 mesi, rispettivamente". Il tutto, va detto, con un'aderenza alla terapia che ha raggiunto quasi il 100%.

"Questo è spiegabile sostanzialmente con la rarità di effetti collaterali rispetto alle statine e una modalità di somministrazione meno impegnativa, con iniezioni sottocutanee semestrali anziché una pillola al giorno – conclude il cardiologo".

https://www.repubblica.it/salute/dossier/sportello-cuore/2024/12/16/news/infarto_ictus_colesterolo_ldl_si_lega_al_suo_netturbino_e_va_via_dal_sangue-423889721/?ref=RHLM-BG-P17-S1-T1

la Repubblica

Se soffri di reflusso, presta (ancor più) attenzione al rischio infarto

Federico Mereta

Uno studio segnala associazioni tra la risalita dell'acido dallo stomaco con ipertensione, alti valori di colesterolo LDL e ischemie. Ma non spiega i possibili meccanismi. Importante proteggersi. E seguire semplici regole di prevenzione

L'acido che risale, quasi come una frustata dietro lo sterno. Il bruciore di stomaco.

A volte, una raucedine inspiegabile, uno strano mal di gola, la produzione continua di saliva, addirittura fastidi alle orecchie. O ancora un quadro simile a quello dell'infarto, con il dolore toracico classico.

Il reflusso gastroesofageo può avere davvero mille volti. E creare malessere, anche oltre l'apparato digerente. Ora si scopre però che potrebbe anche rappresentare un potenziale fattore di rischio per la salute del cuore, tanto da aumentare, seppur di poco, il rischio ipertensione, di crescita del colesterolo "cattivo" o LDL.

Al punto da spianare addirittura la strada ad un infarto.

A far balenare questa ipotesi è una ricerca pubblicata su *Journal of Translational Internal Medicine*, che vede tra i suoi autori Qiang Wu, del Chinese PLA General Hospital di Pechino, e Qiang Su, cardiologo presso l'Ospedale Jiangbin della Regione Autonoma di Guangxi Zhuang.

Ipertensione e non solo

Lo studio mostra come il reflusso gastroesofageo possa influire sulla salute di cuore ed arterie, partendo da una metodologia d'analisi molto sofisticata.

Sono stati infatti stati effettuati controlli di associazione genomica su oltre 600.000 persone, tra cui 129.000 soggetti con diagnosi di reflusso. Le osservazioni sull'apparato cardiovascolare sono state ottenute da una coorte europea di oltre 200.000 individui.

Mescolando attraverso diverse tecniche queste osservazioni, gli esperti hanno innanzitutto dimostrato come in persone che una predisposizione genetica al reflusso si rischia di più l'ipertensione, con un potenziale effetto negativo per il benessere dell'apparato circolatorio. Non solo.

Il reflusso è risultato associato alla tendenza verso valori più elevati di colesterolo LDL e ad una sostanziale diminuzione del colesterolo ad azione protettiva, o HDL.

Infine, dallo studio emerge come in presenza di risalita di acido verso l'esofago potrebbe aumentare anche il rischio di infarto del miocardio, mentre non ci sarebbero associazioni dirette tra reflusso e scompenso cardiaco.

Occorre capire cosa accade

Prima di tutto, consideriamo che lo studio riporta solamente associazioni e non spiega i possibili meccanismi che starebbero dietro ai rapporti tra benessere digestivo e salute cardiaca. Ma non va certo preso sottogamba, soprattutto in chiave preventiva.

"Questi risultati indicano che il reflusso gastroesofageo potrebbe essere un potenziale fattore di rischio per le malattie cardiovascolari – segnala in una nota Qiang Su. Rivelando queste associazioni, il nostro studio sottolinea l'importanza di una diagnosi precoce e di strategie di prevenzione sia per la malattia da reflusso gastroesofageo che per le condizioni cardiovascolari".

Sul fronte pratico, quanto emerge dalla ricerca segnala l'importanza di rivolgersi al proprio medico per affrontare il reflusso. Che non va sottovalutato.

Consigli utili

È importante smettere di fumare, controllare il peso, non portare abiti stretti soprattutto nella parte bassa dell'addome (occhio a cinture e leggings), evitare gli sforzi fisici eccessivi ma al contempo praticare una regolare attività fisica.

Per quanto riguarda le indicazioni a tavola, specie se è presente anche un'ernia iatale, bisogna cercare di non "sovraccaricare" eccessivamente con il cibo l'apparato digerente per cui può essere utile frazionare i pasti, puntando anche su due spuntini.

Per il resto, conviene evitare le frittiture e più in generale i piatti eccessivamente elaborati, soprattutto se ricchi in grassi.

Tra gli alimenti da evitare per chi soffre di reflusso occorre ricordare la lista dei cibi "reflussogeni": si parte da ortaggi come il pomodoro o gli agrumi per arrivare al cioccolato.

Meglio anche non abbondare con le spezie, dalla noce moscata al peperoncino e al curry, e più in generale con gli alimenti che hanno un gusto acido.

Infine, oltre a limitare gli alcolici e le bevande addizionate di acido carbonico, chi soffre di reflusso dovrebbe dimenticare il tè.

Ovviamente poi, caso per caso, si sceglie il trattamento farmacologico più indicato: spesso sono necessari i farmaci che riducono o azzerano la produzione di acido da parte dello stomaco, i cosiddetti anti-H2 o inibitori di pompa protonica, che dovrebbero sempre essere prescritti dal medico e non essere assunti per periodi prolungati senza precise indicazioni del curante.

<https://www.repubblica.it/salute/dossier/sportello-cuore/2024/11/29/news/se-soffri-di-reflusso-presta-ancor-piu-attenzione-al-rischio-infarto-423759345/>

Ospedale che cambia



¹ Department of Architecture,
University of Cambridge

² UCL/RISE Centre for
NeuroArchitecture and NeuroDesign,
Research Institutes of Sweden

Cite this as: *BMJ* 2024;387:q2773

<http://doi.org/10.1136/bmj.q2773>

Published: 13 December 2024

CHRISTMAS 2024: SEASONS OF LOVE

Architecture and public health: from harmful designs to health environments

Architectural health research could help us create happier and healthier built environments

Cleo Valentine

Architettura e salute pubblica: da progetti dannosi ad ambienti costruiti sani

La ricerca sulla salute architettonica potrebbe aiutarci a creare ambienti costruiti più felici e sani, scrive

Cleo Valentine, dottorando di ricerca senior, responsabile innovazione¹, ²

Oltre la metà della popolazione mondiale vive in aree urbane¹; le Nazioni Unite prevedono che questa percentuale aumenterà a quasi due terzi entro il 2050,¹ ma molti ambienti urbani non supportano o danneggiano attivamente la salute pubblica.²⁻⁶

Gli effetti dell'ambiente costruito sulla salute e sul benessere pubblici potrebbero essere più sostanziali di quanto si pensasse in precedenza.⁷ I responsabili del nostro ambiente costruito, ovvero architetti, sviluppatori immobiliari e autorità pubbliche, devono collaborare e considerare la salute più da vicino.

Esperti medici e funzionari della sanità pubblica dovrebbero essere regolarmente coinvolti nel processo di progettazione e le leggi e i regolamenti sulla pianificazione dovrebbero imporre considerazioni sulla salute nella progettazione e nella costruzione.

Riconoscendo che la salute comprende il completo benessere fisico, mentale e sociale, non solo l'assenza di malattia⁸, possiamo dare priorità alla salute fisica e mentale rispetto alle considerazioni puramente economiche, creando in definitiva ambienti costruiti più sani.

La ricerca sulla salute architettonica ha attirato una crescente attenzione globale negli ultimi anni. Iniziative come la campagna Humanise⁹ promuovono la progettazione architettonica che dà priorità alla salute e al benessere. Questa disciplina di ricerca emergente ha identificato che le sottili variazioni negli elementi di progettazione

architettonica e urbana sono associate a risultati e benessere migliorati in termini di salute fisica e mentale, tenendo conto di altri determinanti socioeconomici della salute.⁷

I progetti architettonici dovrebbero dare priorità a spazi confortevoli e ristoratori. Le sottili variazioni negli elementi architettonici e urbani possono influenzare profondamente il benessere sociale, fisico e mentale.⁷ Stanze più piccole con soffitti più bassi, rapporti tra finestre e pareti più bassi, attrattiva visiva limitata e spazi inadeguati possono aumentare il senso di chiusura e innescare risposte di stress²⁻⁴ associate a una maggiore morbilità e mortalità.^{10 11}

Le specifiche salutari per queste caratteristiche rimangono difficili da definire, poiché i loro effetti sono soggettivi e dipendono dalla funzione della stanza.

Per massimizzare il ritorno sull'investimento, gli sviluppatori spesso subiscono pressioni per ridurre le dimensioni delle stanze, le altezze dei soffitti e il numero di finestre.

La ricerca sulla salute architettonica può avere un ruolo cruciale in questo caso, identificando strategie di progettazione come l'utilizzo di aggiustamenti neutrali in termini di costi o efficienze di progettazione che migliorano il benessere degli occupanti senza aumentare i costi.

Inoltre, gli ambienti visivamente monotoni, caratterizzati da elementi uniformi e privi di caratteristiche, facciate con lunghe distese di pareti vuote e dettagli architettonici minimi, possono indurre più risposte di stress rispetto a contesti visivamente più coinvolgenti e intricati.⁵

Allo stesso modo, le facciate architettoniche e le caratteristiche con motivi altamente geometrici, ripetitivi e ad alto contrasto sono note per aumentare lo stress visivo, contribuendo a mal di testa e, in casi estremi, emicranie e convulsioni.¹²

Le facciate con più aperture, come porte e finestre, ed elementi architettonici vari possono rendere l'esperienza meno stressante.⁵

Gli edifici residenziali più alti sono collegati a una maggiore percezione di comportamento antisociale, poiché i residenti possono sentirsi più disconnessi dalle interazioni a livello del suolo.⁶

Una maggiore densità di appartamenti per piano può anche aumentare la percezione di vandalismo e disordine, poiché la privacy diminuisce e l'uso condiviso dello spazio aumenta.⁶

Una progettazione architettonica ponderata è fondamentale per ridurre al minimo le percezioni negative e promuovere un senso di sicurezza e privacy. La forma architettonica dovrebbe anche promuovere un senso di comunità, incoraggiare la percorribilità e arricchire le esperienze quotidiane e le interazioni sociali.

Uno studio del 2014 condotto a Seattle ha scoperto che le persone avevano quattro volte più probabilità di aiutare gli estranei in strade animate con molte attività commerciali, opportunità di coinvolgimento e interesse visivo rispetto a strade anonime con scarso fascino visivo e minori opportunità di interazione.¹³

I paesaggi urbani dinamici e visivamente coinvolgenti possono incoraggiare la connessione con la comunità.^{5 13}

La progettazione architettonica e urbana è fondamentale per affrontare altri problemi di salute, tra cui sovrappollamento, umidità e muffa legati allo stress, diffusione di malattie infettive e condizioni croniche.¹⁴⁻¹⁷

Una scarsa ventilazione e qualità dell'aria contribuiscono alla "sindrome dell'edificio malato", in cui gli occupanti sperimentano effetti acuti sulla salute che sembrano essere direttamente collegati al tempo trascorso nell'edificio, ma senza una malattia o una causa specifica identificata.^{18 19}

La progettazione urbana può ridurre i rischi per la salute come malattie cardiovascolari, diabete e obesità incoraggiando le passeggiate e il trasporto attivo e riducendo la guida.²⁰

I quartieri a basso reddito possono avere più architettura dannosa, con alloggi spesso caratterizzati da spazi verdi limitati,²¹ cattiva costruzione e manutenzione inadeguata.²²

Questi fattori possono esacerbare le disuguaglianze sanitarie e creare cicli di svantaggio.²³

La progettazione urbana può aiutare a ridurre queste disuguaglianze sanitarie. Incorporare il verde i paesaggi urbani, ad esempio, promuovono il benessere mentale e fisico 24 e riducono l'inquinamento.25

La ricerca emergente sulla salute architettonica dovrebbe informare la politica globale e la pratica in tutto il mondo. Sono necessarie intuizioni derivanti dall'osservazione clinica e da studi clinici longitudinali per caratterizzare gli effetti sulla salute a lungo termine dell'ambiente costruito sulle popolazioni.

I professionisti medici generalmente riconoscono che la scarsa qualità degli alloggi è un fattore influente nei risultati sanitari negativi.16

I sistemi sanitari in tutto il mondo potrebbero trarre vantaggio dall'integrazione di prove crescenti che specifici progetti urbani e architettonici influenzano le malattie croniche e le patologie.

Questa integrazione potrebbe comportare l'incorporazione di intuizioni sulla salute architettonica nelle politiche di sanità pubblica, l'aggiornamento delle linee guida cliniche per tenere conto dei fattori di rischio ambientali e la promozione di collaborazioni tra professionisti sanitari, urbanisti e architetti per progettare spazi che mitigano i rischi per la salute e promuovono il benessere.

Architetti, ingegneri e urbanisti hanno l'obbligo etico di incorporare le intuizioni del crescente corpus di ricerca per creare edifici e quartieri più sani per dare priorità alla salute e al benessere.26

I codici di condotta professionali impongono già che gli architetti debbano tenere in debita considerazione gli effetti del loro lavoro sugli utenti, il pubblico e l'ambiente.27

Le normative e le politiche edilizie dovrebbero essere informate dalla ricerca sulla salute architettonica.

Sebbene il legame tra qualità degli alloggi e benessere sia ben consolidato, è urgentemente necessaria una regolamentazione obbligatoria.

Con lo sviluppo della ricerca, l'obiettivo è creare ambienti costruiti che non solo promuovano la salute e il benessere, ma riducano anche le disuguaglianze e supportino la sostenibilità urbana, aprendo la strada a una società più sana ed equa.

Il futuro della nostra salute sarà influenzato dai modi ponderati e innovativi in cui progettiamo il nostro ambiente costruito.

[the bmj](#) | [BMJ 2024;387:q2773](#) | [doi: 10.1136/bmj.q2773](#)

[quotidiano**sanità**.it](#)

Mobilità sanitaria ospedaliera.

Calano i ricoveri fuori regione ma ci si sposta di più per le cure ad alta complessità che fanno lievitare la spesa. Cresce il ricorso al privato. Emilia Romagna, Lombardia e Veneto sempre le più attrattive

Ester Maragò

Nuovo Report dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. Il privato accreditato è il più gettonato, gestisce circa i tre quarti delle prestazioni di alta complessità. Emilia Romagna, Lombardia e Veneto le regioni più attrattive. Campania e Calabria quelle che spendono di più a causa dei pazienti che fuggono. Anche se la prima ha incrementato i ricavi grazie a un aumento dei ricoveri in mobilità attiva di alta complessità.

12 DIC -

Italiani un popolo in movimento che continua a migrare per farsi curare fuori dalla propria Regione di appartenenza. Ma qualcosa sta cambiando dopo lo stop forzato della pandemia. Nel 2023 l'esodo ha rallentato la sua corsa in particolare per le cure di bassa e media complessità: gli italiani hanno iniziato a

prediligere gli “ospedali di casa”, tant’è che il numero dei ricoveri fuori Regione è diminuito passando dai 707.811 del 2019 a 668.145 ricoveri nel 2023.

Ma quanto si tratta di cure ospedaliere ad alta complessità il fenomeno migratorio non si arresta, anzi si rafforza: rispetto al 2019 la migrazione è aumentata del 12%. A testimoniare il seppur lieve incremento del giro d'affari che dai 2,84 miliardi di euro del 2019 è arrivato a 2,88 miliardi nel 2023. Una crescita della spesa legata proprio ai Drg di alta complessità, che comportano trattamenti più costosi e specializzati. Le strutture ospedaliere più gettonate? Quelle private accreditate, che gestiscono circa i tre quarti delle prestazioni di alta complessità.

Solo un aspetto non cambia, il flusso migratorio per ricoveri ospedalieri continua a procedere da Sud verso Nord. Anche se si tende sempre di più a spostarsi tra le regioni del Centro-Nord, soprattutto quelle di confine. In termini percentuali, il Nord attira l’83,78% del flusso migratorio, il Centro il 68,24% e il Sud si ferma al 27,22%.

A livello regionale non si appanna l’appeal delle strutture ospedaliere di Emilia-Romagna, Lombardia (che arretra in seconda posizione) e Veneto. Regioni che continuano a registrare un saldo economico in attivo, insieme a Toscana, Piemonte, Trento e al piccolo Molise (caratterizzato però anche da una fuga dei pazienti). La Regione con il più alto saldo negativo è la Campania che ha però ridotto del 6% le spese legate alla mobilità passiva diventando sempre più attrattiva sul fronte delle cure ad alta complessità.

Ma in generale sono tutte al Sud le regioni che scontano la mobilità in uscita: oltre alla Campania (-211,3 mln di spese da rimborsare), la Calabria (-191,8 milioni), la Sicilia (-139,6 milioni) e la Puglia (-126,9 milioni).

È questo il quadro tracciato dal terzo Rapporto di Agenas sulle principali dinamiche della Mobilità sanitaria interregionale, realizzato in collaborazione e su mandato del ministero della Salute.

Anche quest’anno sono finite sotto la lente la mobilità “apparente” costituita dai ricoveri effettuati nella regione di domicilio del paziente ma non in quella di residenza, quella “casuale” relativa ai ricoveri effettuati in urgenza e la mobilità “effettiva” determinata dalla scelta del cittadino/paziente.

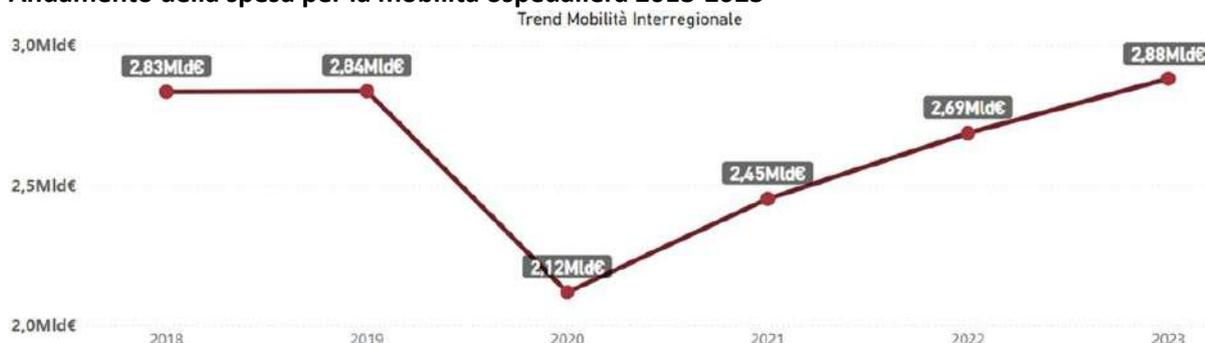
Vediamo quali sono i principali dati sulla mobilità sanitaria interregionale

Negli anni il trend di spesa per la mobilità sanitaria - dopo la pausa della pandemia che ha fatto registrare un crollo della spesa (2.12 mld di euro) - è leggermente risalito: da 2,84 miliardi di euro nel 2019 è passato a 2,88 miliardi nel 2023. Le componenti di mobilità casuale e apparente sono rimaste pressoché stabili nel corso degli anni.

Mentre a pesare di più sul piatto della bilancia nel 2023 sono i costi legati alla mobilità per prestazioni di alta complessità (+12%), in soldoni rispetto al 2019 sono cresciuti di circa 144 mln.

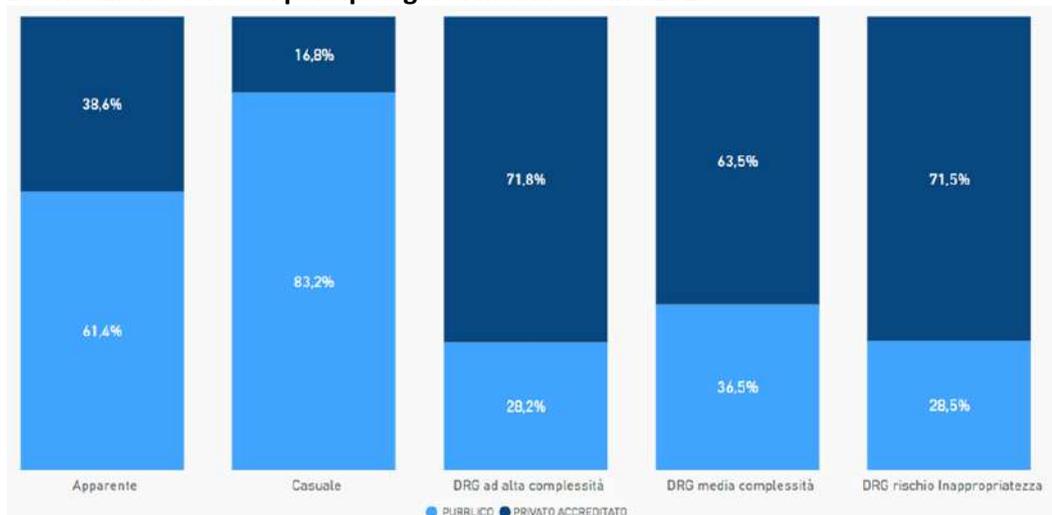
La seconda voce di spesa è invece quella legata alla componente di media/bassa complessità diminuita invece del 12% (- 85mln di euro). I Drg ad Alta complessità riguardano 105.288 ricoveri e pesano per 1.214.963.993 euro, quelli Media/Bassa complessità interessano 353.057 ricoveri e la spesa è di 950.162.018. Sono invece a rischio inappropriatazza 77.881 ricoveri e pesano 151.007.241 euro.

Andamento della spesa per la mobilità ospedaliera 2018-2023



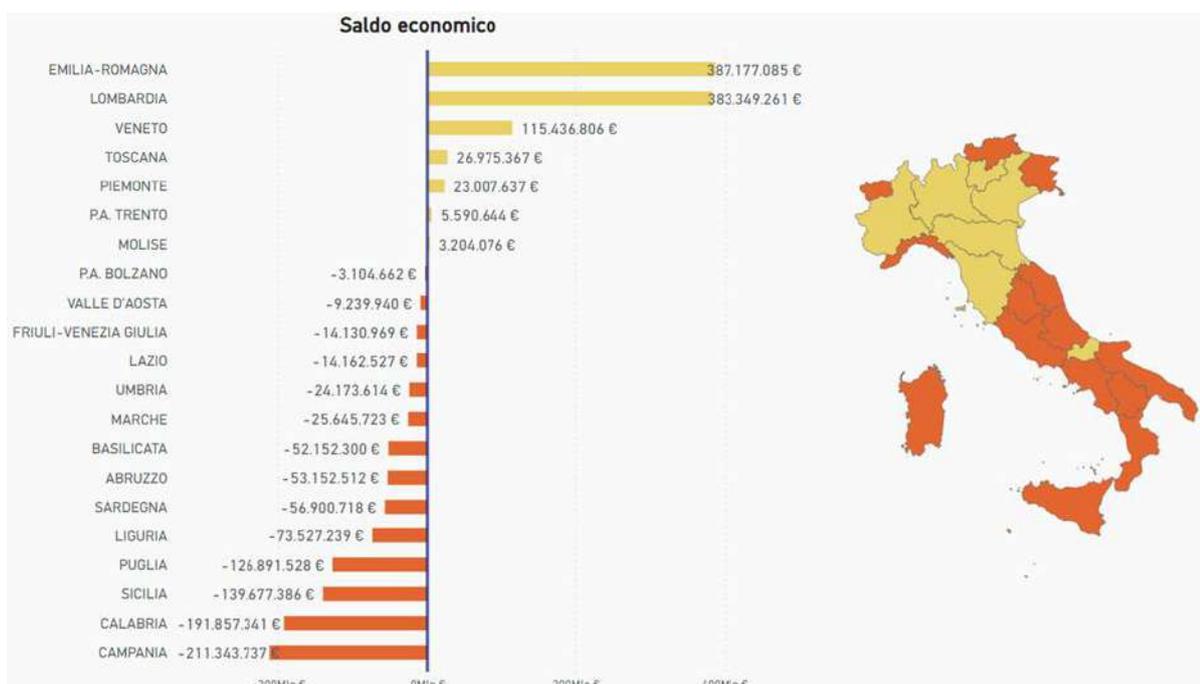
Le strutture ospedaliere maggiormente attrattive sono quelle private accreditate, che gestiscono circa i tre quarti delle prestazioni di alta complessità (circa il 72%), ma anche sulla media complessità rimane più attrattivo rispetto al pubblico.

Distribuzione dei costi per tipologia di mobilità anno 2023



Le Regioni più attrattive per la mobilità sanitaria sono l'Emilia-Romagna, la Lombardia e il Veneto. Il loro appeal è in gran parte dovuto ai Drg legati alle malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo, che rappresentano per le tre regioni rispettivamente il 52%, il 31% e il 34% dell'attrazione totale. Le Regioni con il maggior saldo positivo sono l'Emilia-Romagna e la Lombardia: rispettivamente con 387 milioni e 383 milioni. I saldi negativi più "pesanti" si registrano in particolare nelle regioni del Sud. La Campania sborsa per la mobilità passiva ben 211,3 mln, la Calabria 191,8 mln, la Sicilia 139,7 mln e la Puglia 126,8 mln.

Saldi Economici Mobilità sanitaria Anno 2023

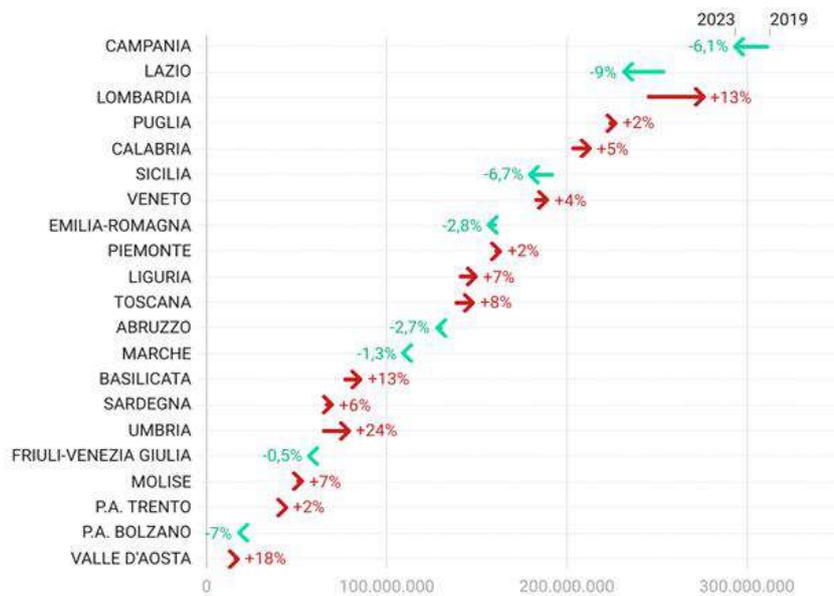


Da considerare inoltre, sottolinea Agenas, alcune variazioni più interessanti rispetto al 2019.

A partire dall'Emilia Romagna che migliora la sua attrattività: rispetto al 2019 i ricavi per la mobilità attiva sono cresciuti del 19%, mentre al contrario la Lombardia ha subito una contrazione del 10,2%. In crescita anche i ricavi del Veneto e del Lazio (+11%). In particolare il Lazio ha registrato una riduzione del saldo negativo grazie alla diminuzione dei costi di mobilità passiva (-9%).

Anche la Campania, Regione che paga di più per la fuga dei pazienti, inizia ad invertire il trend: ha ridotto i costi legati alla mobilità passiva del 6% e ha incrementato i ricavi grazie a una crescita dei ricoveri in mobilità attiva di alta complessità, conquistando un +18%. Spicca anche il dato della Regione Umbria che vede schizzate in avanti gli esborsi per la guga dei propri cittadini (+24%).

Variazione Costi Mobilità Passiva 2023-2019



Variazione Ricavi Mobilità Attiva 2023-2019



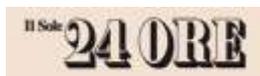
I report dell'Agenas "non vogliono dare voti ma supportare con elementi concreti le scelte della politica nazionale e regionale, vogliamo con le nostre relazioni ad aiutare a portare i correttivi ai sistemi nazionali e

regionali con metodo asettico e scientifico. Non diamo classifiche ma misuriamo. La mobilità sanitaria tra le regioni è indotta da errori che si fanno, anche noi li facciamo, ma ci si deve fermare e se ci sono errori vanno corretti. In Francia la mobilità non è problema, c'è la mutua che paga e al cittadino che va da Marsiglia a Digione non importa molto. Attenzione, c'è una direttiva europea che permette la mobilità all'interno degli stati europei e quindi non vorrei che tra dieci anni ci ritroviamo a discutere di cittadini che si curano in Francia, in Portogallo o in Polonia". Così **Domenico Mantoan**, direttore generale dell'Agenas, nell'intervento finale della presentazione dei dati sulla mobilità sanitaria interregionale 2023 al ministero della Salute.

"La mobilità sanitaria in Italia è un problema perché se sfilo ogni anno 250 mln dal bilancio della Campania, gli togli un pezzo di risorse a De Luca. Con quei soldi in meno avrà problemi ad organizzare la sanità regionale - continua Mantoan citando un esempio - La Costituzione ci dice che la sanità va garantita in maniera uniforme e così non lo stiamo garantendo. Se il progetto è quello di avere degli ospedali di riferimento nazionali, torniamo all'antico perché spesso è meglio del nuovo, in questa mobilità di livello nazionale si deve tenere conto delle eccellenze che già ci sono. Ao di Padova, faccio un esempio, dove - osserva - si fanno 4 tipologie di trapianti, in questa rete nazionale chi la organizzerà deve tenere conto che dove c'è quello è un polo ed è inutile replicare un centro da una altra parte, dietro un trapianto c'è una rete e tanti professionisti. Semmai facciamo in modo che ci sia un finanziamento dedicato visto che saranno riferimenti nazionali e i Drg possiamo abatterli, certe eccellenze vanno valorizzate".

In ultimo la questione delle tariffe, "sono ferme e non è serio tenerle bloccate per 20 anni perché poi quella volta che provi ad affrontarle hai numeri spaventosi, tipo 4 mld. Stiamo sottofinanziando il pubblico e il privato e non va bene - ha concluso Mantoan - Facciamo le tariffe nazionali e basta quelle regionali, una sola aggiornata".

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=126436



Gettonisti, i paletti del ministero su tariffe, criteri organizzativi e requisiti anche di qualità e sicurezza delle cure

di *B. Gob*,

Le aveva previste il decreto Bollette (il n. 34 del 30 marzo 2023) nel tentativo di arginare il ricorso a medici e infermieri 'gettonisti', che secondo l'Anac tra 2019 e agosto 2023 hanno comportato una spesa potenziale di circa 1,7 miliardi, drenando risorse in termini di personale e rischiando anche di mettere a repentaglio la sicurezza delle cure.

Ora con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale arrivano le linee guida del ministero della Salute con le "specifiche tecniche, i prezzi di riferimento e gli standard di qualità dei servizi medici e infermieristici da affidare a terzi in caso di necessità e urgenza da parte delle aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, per fronteggiare la grave carenza di organico del personale sanitario".

Tra i capisaldi del provvedimento voluto dal ministro della Salute Orazio Schillaci, innanzitutto c'è il tetto ai compensi orari: per i medici "a gettone" si fissa un massimo di 85 euro per Pronto soccorso/anestesia/rianimazione e di 75 euro per tutti gli altri servizi. Per gli infermieri, la tariffa è rispettivamente di 28 euro e di 25 euro in Pronto soccorso e negli altri servizi infermieristici.

L'esternalizzazione dei servizi medico-sanitari e in particolare il ricorso ai gettonisti dovrà in ogni caso essere una circostanza "eccezionale e residuale" a cui le aziende e gli enti del Ssn possano ricorrere per sopperire alla grave carenza di organico del personale, nel rispetto di limiti stringenti e quindi nei soli casi di necessità e urgenza, quando sia impossibile un'altra soluzione come l'impiego di personale già in servizio o il reclutamento attraverso concorsi, assunzioni di idonei in graduatoria o specialisti ambulatoriali.

E il servizio dovrà essere prestato un'unica soluzione e senza possibilità di proroga, per non più di 12 mesi. Non solo: accanto alla verifica della sussistenza di tutti i requisiti organizzativi fissati nelle Linee guida, la stazione appaltante dovrà "estrinsecare la sussistenza dei necessari requisiti di professionalità del personale medico e infermieristico di cui si avvalgono gli operatori economici e il rispetto delle disposizioni sull'orario di lavoro".

Tra le specifiche tecniche, i requisiti nel dettaglio del personale infermieristico - laurea e iscrizione all'ordine - e per i medici oltre a laurea e iscrizione all'ordine la specializzazione nella disciplina per cui vanno a prestare servizio -, poi la garanzia della conoscenza della lingua italiana per il personale che non abbia la cittadinanza del nostro Paese, la garanzia che ogni 'gettonista' sia titolare di una polizza assicurativa per colpa grave tale da sollevare l'amministrazione da eventuali danni a terzi, la nomina di un coordinatore del servizio per agevolare il raccordo con l'azienda sanitaria, l'obbligo per la società di servizi di attenersi agli standard qualitativi previsti dalle linee guida delle società scientifiche e a quelle emanate dall'azienda sanitaria.

E ancora un tetto massimo di 48 ore medie settimanali di lavoro nella turnistica organizzata dal 'service', per i professionisti coinvolti nell'affidamento, che dovranno poter riposare almeno undici ore consecutive ogni giorno "per il recupero delle energie psicofisiche".

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-12-02/gettonisti-paletti-ministero-tariffe-e-requisiti-115353.php?uuid=AG96PtVB&cmpid=nlqf>

quotidiano**sanità**.it

Gettonisti. Per i medici massimo 85 euro l'ora per il Pronto soccorso, per gli infermieri 28 euro. Le linee guida con limiti per uso e costi

Con le linee guida pubblicate in Gazzetta Ufficiale, potranno essere utilizzati nei soli casi di necessità e urgenza, in un'unica occasione (max 12 mesi) e senza possibilità di proroga e laddove non sia possibile ovviare altrimenti alle carenze del personale sanitario. Previsto anche un tetto massimo di 48 ore settimanali di lavoro e deve essere assicurato un riposo di undici ore tra un turno e l'altro.

02 DIC -

Arrivano le Linee guida che delimitano le condizioni di utilizzo dei medici e degli infermieri 'gettonisti'. Il fenomeno del personale medico era esploso per i medici con la pandemia, precedente invece a questo periodo per gli infermieri a causa della carenza di questi professionisti negli organici dei servizi, con costi elevati per le strutture. Per limitarne l'uso il Governo nel [decreto bollette](#) aveva introdotto dei limiti e si era in attesa delle indicazioni pratiche per la loro applicazione.

Con le linee guida pubblicate in Gazzetta Ufficiale, potranno essere utilizzati nei soli casi di necessità e urgenza, in un'unica occasione (max 12 mesi) e senza possibilità di proroga e laddove non sia possibile ovviare altrimenti alle carenze del personale sanitario.

Come già prevedeva la norma di partenza, si ribadisce che i gettonisti possono essere utilizzati "solo in caso di necessità e urgenza, in un'unica occasione e senza possibilità di proroga". Previsto anche un tetto massimo di 48 ore settimanali di lavoro e deve essere assicurato un riposo di undici ore tra un turno e l'altro. Intanto il sistema dell'arruolamento dei gettonisti va avanti. Anche in questi giorni, racconta un medico romano, arrivano proposte per coprire i turni in alcuni ospedali in difficoltà

Fissati anche i limiti economici orari: dagli 85 euro per il pronto soccorso e la rianimazione fino ai 75 euro per altri servizi medici. Per gli infermieri la tariffa varia dal 28 euro per il pronto soccorso a 25 euro per altri servizi.

TABELLA A

SERVIZI MEDICI

Articolazione	Pronto soccorso/anestesia e rianimazione	Altri servizi medici
Prezzo orario	85 euro	75 euro

SERVIZI INFERMIERISTICI

	Pronto soccorso	Altri servizi infermieristici
Prezzo orario	28 euro	25 euro

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=126176

quotidianosanità.it

Al Sud una giornata di degenza ospedaliera arriva a costare fino al triplo rispetto al Nord

Giovanni Rodriquez

Tra le Aziende ospedaliere, al Papardo di Messina il costo giornaliero di una degenza arriva a 1031,6 euro. Va poco meglio al San Pio di Benevento con i suoi 915,3 euro al giorno. Una differenza netta rispetto al Santa Croce e Carle di Cuneo dove si spendono 413,2 euro. Ancora più marcate le differenze se si prendono in esame le Aziende ospedaliere universitarie: al Luigi Vanvitelli di Napoli si sfiorano i 1.400 euro di costo giornaliero, oltre il triplo rispetto ai 400,3 euro del Policlinico San Matteo di Pavia.

03 DIC -

Una degenza in una Azienda ospedaliera del Sud, in particolare in Sicilia e Campania, arriva a costare oltre il triplo rispetto alla stessa degenza in strutture del Nord Italia. Questo quanto emerge dai dati pubblicati ne portale statistico di Agenas.

Prendendo in esame le Aziende ospedaliere, al Papardo di Messina il costo giornaliero di una degenza arriva a 1031,6 euro. Va poco meglio al San Pio di Benevento con i suoi 915,3 euro al giorno. Il dato inizia già a scendere più sensibilmente da terzo posto, con i 734,7 euro del San Giovanni di Roma.

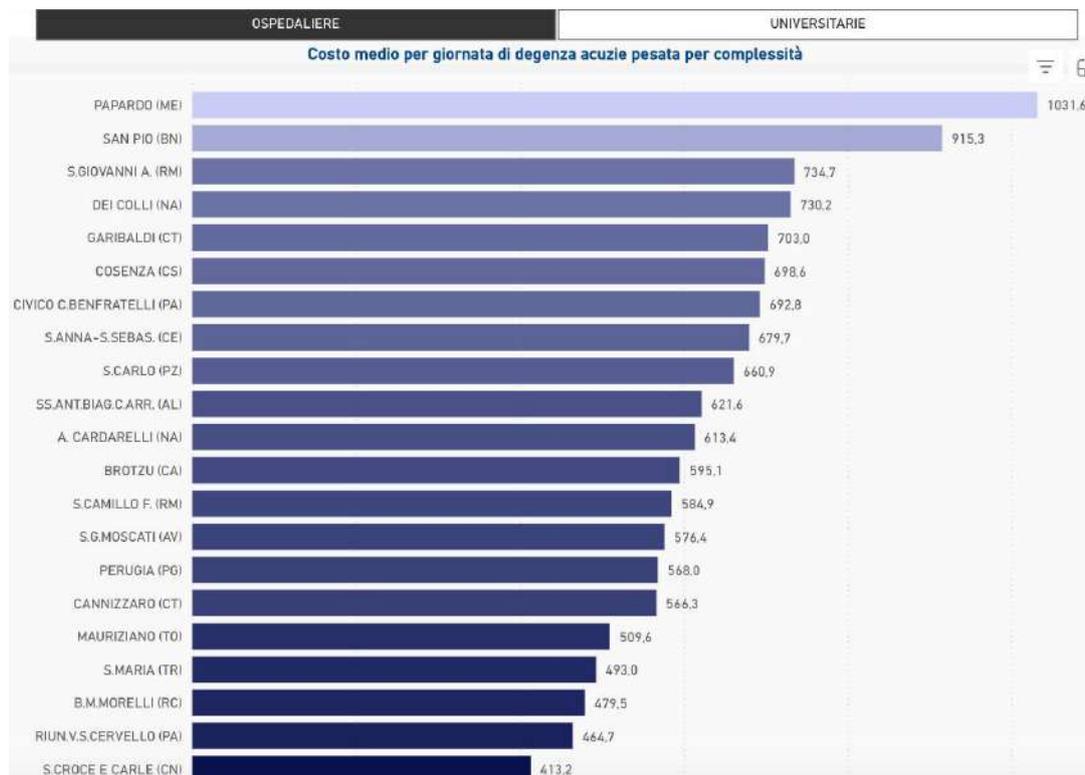
Parliamo di quasi 300 euro al giorno in meno rispetto al Papardo di Messina. Ma il dato cresce esponenzialmente se prendiamo in esame il Santa Croce e Carle di Cuneo dove si spendono 413,2 euro al giorno per un ricovero ospedaliero, ossia ben 618,4 euro in meno rispetto a Messina.

Ma cos'è l'indicatore del costo medio per giornata di degenza acuzie pesata per complessità?

Come spiega Agenas, questo rappresenta il costo medio di una giornata di degenza per acuzie pesata per la complessità media della casistica.

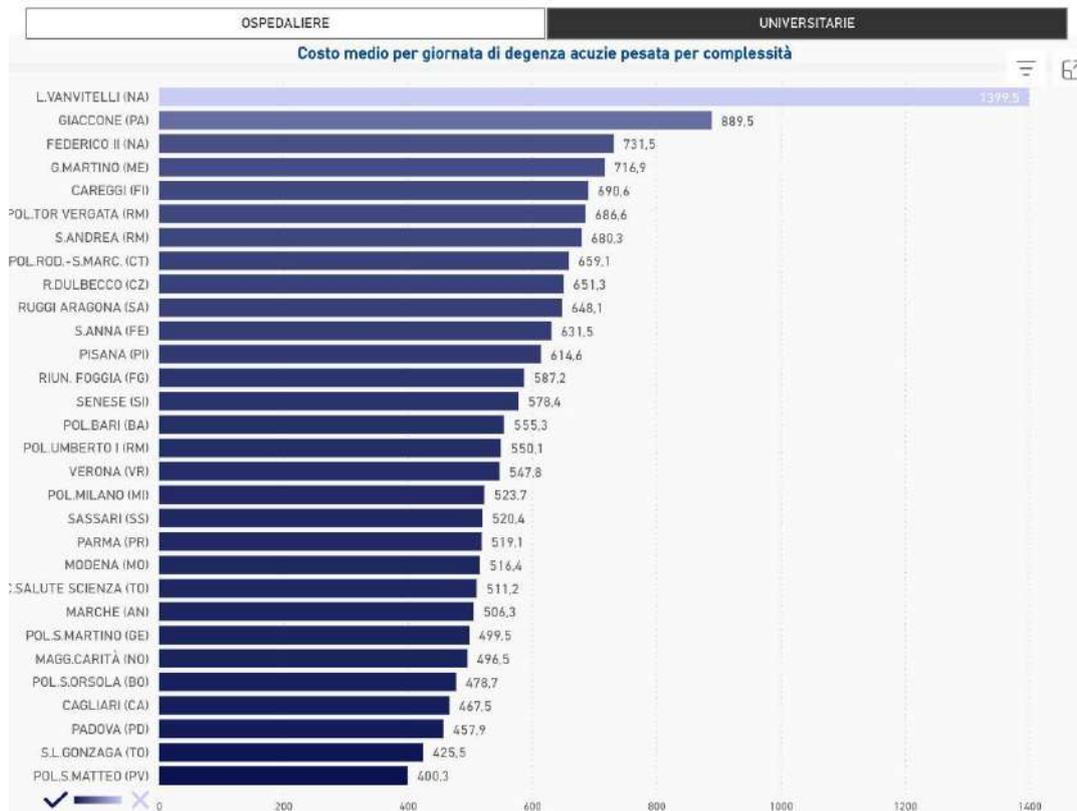
"L'indicatore esprime sinteticamente il valore dei fattori produttivi assorbiti da ogni giornata di degenza per acuti, sulla base di quanto rilevato dal modello LA per il livello assistenza ospedaliera per acuti". Il numero di

giornate di degenza è stato ponderato per il peso medio DRG. Un valore elevato dell'indicatore viene valutato negativamente, in quanto rappresenta maggiori costi operativi connessi ad ogni giornata di degenza".



Le differenze di costo già così nette diventano ancora più marcate se poi prendiamo in esame le Aziende ospedaliere universitarie.

Al Luigi Vanvitelli di Napoli si spendono 1.399,5 euro di costo giornaliero per una degenza. Subito sotto troviamo il Giaccone di Palermo con 889,5 euro al giorno.



Al terzo posto c'è il Federico II di Napoli con 731,5 euro, già 668 euro in meno rispetto all'altra Azienda ospedaliero universitaria della stessa città.

Ma la differenza diventa clamorosa se si prende in esame il costo di una degenza al Policlinico San Mattina di Pavia con i suoi 400,3 euro. Si arrivano a sfiorare i 1.000 euro in meno di costo al giorno per un medesimo ricovero rispetto al Vanvitelli di Napoli, un gap di spesa che ha dell'incredibile.

https://www.quotidianosanità.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=126188

quotidianosanità.it

In Sicilia le Ao con le apparecchiature “più vecchie”, in Campania “parco macchine” rinnovato. Nuove il 95% all’Aou S. Andrea di Roma. Vetusto il 100% all’Aou di Cagliari
di E.M.

Nelle Aziende ospedaliere del meridione le apparecchiature con più di 10 anni di attività si concentrano in particolare in Sicilia dove in molte Ao più del 60% delle apparecchiature è vetusto. Ma anche la Sardegna non scherza. La fotografia di Agenas sullo stato dell'arte delle apparecchiature di 51 tra Aziende Ospedaliere e Aziende Ospedaliere Universitarie italiane

05 DIC -

Le tecnologie corrono veloci, ma non tutte le strutture riescono a rimanere al passo con le innovazioni e così l'anzianità di servizio del “parco macchine” può fare la differenza in molte Aziende sanitarie.

Nelle Aziende ospedaliere del meridione le apparecchiature con più di 10 anni di attività si concentrano in particolare in Sicilia dove in molte Ao più del 60% delle apparecchiature è vetusto. Ma anche la Sardegna non scherza. E così l'Ao dove l'anzianità di servizio delle apparecchiature sfiora ben il 93,8% delle dotazioni totali è il Cervello di Palermo. Mentre a guidare la classifica delle strutture con il 100% delle apparecchiature con più di 10 anni di esercizio è l'Aou di Cagliari.

Non solo ombre, perché al meridione, in particolare in Campania si concentrano le Ao con nuove apparecchiature: all'Ao dei Colli di Napoli solo il 12% delle apparecchiature supera i dieci anni. Mentre all'Aou Sant'Andrea di Roma solo il 5% delle apparecchiature è vetusta. E quanto emerge dai dati pubblicati sul portale statistico di Agenas che fotografano lo stato dell'arte delle apparecchiature di 51 tra Aziende ospedaliere (21) e Aziende Ospedaliere Universitarie italiane (30). Sono esclusi dalla ricerca gli Irccs e le Aziende mono-specialistiche.

Le Aziende ospedaliere e le Aou con le apparecchiature più vecchie...

Come abbiamo visto tra le Ao al Cervello di Palermo ben il 93,8% delle dotazioni totali superano i dieci anni di esercizio. Non va meglio al Papardo di Messina con l'83,3% delle apparecchiature “anziane”, tallonato dall'Ao Cannizzaro di Catania con l'80%. Al Brotzu di Cagliari il 69,2% supera i 10 anni. L'Ao Civico e Benfratelli di Palermo e il Garibaldi di Catania hanno rispettivamente il 67,7% e il 61% di apparecchiature vetuste.

Delle 21 Ao sotto la lente, 15 hanno meno del 50% delle apparecchiature di apparecchiature con più di 10 anni di servizio. Si posizionano con percentuali tra il 42% e il 21% il Mauriziano di Torino e il Santa Maria di Terni (43%), il B. M. Morelli di Reggio Calabria e l'Ao di Cosenza con il 42% e quella di Perugia (41%).

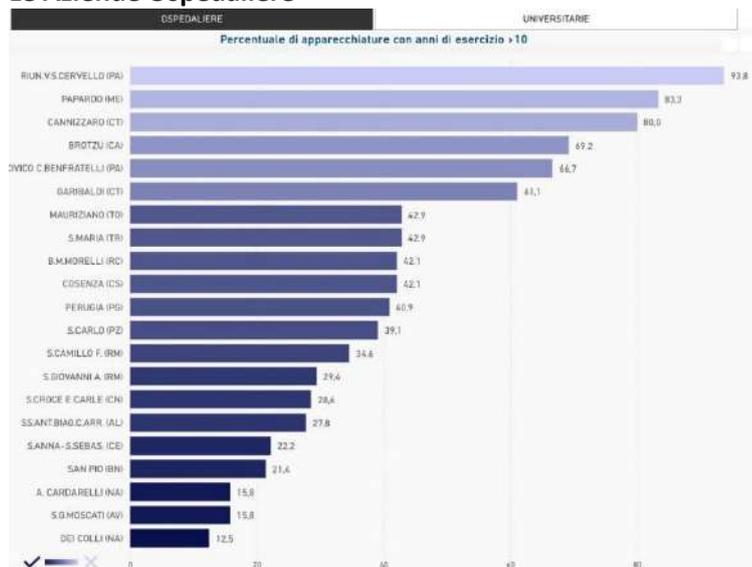
Il San Carlo di Potenza e il San Camillo Forlanini hanno rispettivamente il 39,1 e il 34,6% di macchine vetuste, mentre il San Giovanni di Roma sono più vecchie il 29,4% delle apparecchiature, il 28,6% al Santa Croce e Carle di Cuneo e Santissimi Antonio Biagio di Alba (27,8%) e l'Ao Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta il 22%. All'Aou di Cagliari il 100% delle apparecchiature supera i 10 anni di esercizio e sempre in Sardegna all'Aou di Sassari il 76,5% delle apparecchiature sono vetuste. All'Aou Senese il 57% e in quella di Verona circa il 52%.

In generale tra 30 Aou fotografate, 26 hanno percentuali pari o al di sotto del 50%: si va dal Giaccone di Palermo e dal Pol San Marco di Catania con il 50% al 20,8% del San Martino di Genova e al 24% del Policlinico Tor Vergata di Roma.

... e quelle con un parco macchine rinnovato

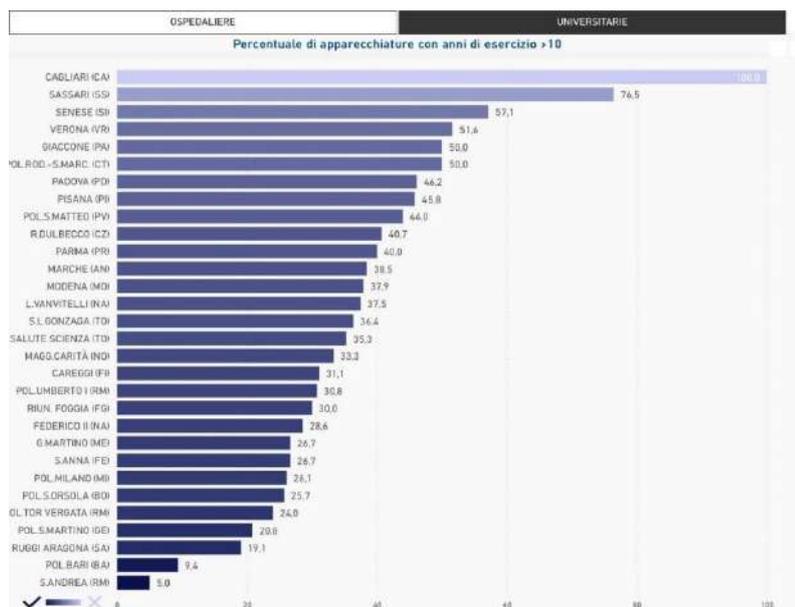
Quasi totalmente rinnovato invece il parco macchine dell'Azienda dei Colli di Napoli: solo il 12,5% delle apparecchiature supera i 10 anni di servizio e il San Giovanni Moscati di Avellino e l'Azienda Cardarelli di Napoli con il 15,8%.

Le Aziende Ospedaliere



Tra le Aou spicca l'Aou Sant'Andrea di Roma solo il 5% delle apparecchiature è vetusta. Anche al Policlinico di Bari appena il 9,4% supera i 10 anni di esercizio. "Vecchio" solo il 19% delle apparecchiature al Ruggi d'Aragona e il 20,8% al Policlinico San Martino di Genova.

Le Aziende Ospedaliere Universitarie



https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=126252

Diagnosi lente, difformità territoriali e lo spettro della rinuncia alle cure: il mondo difficile dei malati cronici nel XXII Rapporto sulle politiche della cronicità “Diritti sospesi”



Diagnosi lente, difformità territoriali e lo spettro della rinuncia alle cure: il mondo difficile dei malati cronici nel XXII Rapporto sulle politiche della cronicità “Diritti Sospesi”

Diritti sospesi per chi soffre di una patologia cronica e rara e per i loro familiari: dall’indagine annuale emergono criticità a 360 gradi, a partire dalla diagnosi che in più di un caso su quattro si riceve dopo oltre i 10 anni. Oltre alle tempistiche necessarie per dare un nome alla patologia, pazienti e caregiver devono affrontare anche le difficoltà che derivano dalle difformità territoriali nell’erogazione delle prestazioni sanitarie: ad esempio, 4 intervistati su 5 affermano che il supporto psicologico non è garantito ovunque allo stesso modo; in percentuale simile, si riscontrano disuguaglianze che riguardano la presenza sia di percorsi specifici che di centri specializzati o di una rete di presidi dedicati.

Fra le criticità particolarmente avvertite, anche quella dei costi: quasi due su tre li sostengono per le visite specialistiche private, uno su due per gli esami diagnostici o per acquistare farmaci necessari che il SSN non rimborsa. Emerge così, fortemente legato ai costi, anche il fenomeno della rinuncia alle cure, segnalato dal 30% degli intervistati: per 1 su 10 di loro l’abbandono per questi motivi avviene di frequente.

Sono questi alcuni dei dati contenuti nel XXII Rapporto sulle politiche della cronicità, presentato oggi a Roma da Cittadinanzattiva con il titolo “Diritti sospesi”.

Il documento è il risultato di un’indagine effettuata su tutto il territorio nazionale che ha interessato 102 presidenti delle Associazioni dei malati cronici e rari, 3500 persone affette da patologia cronica e rara e i loro familiari. Il Rapporto scatta un’istantanea sulla rispondenza del SSN ai bisogni di salute dei pazienti cronici e rari e delle famiglie, con l’intento di far comprendere, soprattutto alle Istituzioni, cosa significa vivere quotidianamente con una patologia cronica e rara e trovare servizi non sempre efficienti o inadeguati che rendono poco esigibili il diritto alla cura, il diritto a una qualità di vita migliore e, non ultimo, il diritto a mantenere la qualità di vita acquisita.

«Da diversi anni - dichiara Anna Lisa Mandorino, Segretaria generale di Cittadinanzattiva - il dibattito pubblico riconosce nella cronicità l’ambito che richiede, anche per le caratteristiche demografiche del nostro Paese, maggiore innovazione e maggior investimento in termini professionali, organizzativi ed economici.

Piani e norme non mancano e, in genere, ben definiscono i diritti delle persone con malattia cronica e rara. Ma, troppo spesso, restano sospesi: nelle more delle decisioni, negli ostacoli che le istituzioni tendono a frapporsi, nella insufficiente partecipazione dei pazienti e delle loro associazioni, nelle maglie di procedure poco orientate alla concretezza.

Questo, soprattutto, denuncia il nostro Rapporto: la necessità di politiche pubbliche efficaci per ora e per il futuro, e l’urgenza di un Patto rinnovato fra le istituzioni, soprattutto nel rapporto fra Stato e Regioni, per accelerare i tempi di esigibilità dei diritti e dar loro attuazione in modo equo a tutti i pazienti in tutto il Paese».

Il contesto

Le malattie croniche interessano il 40,5% della popolazione italiana (24 milioni), mentre le persone affette da almeno due patologie croniche sono 12,2 milioni. Gli ultra 75enni affetti da una patologia sono l’85%, il 64,3% da due o più patologie. In base ai dati la tendenza è che nel 2028, i malati cronici saliranno a 25 milioni, mentre i multi-cronici saranno 14 milioni. In riferimento alle malattie rare, le indagini del Registro Nazionale

dell'Istituto Superiore di Sanità stimano 20 casi di malattie rare ogni 10.000 abitanti e ogni anno sono circa 19.000 i nuovi casi segnalati. Il 20% delle patologie coinvolge persone in età pediatrica (di età inferiore ai 14 anni). «I dati del presente Rapporto - dichiara Tiziana Nicoletti, Responsabile Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici e rari (CnAMC) - delineano in modo sempre più evidente, le problematiche che si sono radicate nel tempo per i pazienti cronici e rari e per le loro famiglie, impedendo loro di accedere pienamente e in maniera uniforme alle cure. Su questo chiediamo come primo atto urgente il recepimento in Conferenza Stato - Regioni del nuovo Piano Nazionale della Cronicità 2024 e il monitoraggio costante degli obiettivi previsti. Va inoltre garantita al più presto una revisione costante e certa dei Livelli Essenziali di Assistenza, l'aggiornamento del Decreto Tariffe per la specialistica ambulatoriale e la protesica, con cadenza almeno biennale, e l'aggiornamento del panel che riguarda gli screening neonatali estesi».

Diagnosi - presa in cura - liste d'attesa - assistenza domiciliare

Per il 27,6% delle persone affette da patologia cronica, il tempo necessario per dare un nome ad una serie di sintomi e disagi è stato superiore a 10 anni.

Comunque molto ampia la percentuale di persone che hanno atteso dai 2 ai 10 anni per ottenere la diagnosi (22,9%). Solamente per il 18,1% il tempo per la diagnosi è stato meno di 6 mesi.

Nell'84,9% dei casi si tratta di pazienti con patologia cronica riconosciuta ma, per un 7,6%, la patologia non è riconosciuta e non viene garantito il diritto all'esenzione dal ticket.

Gli elementi che ostacolano maggiormente la diagnosi precoce della malattia: con l'80,2%, la scarsa conoscenza della patologia da parte dei Medici di base e Pediatri; segue la sottovalutazione dei sintomi (68,9%), gli elementi comuni ad altre patologie (54,7%); il poco ascolto del paziente (46,2%); la mancanza di personale specializzato sul territorio (42,5%); le liste di attesa eccessivamente lunghe (23,6%).

Il tema dei tempi d'attesa si fa più critico nel momento dell'avvio del percorso terapeutico.

Per ciò che attiene le liste di attesa, gli ambiti più segnalati sono: 64,6% prime visite specialistiche; 56,1% visite di controllo e follow-up; 53% esami diagnostici; 60% riconoscimento invalidità civile e/o accompagnamento; 45,3% riabilitazione; 39,7% riconoscimento handicap.

Gli aspetti più carenti ai fini di un'adeguata presa in cura per la patologia di riferimento sono: coordinamento fra l'assistenza primaria e specialistica 69,8%; continuità assistenziale 48,1%; liste di attesa 44,3%; integrazione tra aspetti clinici e socioassistenziali 43,4%.

Il 44% dei pazienti lamenta problemi con le cure a domicilio, a causa del numero di giorni/ore di assistenza erogati inadeguati; della difficoltà nella fase di attivazione/accesso; della carenza di alcune figure specialistiche e di assistenza, in particolare di tipo sociale.

I costi e la rinuncia alle cure

Altro elemento critico per il percorso terapeutico è il dover affrontare costi per accedere ad alcune prestazioni:

- Il 59,8% dei cittadini ricorre infatti a visite specialistiche effettuate in regime privato o intramurario;
- Il 52,8% acquista farmaci necessari e non rimborsati dal ssn; il 50% effettua esami diagnostici in privato o in intramoenia;
- Il 47,5% acquista parafarmaci (es. Integratori alimentari, dermocosmetici, pomate).

Il 42,4% spende privatamente per la prevenzione terziaria (diete, attività fisica, dispositivi); il 36,3% per la prevenzione primaria e secondaria; il 22% per il supporto psicologico; il 16,9% per spostamenti dovuti a motivi di cura; il 14,7% per le visite specialistiche o attività riabilitative da effettuare a domicilio e il 12% per l'acquisto di protesi e ausili non riconosciuti (o insufficienti nella quantità/qualità erogata).

Oltre il 30% dei pazienti ci informa di aver dovuto rinunciare alle cure. Nel 19% dei casi è capitato in modo sporadico ma, per oltre il 12%, è capitato spesso.

Disuguaglianze e difformità regionali

Per i presidenti delle associazioni dei pazienti questi sono gli ambiti in cui si riscontrano maggiori difformità regionali: innanzitutto (79,2%) il supporto psicologico; a seguire la presenza di percorsi e/o Pdta (77,4%), la presenza di Centri specializzati/Rete (73,6%); la modalità di gestione delle prenotazioni e dei tempi di attesa (72,6%); le prestazioni necessarie non ricomprese nei Lea (70,8%).

In particolare, in riferimento ai Pdta, il 63,2% degli intervistati sa che ne esiste uno per la propria patologia; solo nel 28,4% dei casi si tratta di PDTA nazionali, mentre nel 71,6% dei casi sono PDTA regionali, nel 31,3% aziendali e nel 7,5% distrettuali. Per quanto riguarda le regioni dove è presente un PDTA di patologia, primeggiano Lombardia e Toscana, a seguire Piemonte, Lazio, Emilia-Romagna, Veneto.

Bisogni assistenziali e sostegno nel percorso di cura

I Medici di famiglia continuano ad essere il primo punto di riferimento per il paziente (75,2%).

Al secondo posto troviamo lo specialista privato con il 41,7%.

I dati confermano che è quasi sempre il cittadino a doversi occupare di prenotare la prestazione di controllo, contrariamente a quanto indicato, prima, dal Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa 2019 – 2021 e successivamente ribadito dal nuovo Decreto sulle liste d'attesa.

Anche per ciò che attiene alle informazioni ricevute sull'importanza di seguire correttamente la terapia farmacologica vi sono risposte non positive: oltre un paziente su quattro non ha ricevuto informazioni chiare ed esaustive. Spesso il tempo di ascolto e di cura non è abbastanza (problema che subiscono sia i medici, alle prese con ambulatori affollati e tempi ridotti, che i cittadini).

Gli aspetti psicologici e il dolore connesso alla patologia

La patologia cronica può determinare gravi ripercussioni sulla qualità della vita e sugli aspetti psicologici della persona. Abbiamo chiesto se a causa della patologia la persona abbia provato senso di ansia, e la risposta non lascia dubbi: circa il 70% risponde affermativamente. Inoltre, circa il 90% delle persone che hanno risposto al questionario ha sofferto negli ultimi 12 mesi di depressione.

Il 40% delle persone, inoltre, ha risposto che la propria patologia causa episodi di dolore e che, per il 34% dei rispondenti, questo dolore è cronico, persistente e continuativo. Il 50% dei pazienti risponde che non ha ricevuto una prescrizione per il trattamento adeguato e continuativo dello stesso e non si è sentito sufficientemente orientato o informato su cosa fare in caso di dolore e a chi rivolgersi.

Le proposte di Cittadinanzattiva

Ecco le proposte relative a come sbloccare alcuni "diritti sospesi".

- *Lea*: garantire, come previsto, una revisione costante e certa dei Livelli Essenziali di Assistenza; aggiornare il Decreto Tariffe per la specialistica ambulatoriale e la protesica, con cadenza almeno biennale; rafforzare l'attuale sistema di monitoraggio dei Lea, al fine di migliorare la sua capacità di fotografare la reale dinamica che esiste tra cittadino e Servizio Sanitario Nazionale nella garanzia dei suoi diritti.
- *Piano Nazionale Cronicità*: recepire celermente in sede di Conferenza Stato - Regioni il nuovo Piano Nazionale della Cronicità e monitorare il raggiungimento degli obiettivi previsti.
- *Malattie Rare*: dare piena attuazione alla legge 167/2016, "Disposizioni per l'avvio dello screening neonatale per la diagnosi precoce di malattie metaboliche ereditarie"; emanare i decreti attuativi previsti dal Testo Unico sulle malattie rare, n. 175 del 2021, al fine di garantire la piena operatività; monitorare la realizzazione del Piano Nazionale Malattie rare.
- *Liste d'attesa*: garantire la piena e tempestiva attuazione delle disposizioni previste dal Decreto Liste d'attesa con particolare riguardo alle misure previste per i pazienti cronici agli aspetti di monitoraggio del dato e uniformità sul territorio.
- *Assistenza anziani non autosufficienti*: dare attuazione al D.lgs. 29/2024 attraverso l'adozione dei quasi 20 relativi decreti attuativi così da garantire risposte adeguate in termini di assistenza sociosanitaria.
- *Caregiver*: approvare una legge inclusiva e di equità sociale che garantisca diritti e tutele al caregiver familiare rispettando quattro criteri: una definizione ampia della figura, che riconosca diritti e tutele anche se il caregiver non convive o non è un familiare; coinvolgimento attivo del caregiver nella definizione del progetto di vita della persona assistita; la previsione di tutele crescenti rapportate al carico assistenziale e agli impatti/bisogni del caregiver; risorse congrue per garantire una effettiva esigibilità delle tutele.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-12-12/diagnosi-lente-difformita-territoriali-e-spettro-rinuncia-cure-mondo-difficile-malati-cronici-xxii-rapporto-politiche-cronicita-diritti-sospesi-113602.php?uuid=AGAbiuiB&cmpid=nlqf>

Medicina territoriale

quotidiano**sanità**.it

Case di comunità e orario parziale: come non fare medicina di prossimità

Roberto Polillo, Mara Tognetti

23 DIC -

Gentile direttore,

il Ministro Schillaci ci ha informato che una presenza di 16/18 ore del medico di medicina generale è una necessità per rendere le case di comunità delle strutture vive e non delle cattedrali nel deserto.

Certo un primo sforzo ma le case di comunità richiedono, per essere strutture effettivamente accoglienti e aperte ad una salute di comunità, un funzionamento prolungato nell'arco della giornata e nell'arco della settimana. E soprattutto non basta un medico a tempo parziale isolato e senza supporto da parte di un team multiprofessionale.

Le case della comunità infatti sono strutture del territorio pensate per una presa in carico complessiva e per orientare correttamente le richieste e le esigenze di salute e di malattia dei cittadini, pertanto in essa debbono operare a pieno regime un nucleo di operatori socio- sanitari addestrati e appositamente formati. Una équipe multifunzionale capace di intercettare i primi bisogni o la prima domanda di salute che gli individui di un dato territorio pongono.

Ciò presuppone la presenza di professionisti del sociale e del sanitario a partire da medici capaci di fronteggiare le prime necessità e in grado di fare una prima diagnostica di base. Questo significa che oltre al medico di medicina generale devono essere presenti anche medici con competenze specifiche in relazione alle caratteristiche epidemiologiche di un dato territorio. Serve anche un sistema di telemedicina avanzato per la conferma diagnostica e la validazione a-remoto degli accertamenti strumentali eseguiti, spesso di non facile lettura a partire da ECG

Quadro dunque specifico per ogni territorio che può essere definito e circoscritto anche con la presenza di sociologi della salute o epidemiologi.

Una struttura di prossimità come appunto le case di comunità richiedono competenze e capacità puntuali e non semplicemente generiche. Serve dunque una reale ricertificazione delle competenze a partire dalla capacità di stabilizzare un paziente in attesa dell'arrivo del mezzo avanzato di soccorso, ad esempio.

Appare evidente che non bastano medici di famiglia che pur bravi e competenti spesso non hanno le conoscenze adeguate per un primo intervento a causa del particolare percorso formativo, come anche recentemente è stato sottolineato da Geddes de Filicaia.

Le case di comunità non sono strutture di serie B, bensì presidi con alta capacità di presa in carico di un bisogno complesso perché non ancora identificato nelle sue specificità e caratteristiche in quanto primo bisogno o prima domanda.

Solo un'équipe pluriprofessionale e competente può costituire un gatekeeper utile e fondamentale per un SSN rinnovato e adeguato al nuovo quadro nosologico.

Le funzioni da svolgere infatti sono molteplici e diversificate spaziando dall' assistenza diretta e presa in carico del paziente all' educazione sanitaria, alla promozione della salute e alla medicina di iniziativa.

L'educazione del paziente e della famiglia all' autocura sono momenti fondamentali per una corretta gestione delle cronicità che sono una caratteristica del nostro quadro epidemiologico fortemente connotato dall' invecchiamento della popolazione.

Per questo servono infermieri di famiglia e di territorio, riabilitatori, assistenti sociali e specialisti ambulatoriali delle principali discipline.

Un modello operativo con la stessa professionalità che caratterizza l'intensività ospedaliera ma con una vocazione alla presa un carico e alla gestione complessiva dei pazienti che non necessitano del ricovero.

Una struttura organizzativa che in dialogo con il territorio sia un punto di riferimento è una garanzia per i cittadini.

Compiti e ruoli complessi e competenti che richiedono però un impegno adeguato di ore di lavoro e di capacità come molti dei professionisti del nostro servizio sanitario posseggono ma che richiedono un adeguamento è un continuo aggiornamento in riferimento ai compiti e ai bisogni di e per quel dato territorio.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=126713



Il Ssn in via di desertificazione per evitare il collasso richiede scelte mirate a cominciare dalla formazione

Renzo Ricci, *Coordinatore del gruppo Dirigenti della Fno Tsrn e Pstrp*

Negli ultimi anni, il sistema sanitario italiano ha affrontato una serie di sfide senza precedenti, e una delle principali cause è la diminuzione della popolazione giovane, in particolare della fascia dei 19enni.

Secondo i dati Istat, la popolazione di 19enni in Italia è crollata del 48% dal 1982 al 2021, passando da 971.000 individui nel 1984 a soli 576.000 nel 2021. Questa tendenza demografica ha ripercussioni dirette sulla formazione di nuovi professionisti e sulla capacità del Paese di sostenere un sistema sanitario già messo a dura prova da una popolazione in costante invecchiamento e da una crescente domanda di servizi.

Questa realtà è ulteriormente aggravata dalle scelte educative dei giovani italiani.

Durante l'anno accademico 2021/2022, la distribuzione degli immatricolati alle università italiane mostra che solo il 16,6% ha scelto di specializzarsi nell'area sanitaria, agro-veterinaria e affini, una percentuale molto bassa rispetto ad altre aree disciplinari. La maggioranza degli studenti ha optato per l'area economico-giuridico-sociale (34,5%), seguita da STEM (30,2%) e dall'area artistica-letteraria ed educazione (18,7%).

Gli ospedali e le strutture sanitarie, già alle prese con le pressioni derivanti dall'invecchiamento demografico e dalle emergenze sanitarie globali, trovano difficile reclutare e formare un numero sufficiente di nuovi professionisti.

Questa situazione si traduce in carichi di lavoro insostenibili per gli operatori esistenti, con un aumento dei rischi di esaurimento professionale e un potenziale calo nella qualità dei servizi offerti. L'analisi dei dati impone l'adozione di politiche mirate che incentivino i giovani a scegliere percorsi formativi in ambito sanitario come porta di accesso a professioni rese finalmente più attraenti. Gli inevitabili tempi complessivamente lunghi di tali politiche non ne rende meno urgente l'adozione, anche perché alcuni interventi potrebbero generare effetti sin da subito.

Si tratta in primo luogo di intervenire sul percorso universitario con misure che potrebbero includere programmi di supporto economico (borse di studio dedicate), ma anche una formazione più immersiva attraverso l'utilizzo di tecnologie come la realtà aumentata e simulazioni pratiche al fine di integrare l'apprendimento teorico con esperienze sul campo, rendendo la formazione più coinvolgente e il passaggio al lavoro più immediato.

I contenuti del lavoro sanitario e la sua attrattività rimangono comunque il terreno centrale, ma anche l'ambito più complesso.

Per diventare più attrattivi servono politiche di valorizzazione delle eccellenze sganciate dall'attuale sistema degli incarichi per rendere più veloce e flessibile la loro attuazione.

È indispensabile migliorare le condizioni di lavoro con turni più flessibili attraverso l'uso di tecnologie integrate per snellire i processi burocratici. Applicare politiche di welfare al personale sanitario potrebbe favorire la partecipazione dei professionisti.

Anche la ridistribuzione razionale dei compiti (task-shifting/sharing) tra le differenti professioni sanitarie, potrebbe essere un'importante soluzione finalizzata a migliorare la salute delle persone, se vista come strategia organizzativa per contribuire allo sviluppo di nuovi sistemi sanitari e al rinnovamento di concetto di salute. In conclusione, il sistema sanitario italiano si trova a un bivio che richiede interventi rapidi e mirati per evitare un collasso strutturale. Solo un'azione decisa, orientata a un miglior utilizzo della tecnologia, un uso più funzionale delle competenze e un rinnovamento del contesto normativo, potrà garantire al sistema sanitario un domani più solido e resiliente.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2024-12-05/il-ssn-via-desertificazione-evitare-collasso-richiede-scelte-mirate-cominciare-formazione-141631.php?uuid=AGmuoqZB&cmpid=nlqf>

quotidianosanità.it

Costruire e abbattere muri

Enzo Bozza

Gentile direttore,

leggo con grande soddisfazione, che a Pieve di Cadore, tra le alte montagne bellunesi, sorgerà la prima Casa della Salute in Cadore, si tratta della ristrutturazione di un vecchio edificio che fu centro amministrativo e ufficio Igiene della Usl, la compianta e mai abbastanza sospirata USL "Cadore", per quelli che come me, hanno i capelli bianchi e tanti bei ricordi.

Con i proventi del PNRR e l'impegno economico della USL 1 Belluno, per la primavera del 2025, la struttura aprirà i battenti ai cittadini che avranno bisogno di assistenza e cure primarie, perché vi troveranno il medico di assistenza primaria, il medico di continuità assistenziale diurna, lo sportello amministrativo, i servizi del consultorio, infermieri, diagnostica di primo livello e ufficio igiene.

Bellissimo: l'idea è concettualmente giusta, ma soffre di alcune criticità che mi lasciano perplesso e vorrei tanto che un sereno ed esplicativo confronto istituzionale mi chiarisse le idee.

Anche perché, il tema non è soltanto locale, ma la questione sul riordino dell'assistenza primaria del territorio, riguarda tutta la Nazione. Vado ad elencare:

1- dato che l'assistenza medica non si fa con i muri ma con i medici, dove troveremo le figure professionali da impiegare nelle case della salute? E con quali modalità di servizio?

2- cosa fare dei medici di medicina generale che attualmente lavorano nei propri ambulatori sul territorio: impiegarli nella struttura o lasciarli al loro destino?

3 - Perché in Italia, anziché riformare l'assistenza medica primaria, si costruiscono le cattedrali che poi, inevitabilmente, rimarranno cattedrali nel deserto? È necessario che i medici di base diventino dipendenti pubblici della USL come ogni altro medico pubblico.

Perché continuare a tenere questa figura professionale ai margini del SSN, mantenendo lo status di libero professionista convenzionato, quando il suo ruolo è fondamentale per il funzionamento del SSN?

Deve essere un medico pubblico del SSN, a contratto orario di 38 ore settimanali, da impiegare in tutti gli ambulatori pubblici del SSN.

Questa riforma viene prima di ogni sistemazione logistica del territorio. Non si può combattere sul territorio con un esercito preso in affitto o pagato come mercenari-gettonisti.

4- Che non ci provi nemmeno, la USL, a proporre i soliti imbarazzanti compromessi, del tipo: i medici di base facciano le proprie quindici ore settimanali nei propri ambulatori e poi completino con l'attività nelle Case della Salute. Nessun medico accetterebbe tale soluzione, perché significherebbe lavorare diciotto ore al giorno, cosa non applicata nemmeno per la costruzione della piramide di Cheope.

Non si tratta più di "raffazzonare" i servizi, mettendo insieme il vecchio con il nuovo, ma bisogna riformare interamente il ruolo dei medici di base: contratto pubblico, 38 ore settimanali, ferie e malattia garantiti e formazione accademica universitaria: corso di specializzazione triennale in Medicina Generale e Cure Primarie. Impiego completo ed esclusivo in strutture e ambulatori pubblici.

5-Dal punto di vista logistico, la concentrazione cittadina dei servizi, può funzionare. In una città, avere un paio di case della Salute, può bastare, ma in un territorio vasto e disperso, come quello montano o rurale, centralizzare è la soluzione giusta? Faccio riferimento al mio territorio di competenza.

In Cadore è prevista una sola Casa della Salute sul territorio, ubicata a Pieve in centro Cadore: chi parte da Cortina o da Danta in Comelico, dovrà percorrere più di sessanta chilometri tra andata e ritorno, per vedere un medico; è fattibile e proponibile una cosa del genere, tenuto conto anche della cronicità e delle tante persone anziane e disabili?

6- Perché questa assurda e kafkiana dicotomia tra gli amministratori USL e la base operativa costituita dai medici del territorio? Perché ogni volta che, da professionista di una azienda sanitaria, scrivo una mail e pongo dei quesiti, nessuno mi risponde? Perché quando i decisori di una azienda costruiscono qualcosa non si confrontano mai con chi in quel qualcosa dovranno lavorare?

7-Per quanto riguarda la diagnostica di primo livello, di cui dovrebbero essere dotate le Case della Salute, o Case di Comunità, comunque si voglia definirle, chi effettuerà le ecografie, spirometrie elettrocardiogrammi? Per quanto, adeguatamente preparato, il medico generalista, non avrà mai la competenza tecnica di un radiologo o cardiologo o pneumologo che effettuano centinaia di esami, trattandosi di una loro specifica competenza, anche dal punto di vista medico legale, si tratta di una responsabilità inaccettabile per un medico generalista al quale, molti aspetti tecnici-diagnostici potrebbero sfuggire per inesperienza. È possibile la presenza di diagnostica di primo livello solo con la collaborazione dei colleghi specialisti predisposti, in sede o in telemedicina.

Sono assolutamente convinto che ci troviamo di fronte ad una svolta epocale dell'assistenza sanitaria pubblica, perché l'attuale organizzazione non può affrontare e sostenere l'attuale e futura domanda di salute dei cittadini.

Allora, delle due opzioni, o si collabora tutti insieme, decisori e operatori per un programma comune utile ed efficiente, partendo dalla prima azione utile: la riforma contrattuale del medico di medicina generale, oppure gettiamo la spugna e dichiariamo bancarotta, diciamo chiaro e tondo alla gente, di tener pronto il portafogli e stipulare delle buone assicurazioni per il futuro, perché il SSN come ipotizzato dall'articolo 32 della Costituzione, non esiste più.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=126520



Focus/ L'Assistenza domiciliare integrata ai tempi del PNRR: cresce l'ADI "prestazionale" ma resta il gap sugli anziani complessi

Laura Pelliccia, *Analista di politiche sociosanitarie, collaboratrice di Network Non Autosufficienza, lombardiasociale.it, welforum.it*

L'assistenza domiciliare nel nostro Paese ha storicamente sofferto dei limiti di uno sviluppo disomogeneo tra le regioni, di un'erogazione di interventi solo sporadici/prestazionali e della mancanza di un raccordo tra filiera sanitaria e sociale. Per questi motivi l'intervento pubblico per gli anziani non autosufficienti a domicilio non si risultava adeguato alle esigenze di questa condizione.

Il Recovery Plan ha messo al centro l'ADI, proseguendo un processo di impulso all'assistenza in questo setting avviato con il Decreto Rilancio e proseguito con i processi di riforma della nuova sanità territoriale (Dm 77). Oggetto di queste azioni sono proprio gli anziani: entrambe queste politiche hanno infatti individuato come target quello di servire con l'ADI il 10% degli over 65enni, obiettivo finale dell'investimento M6C1.121 declinato dal PNRR in tappe intermedie annuali.

Ogni regione ha il compito di incrementare ogni anno un predeterminato numero di utenti anziani, a prescindere dai livelli di effettiva erogazione che ogni assistito riceve.

Tali scelte sono state confermate anche con la rinegoziazione PNRR che il nostro Paese ha concordato con l'Unione europea a fine 2023: a seguito di questa modifica, a conclusione di questo investimento dovranno essere assistiti a domicilio 842.000 anziani in più rispetto al 2019 (i provvedimenti operativi hanno previsto che le regioni raggiungano l'obiettivo finale entro il 2025).

Nel 2023 il Paese ha centrato il target annuale PNRR di aumento del numero di anziani assistiti, un risultato conseguito dalla quasi totalità delle regioni (fanno eccezione solo Sardegna, Campania e Sicilia). Come stanno cambiando le cure domiciliari?

È utile un confronto tra alcuni indicatori pre e post PNRR, per fare il punto sullo stato della domiciliarità e trarre alcune prime considerazioni sull'efficacia operativa delle politiche sinora implementate.

Come sta cambiando l'ADI? Un confronto pre e post PNRR

Per verificare cosa sta cambiando nelle cure domiciliari sono stati calcolati alcuni indicatori sulle dimensioni maggiormente significative di questo servizio riferite all'epoca pre e post PNRR.

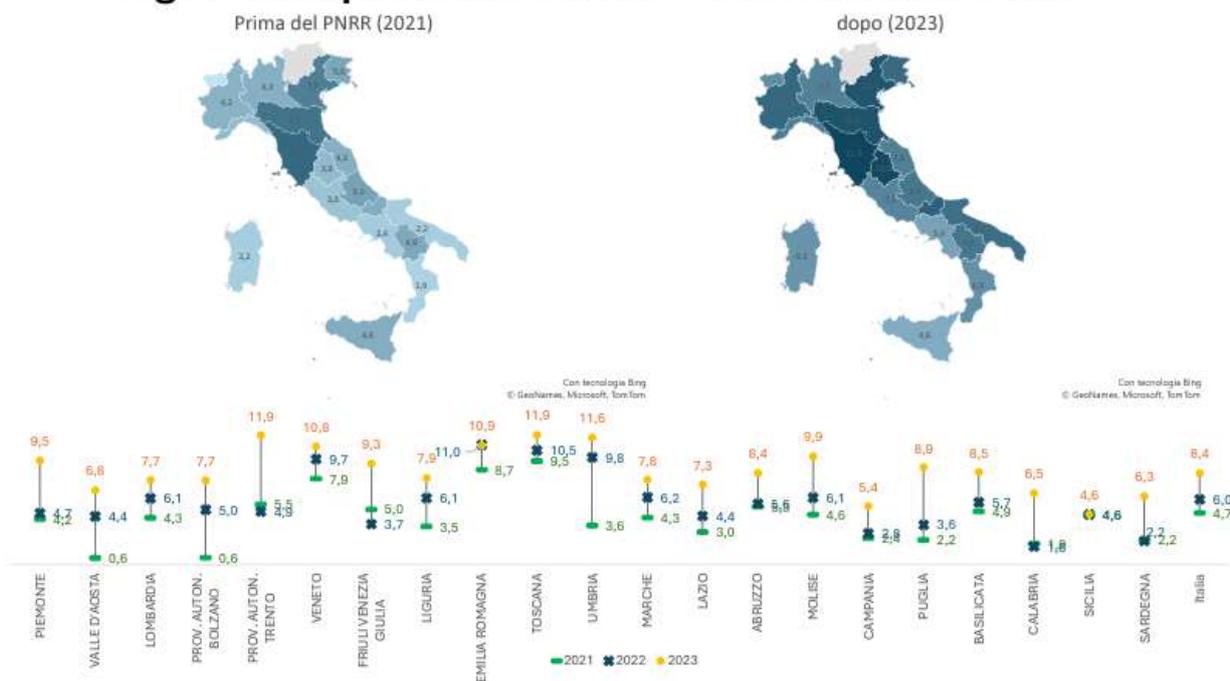
Prima del Piano erano assistiti in ADI circa 650mila anziani, numero lievitato a 1,17 milioni nel 2023, equivalente all'8,4% degli over 65. Per molte regioni ciò ha significato un più che raddoppio degli assistiti nel solo ultimo biennio (si veda Fig. 1).

Come premesso, la numerosità degli utenti è il solo elemento che rileva ai fini del conseguimento del target PNRR.

Per ricostruire il profilo dell'ADI a 360°, è utile osservare anche l'evoluzione degli ulteriori elementi che contraddistinguono questo servizio. Ad esempio l'intensità degli accessi, la durata della presa in carico, i volumi di accessi assicurati dal SSR, la tipologia di professionisti che intervengono.

Con quale frequenza questi anziani hanno ricevuto accessi al domicilio?

Fig. 1- La copertura: il tasso di anziani assistiti in ADI



L'attuale sistema di classificazione delle cure domiciliari prevede che gli interventi siano categorizzati in diversi livelli di intensità, sostanzialmente sulla base della frequenza con cui l'utente ha ricevuto accessi nel periodo in cui è stato in carico a questo servizio:

- le cure domiciliari di base (quelle con meno di un accesso a settimana/prestazionali/ di bassa complessità);
- le cure domiciliari integrate (quelle con più di un accesso alla settimana, per bisogni che risultano da valutazione multidimensionale e da PAI).

La fotografia dell'intensità al 2023 (Fig. 2) rivela che l'ADI è consistita per il 59% di interventi prestazionali e solo per il 41% di ADI vera e propria.

Merita una riflessione la numerosità degli interventi iniziati e conclusi nello stesso giorno (un sottoinsieme delle cure domiciliari di base): nel 2023 il loro peso sul totale è stato pari al 39%, in rilevante aumento rispetto al dato 2021 (15%).

La distribuzione per livelli di intensità, pur essendo un elemento significativo, non basta a rappresentare i volumi complessivamente erogati tramite questo servizio e l'impegno che ha comportato per quel Ssr. È più utile, a tale scopo, fare riferimento al numero di accessi (Fig. 3).

Mediamente ogni anziano nel 2023 ha ricevuto 14,3 accessi di operatori, una cifra in diminuzione rispetto a quella PRE PNR (l'Annuario Statistico Ssn 2021 riportava 15,6 ore per anziano). Il primo bilancio degli effetti del Recovery Plan è quello di una spinta propulsiva alla massimizzazione della numerosità degli utenti.

Gli accessi di operatori al domicilio, rispetto al PRE PNRR, sono aumentati, ma con una velocità inferiore alla notevole crescita del numero di utenti, con un conseguente effetto di polverizzazione dell'assistenza sull'ampliamento della casistica (si stima che ogni utente incrementale rispetto al 2021 abbia ricevuto 12 accessi).

Fig. 2- L'intensità assistenziale

Livello CIA		peso 2021	peso 2023	
Cure domiciliari di base	Aperte e chiuse stesso gg	15%	39%	↑
	Cia base (fino a 4 accessi/mese)	27%	20%	↓
Cure domiciliari integrate	CIA I	22%	16%	↓
	CIA II	23%	16%	↓
	CIA III	3%	2%	↓
	CIA IV	11%	8%	↓
		100%	100%	

Si tenga conto che la metodologia utilizzata dal PNR per valorizzare il pacchetto standard da erogare agli 800.000 nuovi assistiti aveva stimato un'erogazione media per anziano di circa 39 accessi annui.

Per quanto tempo gli anziani sono presi in carico? Si tratta di un elemento di rilievo, considerate le crescenti esigenze della cronicità e della non autosufficienza, bisogni indicativi dell'esigenza di cure domiciliari di lunga durata.

Le prime evidenze sull'erogazione del 2023 segnalano che mediamente ogni anziano è stato complessivamente assistito in ADI per circa 3 mesi (123 giornate di cura), con una forte variabilità tra le regioni (da un minimo di 16 a un massimo di 359 giorni).

La durata media di ogni presa in carico (ogni anziano può essere stato preso in carico e dimesso dal servizio più volte nello stesso anno) è di poco più di due mesi (Fig. 3).

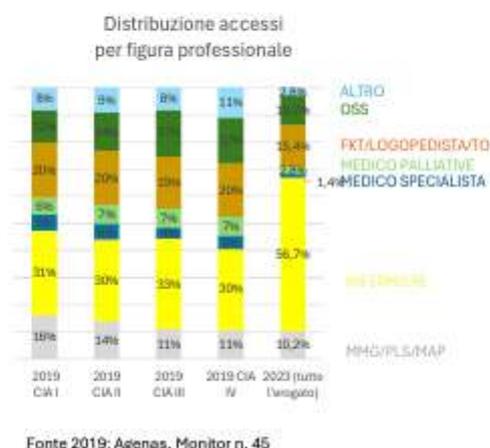
Fig. 3- Indicatori di durata/volumi complessivi



Quale tipo di assistenza ha erogato l'ADI? Può contribuire a ricostruire l'identikit di questo servizio una panoramica sul mix dei professionisti impiegati nel 2023 (Fig. 4).

Oggi l'ADI si sostanzia prevalentemente di accessi infermieristici (56,7%), seguiti in ordine di importanza da quelli dei professionisti della riabilitazione (15,4%) e dagli OSS (10,7%); il 10,2% degli accessi è assicurato dagli MGM.

Fig. 4- Il mix professionale (composizione accessi per figura)



Prima del PNRR il contributo degli infermieri aveva un peso molto meno marcato (poco più del 30%), insomma il livello di multi professionalità degli interventi era più evidente.

Può darsi che sia l'effetto dell'introduzione dell'infermiere di famiglia e del relativo contributo alle azioni di prevenzione della cronicità;

Un primo bilancio

L'attenzione delle politiche del nostro Paese per l'assistenza domiciliare è indubbiamente cresciuta. Aver assegnato alle regioni obiettivi specifici su questo setting è un passo avanti per la costruzione della nuova sanità territoriale, per un sistema che finora aveva limitato la definizione di target solo per i servizi più tradizionali (ricoveri, specialistica ambulatoriale).

Lo sviluppo dell'ADI è un dato di fatto; tuttavia, dalle prime evidenze, sembra che le relative modalità di diffusione presentino anche alcuni limiti. Sta aumentando soprattutto un tipo di ADI

di breve durata e scarsa frequenza degli accessi che probabilmente corrisponde ad azioni di sanità d'iniziativa o, al massimo ad esigenze di bassa complessità clinica e sociale di tipo sporadico/estemporaneo (un modello di tipo prestazionale).

Gli interventi più intensivi, continuativi e multidisciplinari non hanno trovato la stessa spinta propulsiva, continuando a essere di nicchia: gli utenti nei livelli più elevati della piramide della cronicità con bisogni multipatologici, limitazioni funzionali e elevati bisogni sociali non sembrano beneficiare adeguatamente dello sviluppo dell'ADI.

Non sappiamo ancora quanto la crescita del numero di utenti dell'ADI sia stata realmente funzionale all'intero Ssn, ovvero se abbia contribuito a prevenire/ritardare le istituzionalizzazioni, i ricoveri inappropriati e gli accessi in PS. Non si può escludere che nel Paese si stia ricorrendo di più all'ADI per ridurre le degenze ospedaliere e limitare i ricoveri inappropriati/ripetuti.

Tuttavia le evidenze sulla durata degli interventi sembrerebbero dimostrare che non si vada oltre la mera fase della gestione delle acuzie/post acuzie e che il servizio non si trasformi in un sostegno continuativo nei casi in cui il bisogno diventa di tipo Long Term Care.

La limitata durata degli interventi domiciliari, la scarsa intensità del servizio rispetto ai bisogni effettivi degli anziani e le scelte di potenziare soprattutto gli interventi domiciliari semplici/di supporto proattivo - a discapito di quelli multiprofessionali e continuativi - suggeriscono l'esistenza di ulteriori margini di miglioramento per l'efficacia di questo servizio.

Fino ad oggi probabilmente le regioni hanno sviluppato prevalentemente l'ADI prestazionale perché gli eventuali investimenti su un'ADI più intensiva e integrata non sarebbero stati valorizzati dai sistemi di monitoraggio del PNRR e del DM77.

Il rischio è dunque che queste politiche abbiano accentuato alcuni limiti preesistenti, in particolare quello di non riuscire ad incentivare livelli di risposte adeguati ai bisogni.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-12-18/focus-l-assistenza-domiciliare-integrata-tempi-pnrr-cresce-l-adi-prestazionale-ma-resta-gap-anziani-complessi-095045.php?uuid=AGz41CqB&cmpid=nlqf>

Domani

Ambiente Fatti Italia Europa Mondo Giustizia Economia Dati Commenti Cultura Tecnologia Video Podcast

Areale Cibo #Coesioneltalia Deutsche Vita Finzioni Incontraddittorio Inchieste Tempo pieno Blog mafie

Le Case della Comunità: una nuova idea di sanità per proteggere il welfare

Elena Granaglia e Andrea Mornioli – Forum Disuguaglianze e Diversità

17 dicembre 2024 • 00:00Aggiornato, 17 dicembre 2024 • 10:50

Occorre pensare una visione diversa del servizio che si concentri su come produrre beni fondamentali per il nostro vivere.

Ciò richiede universalismo, attenzione all'integrazione fra servizi, attenzione alla natura delle relazioni e alla valorizzazione di tutti i lavori; partecipazione dei diversi soggetti, dai beneficiari individuali dei diversi interventi al personale, alle comunità

In queste settimane di discussione della legge di bilancio, molto si è parlato delle dimensioni del finanziamento della spesa per il [Servizio Sanitario Nazionale](#).

Le risorse, ovviamente, contano. Dirimenti, sono, tuttavia, anche le modalità di erogazione.

Certo, anche le modalità di erogazione risentono delle risorse.

È difficile mantenere fiducia e disponibilità a cooperare quando ci si trova a lavorare in un contesto [da anni oggetto di incuria](#) (c'è voluta la pandemia per sciogliere peraltro parzialmente il blocco delle assunzioni introdotto nel 2005, e ancor oggi si è tornati a rimandare le assunzioni), mentre la sanità privata è stata

saldamente sostenuta (attraverso sia le agevolazioni fiscali alle assicurazioni private sia l'accreditamento e il convenzionamento delle strutture private).

Ciò nondimeno, il Servizio sanitario, come altri ambiti sociali, soffre anche di limiti che derivano da una visione di pubblico che, in diverse istanze, sembra combinare due mali.

Contempla un approccio top down standardizzato e gerarchico, disattento alla voce e alla partecipazione dei diversi attori quali co-decisorie e co-produttori delle politiche, nonché alla natura delle relazioni, peraltro in contrasto, con la visione originaria del Servizio.

E, al contempo, unisce a questo l'approccio dei cosiddetti quasi mercati, dove le parole chiave sono aziendalizzazione, esternalizzazioni, impatto finanziario, riduzione della salute a prestazioni sanitarie, logica del cliente/consumatore, piegando l'azione pubblica a una logica prestazionale che mima il mercato.

Questo secondo approccio, secondo i suoi sostenitori avrebbe dovuto contrastare i limiti del primo, ma non solo non vi è riuscito.

Ne ha provocato di nuovi, favorendo svalutazione del lavoro di cura e mercificazione di un bene il cui valore primario dovrebbe essere quello intrinseco di favorire la salute di tutti e tutte.

Il risultato è anche una disattenzione allo scaricamento dei costi della cura sulle famiglie e in primis sulle donne.

Questa visione va cambiata. Dobbiamo pensare a una nuova visione di pubblico che, andando oltre il mero riferimento alla natura proprietaria, si focalizzi sulla funzione pubblica, ossia, sul produrre beni che sono di tutti e tutte, in quanto fondamentali per il nostro vivere.

Ciò richiede universalismo, con riferimento sia ai beneficiari sia alla qualità delle opportunità assicurate, contro risposte residuali, categoriali, e di ritorno a un welfare censitario o di differenziazione sulla base delle dotazioni regionali; attenzione all'integrazione fra servizi, nel riconoscimento della natura multidimensionale degli svantaggi e contro schemi per silos; attenzione alla natura delle relazioni e alla valorizzazione di tutti i lavori; partecipazione dei diversi soggetti, dai beneficiari individuali dei diversi interventi al personale, alle comunità.

Attenzione anche alle tante organizzazioni della cittadinanza attiva e della cooperazione sociale che nelle comunità operano e che non possono continuare a essere interpretate solo in una funzione meramente prestazionale – o peggio come serbatoi di manodopera a basso costo – ma come attori di un'integrazione virtuosa funzionale al mantenimento della funzione pubblica dei servizi e delle prestazioni.

Infine occorre valutare le nostre pretese rispetto agli effetti sugli altri: se qualcosa è di tutti e tutte, alcuni non possono volerne più degli altri senza adeguata giustificazione.

Si tratta di una sfida politica e culturale complessa. Ma va affrontata se non vogliamo arrenderci al costante svuotamento del welfare. Il [Forum Disuguaglianze e Diversità ha pubblicato un primo documento](#) centrato su un'occasione importante anche per proseguire questa riflessione, la realizzazione delle Case della Comunità previste dal Pnrr.

Seguendo l'approccio tipico del ForumDD, di cercare di unire diversi saperi (quelli più accademici e quelli più del fare) e facendo leva sulle diverse e fertili esperienze già esistenti nel nostro paese, il documento analizza nel dettaglio i limiti della visione predominante sopra ricordati, prospettando alcune vie per Case della Comunità centrate sull'integrazione socio-sanitaria, rette da modalità di governo/governance partecipate, attente alla natura delle relazioni e alla valorizzazione di tutti i lavori.

<https://www.editorialedomani.it/economia/case-comunita-servizio-sanitario-nazionale-welfare-t4ija5dm>



**FORUM
DISUGUAGLIANZE
DIVERSITÀ**



Case della Comunità. Alla ricerca di una «nuova» nozione di pubblico



**FORUM
DISUGUAGLIANZE
DIVERSITÀ**

Publicato il report “Case della Comunità. Alla ricerca di una «nuova» nozione di pubblico” che propone di ragionare sulle Case della Comunità per sviluppare una riflessione ampia sulla funzione pubblica oggi e sul ruolo che lo Stato deve avere per garantire l’esigibilità del diritto alla salute da parte di cittadini e cittadine

Migliorare la sanità territoriale: questo è stato uno dei ritornelli più ascoltati dopo la pandemia da Covid-19.

A questo scopo dovrebbero rispondere le **Case della Comunità** che compaiono nella **Missione 6 del PNRR** e si configurano come strutture socio-sanitarie polivalenti che forniscono assistenza di tipo primario e attuano attività di prevenzione nonché di promozione della salute. Un ruolo essenziale ribadito anche dal **Decreto n.77/2022** che definisce le caratteristiche del sistema di assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale, e dalle successive linee di indirizzo.

Ritenendo cruciale garantire l’esigibilità del **diritto alla salute**, già ampiamente compromesso, da parte di tutti i cittadini e tutte le cittadine, come da dettato costituzionale, il Forum Disuguaglianze e Diversità pubblica il report **“Case della Comunità. Alla ricerca di una «nuova» nozione di pubblico”**, concentrandosi sulle Case della Comunità nel settore socio-sanitario, individuando quelle caratteristiche a cui ambire e proponendo degli esempi di buone pratiche già esistenti e operative in Italia.

Frutto della riflessione congiunta di un gruppo di esperte ed esperti del settore socio-sanitario e del welfare, raccolto attorno al ForumDD, **il lavoro ha anche l’obiettivo di indagare come le Case della Comunità possano offrire l’opportunità per ripensare la funzione pubblica**, rivitalizzando il lavoro sociale, l’attenzione alla multidimensionalità dei bisogni e la partecipazione dei diversi soggetti coinvolti.

Punto di partenza è il mondo del privato sociale che, a causa della spinta esasperata all’esternalizzazione di questi ultimi decenni, in alcuni casi si è trasformato in una sorta di agenzia interinale, seguendo una

logica prestazionale, finendo per limitarsi a fornire manodopera qualificata a basso costo e perdendo titolarità sul senso e sulla prospettiva dei servizi.

Molti governi che si sono succeduti nel tempo hanno sistematicamente annullato le tutele e i diritti del lavoro e hanno congiuntamente favorito un'inversione di tendenza delle politiche pubbliche, che hanno smesso di redistribuire ricchezza, finendo per smantellare uno dei capisaldi della Costituzione.

Ossia, lo Stato sembra non garantire e tutelare più l'esigibilità dei diritti, piuttosto la funzione pubblica è piegata su imperativi economici e non agisce più sul piano dei diritti e della cura del bene collettivo.

Questo cambio di rotta è evidente proprio nel settore della cura, in cui la proprietà pubblica di un servizio o di una prestazione non ne certifica nei fatti la sua funzione pubblica, per esempio garantendone l'universalità di accesso.

Case della Comunità: quattro caratteristiche necessarie

Nel Rapporto, il ForumDD propone quattro caratteristiche che le Case della Comunità dovrebbero avere.

La prima è l'**integrazione fra dimensione sanitaria e sociale**, necessaria a intercettare i bisogni delle persone, in particolare di quelle più svantaggiate, cercando di incidere ex ante sui fattori di rischio. Le Case della Comunità dovrebbero quindi essere degli spazi accessibili e di prossimità dove la distanza tra cittadine e cittadini e la funzione pubblica sia ridotta, assicurando l'offerta di servizi diversi e multidisciplinari.

Seconda caratteristica è l'**attenzione alle relazioni**: è fondamentale che ogni cittadina e ogni cittadino sia trattato sulla base di un'uguaglianza di considerazione e di rispetto.

Terza la **predisposizione al lavoro multidisciplinare e la valorizzazione del lavoro sociale e delle risorse della comunità stessa**.

Le risorse della comunità devono essere mobilitate per acquisire informazioni su bisogni inespresi o poco conosciuti ma anche per esprimere modalità alternative per potervi fare fronte. Infine, le Case delle Comunità, pur avendo una radice territoriale, devono essere mosse da un **afflato universalistico**. L'articolo 32 della Costituzione è netto: "La tutela della salute è diritto fondamentale dell'individuo, nonché interesse della collettività". La prospettiva quindi non può che essere universale, assicurando a tutti e a tutti l'accesso ai servizi essenziali di prevenzione e di cura.

Perché non possono essere i privati a gestire le Case della Comunità

Il rischio è che la gestione delle Case di Comunità finanziate con fondi del PNRR, che si concentrano sugli investimenti in conto capitale e non sulla spesa per il personale, vengano affidate al privato convenzionato.

L'affidamento a privati comporta rischi e limiti quali: creazione di posizioni di monopolio, asimmetrie informative, mancato coordinamento delle tempistiche, occultamento dei tagli alla spesa pubblica con gare al massimo ribasso con evidenti effetti negativi sia per chi riceve sia per chi offre cura, mancato coinvolgimento di tutta la comunità, incapacità di integrare la dimensione sanitaria con quella sociale. Inoltre le organizzazioni profit presentano ulteriori problemi quali il maggior peso dei detentori del capitale nelle scelte, e la dimensione della mercificazione, in conflitto con la natura universale e il valore intrinseco dei diritti, come quello alla salute.

Il modello auspicabile

Per il ForumDD, invece, bisogna realizzare Case della Comunità che, dentro una regia pubblica, si caratterizzino per l'**adozione di forme di autogoverno democratico e per la partecipazione delle risorse plurali della comunità**, inclusi gli enti del terzo settore e del volontariato. In termini diversi, si tratta, di pensare a una nuova forma di responsabilità e governo pubblico che riconosca **gli attori privati come co-gestori attivi di una funzione pubblica**, "soggetti" e non "oggetti" di politiche.

Un governo della Casa della Comunità partecipato da rappresentanti del comune, dell'azienda sanitaria e del distretto sociosanitario in cui la Casa è inserita, dei soggetti che nelle diverse comunità si occupano

del sociale (cooperative, imprese sociali, sindacati, altre organizzazioni della cittadinanza attiva, incluse organizzazioni di advocacy e mutuo aiuto), dei lavoratori e delle lavoratrici e degli utenti.

In altre parole **una sperimentazione e una messa in pratica di processi di trasformazione del modo di pensare la salute pubblica** e, più in generale, il welfare integrato sociosanitario, che permetta di passare da forme assistenziali, contenitive e istituzionalizzanti, estremamente costose e inefficaci, spesso disumane e divoratrici di capitale sociale e delle capacità delle persone, verso **modelli sanitari comunitari, generativi, strutturalmente intrecciati con sistemi di economia civile produttiva** che amplificano capitale e coesione sociale, libertà e capacità delle persone e, insieme, le risorse economiche.

Le buone pratiche

Nel Rapporto vengono raccontati tre casi: **il Laboratorio LaVà della Val Chiusella, in provincia di Torino, la Casa di Comunità del quartiere Navile di Bologna e la Comunità della Salute di Bergamo**. Tre esperienze con caratteristiche comuni: **la messa al centro della persona nell'accesso alla salute**; l'evidenziazione di un approccio integrato, ossia che consideri **il benessere della persona sia dal punto di vista sanitario sia psicologico e sociale**; la necessità di costruire l'offerta intorno ai bisogni della comunità, tenendo conto anche della specificità territoriale e allontanandosi dalla logica prestazionale che confonde il bisogno con la domanda; **la necessità di attivare percorsi di prevenzione anche attraverso la creazione di spazi di aggregazione**; l'approccio alla co-progettazione e co-programmazione dei servizi. Esempi che rendono evidente che una nuova visione di pubblico partecipato e democratico è possibile.



https://www.forumdisuguaglianzediversita.org/wp-content/uploads/2024/12/Impaginato-Case-della-comunita-web_DEF.x61544.pdf

la Repubblica

Covid, lo stress da lockdown ha fatto invecchiare più in fretta il cervello degli adolescenti

di redazione Salute

Stress cronico e avversità possono accelerare l'assottigliamento corticale. I risultati di una ricerca coordinata dall'University of Washington di Seattle

Le misure di contenimento per arginare la pandemia di Covid-19 potrebbero aver provocato serie conseguenze al cervello degli adolescenti, favorendone l'invecchiamento. È quanto emerge da uno studio, [pubblicato sulla rivista 'Proceedings of the National Academy of Sciences'](#), condotto dagli scienziati dell'Università di Washington. Il team, guidato da Patricia Kuhl, ha valutato la maturazione dell'organo cognitivo misurando lo spessore della corteccia cerebrale, lo strato esterno di tessuto nel cervello.

Gli effetti dello stress cronico sulla corteccia cerebrale

La corteccia cerebrale si assottiglia naturalmente con l'età. La letteratura scientifica dimostra che lo stress cronico e le avversità possono accelerare l'assottigliamento corticale, il che è stato associato a un maggiore rischio di sviluppare disturbi neuropsichiatrici e comportamentali.

Durante la diffusione del nuovo coronavirus, i governi di tutto il mondo hanno introdotto misure restrittive, come lockdown e chiusure scolastiche. È stato ampiamente documentato che questa interruzione delle routine quotidiane e delle attività sociali ha avuto un impatto negativo sulla salute mentale degli adolescenti. Questa fascia di popolazione si trova, infatti, in un periodo di transizione, caratterizzata da cambiamenti drammatici nello sviluppo emotivo, comportamentale e sociale e dalla formazione del senso di autoidentità, autostima e autocontrollo. La carenza di interazioni sociali durante il Covid-19 ha portato a numerose segnalazioni di ansia, depressione e stress, soprattutto per le ragazze.

La differenza tra maschi e femmine

Nel nuovo lavoro, gli scienziati hanno dimostrato che i lockdown sono stati associati a una maturazione cerebrale insolitamente accelerata. In particolare, nelle ragazze è stata riscontrata una velocizzazione media di 4,2 anni, mentre nelle controparti maschili si è assistito a un incremento medio di 1,4 anni.

"Oltre agli aspetti di crisi sanitaria", commenta Kuhl, "è importante considerare i profondi cambiamenti che la pandemia ha provocato a livello psicologico". I ricercatori hanno coinvolto 160 adolescenti reclutati nel 2018, con l'obiettivo originale di valutare i cambiamenti nella struttura cerebrale durante l'adolescenza tipica. La coorte sarebbe dovuta tornare nel 2020, ma la pandemia ha posticipato i test di ripetizione fino al 2021. A quel punto, l'intento originale di studiare lo sviluppo tipico degli adolescenti non era più praticabile e gli autori hanno cercato di valutare l'impatto della pandemia attraverso gli effetti delle restrizioni sul cervello della coorte di studio.

Come è stato condotto lo studio

I ricercatori hanno elaborato un modello di assottigliamento corticale per gli anni dell'adolescenza, per poi confrontarlo con i dati ottenuti attraverso le scansioni.

Dall'indagine è emerso un assottigliamento accelerato generale, più pronunciato e diffuso nelle femmine, in cui tutti i lobi ed entrambi gli emisferi sembravano interessati dal cambiamento. Nelle controparti maschili, l'effetto è stato osservato solo nella corteccia visiva. Gli studiosi ipotizzano che la distinzione possa dipendere dalle differenze nell'importanza dell'interazione sociale per le ragazze rispetto ai maschi.

"Gli adolescenti camminano in bilico", spiega Kuhl, "cercando di trovare la via per le loro esistenze. Con la pandemia sono venuti meno i loro canali di rilascio dello stress, le interazioni sociali, le attività fisiche. Critiche e pressioni sociali, però, sono rimaste ben attive a causa dei social media. È improbabile che la corteccia

cerebrale si ispessisca di nuovo, ma potremmo osservare segni di rallentamento del fenomeno grazie alla ripresa delle normali attività".

"Il Covid-19", conclude la ricercatrice, "ha fornito un banco di prova per la fragilità del cervello degli adolescenti. La nostra ricerca introduce una nuova serie di interrogativi su cosa significhi accelerare il processo di invecchiamento nell'organo cerebrale. Sarà necessario condurre ulteriori approfondimenti per rispondere alle nuove domande che ancora riguardano la correlazione tra la pandemia e la salute delle diverse fasce di popolazione".

https://www.repubblica.it/salute/2024/09/21/news/covid_cervello_adolescenti_ragazzi_virus-423488108/

PNAS

ORA LEGGENDO:

Gli effetti del lockdown dovuto al COVID-19 sulla struttura del cervello degli adolescenti...

Gli effetti del lockdown dovuto al COVID-19 sulla struttura del cervello degli adolescenti suggeriscono una maturazione accelerata che è più pronunciata nelle femmine che nei maschi

[Neva M. Corrigan](#)

<https://orcid.org/0000-0002-4080-5212>, [Ariel Rokem](#) <https://orcid.org/0000-0003-0679-1985> e [Patricia K. Kuhl](#)

Significato

Segnaliamo che le misure di lockdown attuate durante la pandemia di COVID-19 hanno determinato una maturazione cerebrale insolitamente accelerata negli adolescenti e che questa maturazione accelerata è stata molto più pronunciata nelle femmine che nei maschi. Questi risultati indicano una maggiore vulnerabilità del cervello femminile, rispetto a quello maschile, ai cambiamenti nello stile di vita derivanti dai lockdown pandemici. Forniscono inoltre un potenziale meccanismo neurofisiologico per le alterazioni della salute mentale degli adolescenti e di altri comportamenti associati ai lockdown. Poiché la maturazione cerebrale accelerata è stata associata a un rischio aumentato di sviluppo di disturbi neuropsichiatrici e comportamentali, questi risultati evidenziano l'importanza di fornire un monitoraggio e un supporto continui agli individui che erano adolescenti durante la pandemia di COVID-19.

Astratto

L'adolescenza è un periodo di notevole sviluppo socio-emotivo, accompagnato da cambiamenti radicali nella struttura e nella funzione del cervello. L'isolamento sociale dovuto ai lockdown imposti a causa della pandemia di COVID-19 ha avuto un impatto negativo sulla salute mentale degli adolescenti, con la salute mentale delle femmine più colpita rispetto ai maschi.

Abbiamo valutato l'impatto dei lockdown dovuti alla pandemia di COVID-19 sulla struttura del cervello degli adolescenti concentrandoci sulle differenze di genere. Abbiamo raccolto dati strutturali MRI longitudinalmente dagli adolescenti prima e dopo i lockdown dovuti alla pandemia.

I dati pre-COVID sono stati utilizzati per creare un modello normativo del cambiamento dello spessore corticale con l'età durante lo sviluppo tipico dell'adolescenza. I valori dello spessore corticale nei dati post-COVID sono stati confrontati con questo modello normativo.

L'analisi ha rivelato un assottigliamento corticale accelerato nel cervello post-COVID, che era più diffuso in tutto il cervello e di maggiore entità nelle femmine rispetto ai maschi. Quando misurata in termini di anni equivalenti di sviluppo, l'accelerazione media è risultata essere di 4,2 anni nelle femmine e di 1,4 anni nei maschi. La maturazione accelerata del cervello come risultato di stress cronico o avversità durante lo sviluppo è stata ampiamente documentata.

Questi risultati suggeriscono che le interruzioni dello stile di vita associate ai lockdown per la pandemia di COVID-19 hanno causato cambiamenti nella biologia del cervello e hanno avuto un impatto più grave sul cervello femminile rispetto a quello maschile.

La pandemia di COVID-19 ha causato malattie e mortalità in tutto il mondo, ma i suoi effetti sulle società sono stati molto più ampi di quelli della sola malattia respiratoria.

A causa dell'elevata trasmissibilità della malattia, i governi di tutto il mondo hanno emanato misure restrittive, tra cui ordini di restare a casa, requisiti di distanziamento sociale e chiusure delle scuole. Il risultato è stato un'enorme interruzione delle routine quotidiane, tra cui l'impossibilità di lavorare e andare a scuola, e gravi restrizioni nelle attività sociali per miliardi di persone in tutto il mondo.

Queste misure restrittive hanno avuto un impatto negativo sostanziale sulla salute mentale degli adolescenti, con le femmine più colpite rispetto ai maschi ([1](#)).

L'adolescenza è un periodo di cambiamenti radicali nello sviluppo emotivo, comportamentale e sociale. Durante questo periodo, gli individui diventano più indipendenti dai genitori e trascorrono più tempo con i coetanei. Queste interazioni con i coetanei forniscono le opportunità necessarie per imparare a gestire le relazioni sociali.

Questo periodo di tempo è anche quello in cui si sviluppa un senso di auto-identità, autostima e autocontrollo ([2](#)), ma è anche un periodo di insorgenza di molti disturbi neuropsichiatrici, tra cui ansia, depressione e disturbi comportamentali ([3](#)). Le femmine hanno un rischio maggiore di sviluppare ansia e disturbi dell'umore rispetto ai maschi durante il tipico sviluppo adolescenziale ([4](#)).

Per entrambi i sessi, l'esposizione allo stress per lunghi periodi di tempo può spesso essere un fattore scatenante per l'insorgenza di disturbi neuropsichiatrici.

I lockdown pandemici hanno ridotto la capacità degli adolescenti di interagire con i loro coetanei e hanno aumentato drasticamente l'isolamento in generale. Questa riduzione delle interazioni sociali ha avuto un impatto negativo sulla salute mentale degli adolescenti.

Ci sono molti resoconti di aumenti di ansia, depressione e sentimenti di stress sia nelle donne che negli uomini dopo i lockdown pandemici rispetto ai livelli precedenti alla pandemia, e molti studi suggeriscono che gli impatti sulla salute mentale nelle donne sono stati molto più grandi che negli uomini (ad esempio, rif. [1](#), [5](#) e [6](#)).

Una revisione degli studi longitudinali sull'effetto dei lockdown COVID-19 su bambini e adolescenti ha riportato che le donne avevano un rischio maggiore rispetto agli uomini di sperimentare sintomi interiorizzanti, ansia e depressione, sentimenti di stress e sentimenti di scarso benessere rispetto ai livelli pre-pandemici ([7](#)). Gli uomini erano più a rischio rispetto alle donne di problemi di attenzione, gameplay avvincente e diminuzioni del senso di soddisfazione della vita ([7](#)).

L'adolescenza è anche un periodo di significativo rimodellamento strutturale del cervello ([2](#)). Durante l'infanzia e l'adolescenza, il cervello è neuroplastico e subisce molti cambiamenti strutturali, che dipendono fortemente da fattori ambientali. Il volume della materia grigia corticale e lo spessore corticale raggiungono il picco durante l'infanzia, diminuiscono costantemente durante l'adolescenza ([8](#)) e continuano a diminuire per il resto della vita ([9](#)). La mielinizzazione e la potatura sinaptica sono processi attivi in molte regioni del cervello durante lo sviluppo adolescenziale. Le diminuzioni dello spessore corticale osservate durante l'adolescenza sono probabilmente causate principalmente dalla potatura sinaptica, ma anche la mielinizzazione degli assoni all'interno dello strato corticale può svolgere un ruolo ([10](#) – [12](#)).

Ad oggi, sono stati condotti pochi studi sull'effetto dei lockdown per la pandemia di COVID-19 sullo sviluppo strutturale del cervello nell'adolescenza.

Due studi recenti hanno indagato in che modo la pandemia ha influenzato lo spessore corticale e i volumi corticali regionali, ma nessuno dei due ha esaminato il sesso come potenziale fattore. Uno studio su soggetti di età compresa tra 9 e 13 anni ha riportato una maturazione accelerata della corteccia prefrontale mediale, come riflesso da una riduzione dello spessore corticale rispetto a quanto ci si aspetterebbe da un invecchiamento normale, e uno sviluppo accelerato dell'ippocampo, come riflesso da un aumento del volume dell'ippocampo ([13](#)).

Uno studio su adolescenti di 16 anni ha riportato uno spessore corticale cerebrale medio ridotto e volumi bilaterali maggiori dell'ippocampo e dell'amigdala in un gruppo che ha subito lockdown per la pandemia rispetto a un gruppo pre-COVID-19 ([14](#)). I risultati di entrambi questi studi suggeriscono che i cambiamenti

nello stile di vita associati alla pandemia di COVID-19 hanno portato a un invecchiamento cerebrale accelerato.

Numerosi studi precedenti sulle avversità nei bambini e negli adolescenti hanno scoperto che le avversità portano a una maturazione prematura del cervello (per una revisione, vedere rif. [15](#)).

La suddetta letteratura sugli effetti dei cambiamenti nello stile di vita associati alla pandemia di COVID-19 sulla salute mentale degli adolescenti documenta impatti significativamente maggiori sulle femmine rispetto ai maschi. Studi precedenti sugli effetti dei lockdown per la pandemia di COVID-19 sulla struttura cerebrale non hanno indagato le differenze di genere. Pertanto, l'obiettivo dello studio attuale è testare l'ipotesi che il sesso sia un fattore significativo negli effetti dei lockdown per la pandemia di COVID-19 sullo sviluppo strutturale del cervello durante l'adolescenza.

Lo studio attuale riporta i risultati dei dati raccolti come parte di un'indagine longitudinale sullo sviluppo del cervello degli adolescenti. I dati della risonanza magnetica sono stati raccolti per adolescenti di 9, 11, 13, 15 e 17 anni di età nel 2018, prima della pandemia. L'obiettivo originale della raccolta dati era valutare i cambiamenti longitudinali nella struttura cerebrale durante l'adolescenza tipica e il piano era che i partecipanti adolescenti tornassero tra 2 anni in un secondo momento.

Tuttavia, i lockdown per la pandemia di COVID-19 verificatisi nel 2020 hanno impedito ai soggetti di tornare per la raccolta dati all'ora stabilita. Di conseguenza, i dati del secondo punto temporale sono stati raccolti da tutti i soggetti dello studio nel 2021, 3 anni dopo il primo punto temporale, con l'81% della coorte originale tornata per la seconda visita di raccolta dati.

La pandemia ha offerto un'opportunità unica per valutare gli effetti dei lockdown pandemici sullo sviluppo strutturale del cervello e, in particolare, ci ha permesso di testare l'ipotesi che le femmine fossero più colpite negativamente rispetto ai maschi.

La valutazione di questa ipotesi utilizzando tecniche di analisi statistica tradizionali che avrebbero quantificato la differenza confrontando gli adolescenti colpiti con quelli non colpiti dalla pandemia non è stata possibile perché la pandemia è stata un'esperienza globale che ha colpito praticamente tutti gli individui.

Invece, per testare le nostre ipotesi, ci siamo rivolti a una tecnica statistica denominata *modellazione normativa*, che è stata adattata solo di recente per applicazioni di neuroimaging. La modellazione normativa quantifica le deviazioni delle misurazioni di singoli soggetti da una traiettoria prevista a causa dell'invecchiamento e dello sviluppo tipici. Questa tecnica consente la differenziazione tra gli effetti dell'invecchiamento tipico sul cervello e gli effetti che sono il risultato di un disturbo dello sviluppo o di un evento ambientale ([16](#), [17](#)).

Modellazione normativa.

I modelli normativi sono una classe di tecniche statistiche che caratterizzano i cambiamenti che si verificano durante lo sviluppo tipico. Confrontando i nuovi dati con questi modelli, è possibile rivelare deviazioni dallo sviluppo tipico ([16](#), [17](#)). Questo approccio è stato recentemente adottato da numerosi ricercatori per distinguere tra gli effetti dello sviluppo tipico o dell'invecchiamento sui cambiamenti strutturali del cervello dagli effetti di un disturbo neuropsichiatrico o di un evento esterno senza utilizzare le tradizionali statistiche di confronto di gruppo, che oscurano l'eterogeneità delle alterazioni cerebrali tra gli individui in un gruppo diagnostico.

Questi modelli normativi sono analoghi ai grafici di crescita normativi utilizzati negli studi pediatrici in tutto il mondo per monitorare peso e altezza nei bambini piccoli. Negli studi neuroscientifici sullo sviluppo o sull'invecchiamento, un modello normativo di cambiamento in una specifica caratteristica anatomica del cervello in funzione dell'età e del sesso viene costruito per un gruppo di soggetti non interessati dal disturbo o dall'influenza ambientale di interesse (definito "gruppo di riferimento").

Il modello fornisce traiettorie normative di cambiamento per singole regioni cerebrali ([18](#)). Le misurazioni degli individui in un "gruppo target", in genere un gruppo diagnostico di interesse, vengono quindi confrontate con questo modello.

A ciascun soggetto nel gruppo target viene assegnato un punteggio percentile che descrive la deviazione dello sviluppo del soggetto dalla traiettoria prevista o normativa ([19](#)).

Questo punteggio percentile rappresenta quanto le misure del cervello di quell'individuo deviano dai modelli previsti associati allo sviluppo o all'invecchiamento tipici. Uno dei vantaggi di questo approccio è che, poiché

un punteggio percentile viene calcolato per ciascun individuo nel gruppo target, vengono catturati gli impatti eterogenei di eventi, disturbi o malattie sui singoli soggetti.

Questa tecnica offre anche una migliore sensibilità nel rilevare le differenze di gruppo ([20](#) , [21](#)).

La modellazione normativa è stata utilizzata per quantificare le deviazioni dal tipico cambiamento strutturale del cervello con l'età da numerosi ricercatori. Ad esempio, la modellazione normativa è stata utilizzata per esaminare gli effetti dello svantaggio socioeconomico ([22](#)) e dello stress traumatico ([23](#)) sullo sviluppo del cervello.

È stata anche ampiamente utilizzata per valutare le alterazioni strutturali del cervello in campioni contenenti ampi intervalli di età nel disturbo dello spettro autistico (ASD) ([24](#) – [27](#)), per identificare sottotipi di individui con ASD ([24](#) , [25](#)), per studiare l'eterogeneità nelle caratteristiche strutturali del cervello all'interno dell'ASD ([24](#) – [27](#)) e per identificare reti di connettività cerebrale funzionale che sono clinicamente rilevanti per l'ASD ([28](#)).

La modellazione normativa è stata inoltre utilizzata per studiare l'eterogeneità interindividuale nelle alterazioni strutturali del cervello in individui con disturbo da deficit di attenzione e iperattività ([29](#)), per valutare l'entità e l'eterogeneità delle alterazioni strutturali ([30](#) , [31](#)) e funzionali ([32](#)) del cervello nel disturbo depressivo maggiore e per identificare regioni e valutare l'eterogeneità nelle alterazioni strutturali in individui con schizofrenia ([21](#) , [33](#)) e disturbo bipolare ([33](#)).

La struttura e la funzione del cervello cambiano nel corso della vita e tutti gli studi sopra menzionati hanno utilizzato la modellazione normativa per differenziare tra i cambiamenti associati alla crescita o all'invecchiamento tipici e quelli associati al disturbo o a un fattore ambientale di interesse.

Lo studio attuale.

Per lo studio attuale, abbiamo costruito modelli normativi per tutte le regioni della corteccia cerebrale in un sottoinsieme di soggetti adolescenti in base alle nostre misurazioni dello spessore corticale raccolte prima del lockdown per la pandemia di COVID-19.

Abbiamo quindi utilizzato questi modelli normativi per valutare se lo spessore corticale al momento del lockdown post-COVID-19 in un diverso sottoinsieme di soggetti dello stesso campione di soggetti adolescenti si discostasse da quanto ci si aspetterebbe a quell'età.

Questa tecnica statistica ci ha permesso di effettuare un confronto tra traiettorie di sviluppo in campioni indipendenti prima e dopo il lockdown per la pandemia di COVID-19 per testare l'ipotesi che i cambiamenti nello stile di vita associati alla pandemia di COVID-19 abbiano avuto un impatto sullo sviluppo del cervello degli adolescenti e che questi effetti siano stati maggiori nelle femmine che nei maschi.

Come è tipico negli studi di modellazione normativa, il nostro progetto ha seguito tre fasi:

- 1) i cambiamenti evolutivi nello spessore corticale sono stati modellati prima esclusivamente in un campione pre-COVID-19 (il campione "train") dalla nostra coorte di partecipanti adolescenti;
- 2) questo modello normativo è stato poi convalidato in un altro campione pre-COVID-19 indipendente dalla nostra coorte di partecipanti adolescenti (il campione "validation") e, infine,
- 3) il modello normativo è stato testato su un secondo campione indipendente di partecipanti adolescenti post-COVID-19 in lockdown per pandemia dalla nostra coorte (il campione "test").

Questa procedura di modellazione normativa ci ha permesso di caratterizzare la traiettoria del cambiamento nella struttura cerebrale in funzione dell'età nello sviluppo tipico in assenza degli effetti del lockdown per pandemia da COVID-19 e quindi di identificare gli effetti che si discostavano da quanto previsto durante lo sviluppo tipico nei dati post-COVID-19 in lockdown.

Ci sono molteplici punti di forza nel design dello studio attuale. Tutti i partecipanti allo studio sono stati selezionati tra adolescenti che vivono nella stessa comunità, utilizzando identici criteri di esclusione; tutti i partecipanti allo studio hanno sperimentato tempistiche di lockdown pandemiche simili; e tutti i dati cerebrali sono stati acquisiti sullo stesso strumento MRI.

Questa strategia di design ha mitigato le preoccupazioni che sorgono quando i modelli normativi vengono sviluppati su popolazioni con diverse caratteristiche demografiche e utilizzando diversi sistemi di imaging ([34](#) , [35](#)).

In sintesi, le ipotesi alla base dello studio attuale sono: 1) i lockdown dovuti alla pandemia di COVID-19 hanno alterato il normale schema di sviluppo del cervello negli adolescenti, determinando un assottigliamento

corticale accelerato, e 2) l'assottigliamento corticale accelerato è stato più pronunciato nelle femmine che nei maschi.

.....

Discussione

In questa ricerca che confronta la struttura del cervello degli adolescenti prima e dopo i lockdown dovuti alla pandemia di COVID-19, abbiamo riscontrato un assottigliamento corticale accelerato sia nel cervello maschile che in quello femminile.

Mentre questo assottigliamento è risultato essere diffuso in tutto il cervello femminile, verificandosi in 30 regioni cerebrali in entrambi gli emisferi e in tutti i lobi del cervello, abbiamo scoperto che era limitato a sole due regioni nel cervello maschile, entrambe situate nel lobo occipitale. Nel nostro calcolo dell'accelerazione media dell'età basata sull'intero cervello, abbiamo scoperto che l'entità dell'accelerazione dell'età era più del doppio nelle femmine (4,2 anni) rispetto ai maschi (1,4 anni).

La dimensione dell'effetto per l'assottigliamento corticale era maggiore di 0,5 per il 43% delle regioni studiate nel cervello femminile e solo per il 6% delle regioni studiate nel cervello maschile.

Le regioni con la maggiore accelerazione nell'assottigliamento corticale nelle femmine erano la fusiforme bilaterale, l'insula sinistra e la corteccia temporale superiore sinistra.

Mentre tutte queste regioni sono coinvolte in molte funzioni cognitive, un elemento comune è che sono state tutte collegate alla cognizione sociale. Il giro fusiforme è fondamentale per riconoscere ed elaborare volti ed espressioni facciali ([36](#)), consentendo interazioni appropriate in un ambiente sociale.

L'insula svolge un ruolo essenziale nell'elaborazione di esperienze sociali ed emotive, nonché nell'empatia e nella compassione ([37](#)).

Il giro temporale superiore svolge un ruolo chiave nella comprensione del linguaggio ([38](#)), che è fondamentale per la comunicazione in tutti gli ambienti, comprese le interazioni sociali.

Le regioni con assottigliamento corticale accelerato nei maschi erano la corteccia occipitale laterale dell'emisfero sinistro e destro.

È stato ampiamente documentato che le corteccie occipitali laterali, adiacenti ai giri fusiformi, sono coinvolte nell'elaborazione degli oggetti nel campo visivo, ma è stato anche segnalato che svolgono un ruolo significativo nell'elaborazione dei volti ([39](#)).

È stato a lungo segnalato che lo sviluppo accelerato del cervello è associato a traumi, abusi, privazioni e negligenza nell'infanzia ([15](#)).

Il collegamento tra i due non è stato completamente chiarito, ma ricerche precedenti forniscono alcuni indizi. Una teoria importante sul perché il cervello invecchia più velocemente in un ambiente con stimoli avversi è la "ipotesi di accelerazione dello stress" ([40](#)).

Questa ipotesi postula che un periodo prolungato di dipendenza da assistenti e influenze ambientali in un ambiente a basso stress è benefico per il benessere e la sopravvivenza a lungo termine.

Tuttavia, in un ambiente ad alto stress, lo sviluppo può spostarsi verso una maturazione precoce al fine di proteggere i circuiti emotivi nel cervello, così come le regioni coinvolte nell'apprendimento e nella memoria. Questa maturazione precoce ridurrebbe gli effetti dannosi di un ambiente avverso sullo sviluppo strutturale del cervello.

Altre ricerche che collegano l'accelerazione dell'assottigliamento corticale e l'aumento dello stress nei modelli animali forniscono un'ipotesi più meccanicistica. È stato scoperto che l'assottigliamento corticale è correlato all'attività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) ([22](#)), che regola la risposta allo stress.

L'attivazione dell'asse HPA determina il rilascio di cortisolo da parte della corteccia surrenale.

Questo, a sua volta, attiva i recettori dei glucocorticoidi in tutto il cervello.

Livelli più elevati di recettori dei glucocorticoidi sono stati associati a uno spessore corticale ridotto ([41](#)). Questi risultati negli animali sono coerenti con un rapporto di una correlazione negativa tra i livelli di cortisolo nella saliva e lo spessore corticale in molte regioni del lobo frontale negli adulti umani ([42](#)). Poiché i recettori dei glucocorticoidi sono presenti nella maggior parte delle regioni cerebrali ([43](#)), è possibile che la presenza di questo ormone per un lungo periodo di tempo in tutto il cervello possa determinare uno spessore corticale ridotto diffuso ([44](#)).

Le differenze di sesso nei modelli di assottigliamento corticale osservati in questo studio sono notevoli. Esse rispecchiano da vicino le ben note differenze di sesso nella prevalenza di disturbi neuropsichiatrici tra maschi e femmine, sia nell'adolescenza che nell'età adulta, con le femmine notevolmente più colpite. Le ragioni di questa marcata differenza di sesso in psicologia e neurofisiologia non sono chiare. Uno studio recente sugli effetti degli stress della vita sullo spessore corticale in un campione di adolescenti e giovani adulti ha riportato che un maggiore stress è associato a uno spessore corticale medio più sottile nel cervello nelle femmine ma non nei maschi ([44](#)).

Gli autori notano che lavori precedenti hanno mostrato effetti diversi dei glucocorticoidi sul cervello maschile e femminile ([45](#)), così come interazioni tra ormoni sessuali e ormoni dello stress sulle alterazioni della materia grigia nei roditori adulti ([46](#)), e suggeriscono queste come possibili spiegazioni per le differenze di sesso nei loro risultati. In uno studio sugli effetti dello stress cronico in un modello di roditore, sono state riscontrate significative differenze di sesso nelle caratteristiche strutturali del cervello a livello cellulare, dove lo stress cronico può causare crescita o atrofia dei dendriti in regioni specifiche, a seconda del sesso del roditore ([45](#)).

Ad oggi, gli effetti dello stress cronico sul cervello umano non sono stati studiati a livello microscopico, ma è possibile che questi tipi di differenze possano essere alla base dell'accelerazione dell'invecchiamento cerebrale e possano portare a effetti sessuali a valle nei disturbi neuropsichiatrici correlati allo stress ([45](#)).

Un'altra possibile fonte della differenza di genere riportata in questo studio è la ricerca che indica che la reattività agli stressor per maschi e femmine differisce notevolmente a seconda del tipo di stressor. Per le femmine, le relazioni tra pari sono di vitale importanza per lo sviluppo dell'identità personale e le femmine fanno affidamento su queste relazioni per il supporto emotivo più dei maschi.

Per i maschi, le relazioni tra pari sono più caratterizzate dalla compagnia e dalle attività condivise che dal supporto emotivo ([47](#)). Un cambiamento di stile di vita molto evidente associato alla pandemia di COVID-19 è stata la drastica diminuzione delle interazioni interpersonali e tra pari.

L'effetto dell'isolamento risultante sulle esigenze degli adolescenti maschi e femmine potrebbe essere stato molto diverso, con le femmine che forse hanno sperimentato più stress dei maschi associato a questo isolamento prolungato, con conseguente cascata più ampia di effetti fisiologici.

La nostra scoperta che le regioni associate alla cognizione sociale sono state le più colpite nelle femmine è coerente con questa ipotesi.

I risultati dello studio attuale sono importanti per comprendere gli effetti dello stress cronico di basso livello sul cervello. Ricerche precedenti hanno dimostrato un aumento del rischio di insorgenza di psicopatologia in individui che hanno sperimentato eventi avversi nella prima infanzia, tra cui disturbi dell'umore, dell'ansia e comportamentali.

Tuttavia, la maggior parte di questi studi riguardava bambini che avevano subito traumi estremi, come abusi o grave abbandono.

Le restrizioni dovute alla pandemia di COVID-19 hanno fornito un esperimento naturale che consente di studiare gli effetti di livelli inferiori di stress cronico su una popolazione di centinaia di milioni di persone. I primi risultati suggeriscono che gli effetti di questo stress cronico di basso livello sono stati dannosi per la salute di bambini, adolescenti e adulti.

Uno studio recente su individui che erano matricole universitarie all'inizio della pandemia ha riportato un aumento sostanziale della depressione rispetto ai livelli pre-COVID-19, soprattutto nelle donne ([6](#)).

Questo studio riporta che gli effetti si sono estesi ben oltre il periodo di blocco e non è ancora chiaro per quanto tempo questi individui potrebbero continuare a sperimentare tali effetti. Il presente studio, insieme a due studi precedenti ([13](#) , [14](#)), [dimostra un effetto dello stress cronico correlato al lockdown direttamente sulla struttura cerebrale degli adolescenti. La maturazione corticale accelerata potrebbe rendere gli individui che erano adolescenti durante i lockdown pandemici più suscettibili allo sviluppo di disturbi neuropsichiatrici e forse anche di disturbi neurodegenerativi con l'avanzare dell'età, come è stato ampiamente documentato per gli individui che hanno sperimentato altri tipi di avversità nella prima infanzia \(48-51 \)](#) .

I risultati di questo studio sono inoltre preziosi per comprendere l'impatto completo delle restrizioni imposte dalle politiche COVID-19 sugli adolescenti.

Anche prima della pandemia, la salute mentale era un problema di salute pubblica poco apprezzato ([52](#) , [53](#)), e questi risultati aggiungono prove della necessità di nuove campagne di salute pubblica per fornire supporto

ad adolescenti e giovani adulti che lottano con problemi di salute mentale, poiché i lockdown pandemici hanno aumentato drasticamente l'incidenza di questi tipi di disturbi.

Il presente studio replica i risultati di due studi precedenti che segnalavano un assottigliamento corticale accelerato negli adolescenti in associazione ai lockdown per la pandemia di COVID-19 ([13](#) , [14](#)) ed estende questi risultati precedenti dimostrando un effetto significativo del sesso in cui le femmine mostrano un assottigliamento corticale accelerato più drammatico rispetto ai maschi. Tuttavia, ci sono delle limitazioni allo studio attuale. In primo luogo, la dimensione del campione misurato qui è piccola rispetto a diversi studi multicentrici su larga scala in corso sullo sviluppo del cervello degli adolescenti, alcuni dei quali hanno raccolto dati sia prima che dopo la pandemia (ad esempio, ([54](#) – [56](#))).

Il lavoro futuro dovrebbe concentrarsi sulla replica degli effetti del sesso riportati qui su queste coorti più grandi utilizzando i dati raccolti prima e dopo la pandemia.

In secondo luogo, sarebbe utile avere dati comportamentali che consentirebbero la caratterizzazione di specifici fattori di stress correlati al lockdown che potrebbero essere correlati con i risultati strutturali del cervello.

Lo studio attuale non ha raccolto tali misure comportamentali, né abbiamo raccolto dati sulla sicurezza del lavoro delle famiglie, sull'insicurezza finanziaria e/o sull'insicurezza alimentare, che potrebbero anche essere associate a cambiamenti strutturali del cervello.

Anche i dati sull'esercizio fisico, sul sonno o sulla dieta, che sono stati segnalati come fortemente influenzati dai lockdown pandemici, sarebbero preziosi ([57](#) – [59](#)).

In terzo luogo, non è chiaro se gli effetti osservati in questo studio siano specifici per la fascia di età del nostro campione. Il nostro campione di test post-lockdown COVID-19 era composto da bambini di età compresa tra 12 e 16 anni. Non è chiaro se i nostri risultati si estendano ai bambini più piccoli o ai giovani adulti.

E infine, non sappiamo se la contrazione del virus COVID-19 stesso possa aver contribuito a questi risultati, sebbene nella comunità da cui è stato tratto il nostro campione di studio, la prevalenza di COVID-19 fosse diffusa e non abbiamo trovato segnalazioni di una disparità di genere nella contrazione del virus.

In sintesi, i risultati del presente studio suggeriscono che i cambiamenti nello stile di vita associati ai lockdown per la pandemia di COVID-19 hanno determinato una deviazione dal normale schema di assottigliamento corticale durante lo sviluppo adolescenziale e che gli effetti sono stati più drammatici nelle femmine che nei maschi. Poiché l'assottigliamento corticale accelerato durante lo sviluppo cerebrale è associato a un rischio maggiore nello sviluppo di disturbi neuropsichiatrici e comportamentali, i risultati di questo studio evidenziano l'importanza di fornire un monitoraggio e un supporto continui agli adolescenti che hanno vissuto i lockdown per la pandemia.

<https://www.pnas.org/doi/10.1073/pnas.2403200121>

EXECUTIVE SUMMARY

Di seguito i 10 messaggi chiave che emergono dalle analisi del Rapporto 2024 del Think Tank “Welfare Italia”

Il Rapporto 2024 del Think Tank “Welfare Italia” affianca, al tradizionale Osservatorio sulle dinamiche tendenziali e congiunturali delle quattro componenti del welfare, l’analisi approfondita dei fattori di rischio che inevitabilmente indeboliscono l’effettiva fruizione dei servizi ai cittadini, ovvero: le dinamiche della finanza pubblica, i trend demografici e i divari socio-territoriali e nell’accesso ai servizi.

Inoltre, per la gestione di questi fattori sono state identificate cinque modalità operative, ovvero: l’integrazione della tecnologia, la gestione della demografia, le politiche infrastrutturali, la valorizzazione del ruolo del privato e le politiche del lavoro e della formazione.

Tali modalità operative, tuttavia, per affrontare efficacemente i fattori di rischio individuati, richiedono la valorizzazione di determinate competenze chiave in modo da rendere l’ecosistema-welfare un fattore competitivo e di crescita per il Paese; a supporto di questa analisi è stata realizzata, per la prima volta, la mappatura della “filiera estesa” del sistema di welfare.

Infine, l’ultima sezione del Rapporto contiene l’impianto propositivo del Think Tank “Welfare, Italia” 2024 che si focalizza su tre ambiti prioritari: Long-Term Care, competenze e digitalizzazione.

In Italia, il welfare assorbe 642,7 miliardi di euro di spesa pubblica pari al 58,9% del totale della spesa pubblica

Il welfare italiano, nelle sue quattro componenti (sanità, politiche sociali, previdenza, istruzione), rappresenta nel 2022 la principale voce di spesa pubblica con 642,7 miliardi di Euro ovvero il 58,9% della spesa pubblica, un valore inferiore di 4,3 p.p. rispetto all’anno precedente quando il rapporto era pari al 63,2% e risultando il valore percentuale più basso registrato a partire dal 2009.

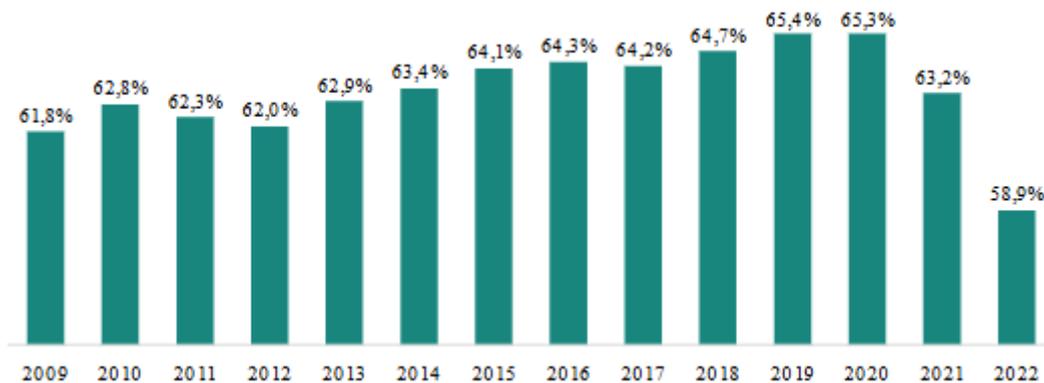


Figura I. Peso della spesa in welfare sul totale della spesa pubblica in Italia (valori percentuali), 2009-2022.
Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2024.

Nel 2022 la componente previdenziale assorbe circa la metà delle risorse: il 48,9% della spesa totale.

A seguire vi è la spesa sanitaria (21,5%), quella in politiche sociali (17,3%) e in istruzione (12,3%).

Rispetto al 2019, anno di riferimento considerato in quanto precedente all’insorgere della pandemia, il peso relativo della previdenza ha subito una variazione al ribasso (-1,9 punti percentuali); si registra, inoltre, uno speculare aumento della spesa in politiche sociali (+1,9 p.p.), mentre per quanto riguarda le restanti voci di

spesa, ovvero, sanità e istruzione, si registra un andamento sostanzialmente invariato rispetto al 2019 pari, rispettivamente, al 21,5% e al 12,3% della spesa totale in welfare.

Il confronto europeo conferma lo sbilanciamento della spesa dell'Italia sulla componente previdenziale: l'Italia risulta il primo Paese tra i Big-4 europei per incidenza della spesa in previdenza rispetto al PIL (16,2% rispetto ad una media del 12,3% dell'Eurozona).

Al contrario, l'Italia si colloca ultima sia con riferimento al valore dell'istruzione (che incide solo per il 4,1% del PIL italiano rispetto ad una media dell'Eurozona pari al 4,6%) sia a quello delle politiche sociali (5,7% del PIL italiano, contro una media dell'Eurozona pari al 7,3%)

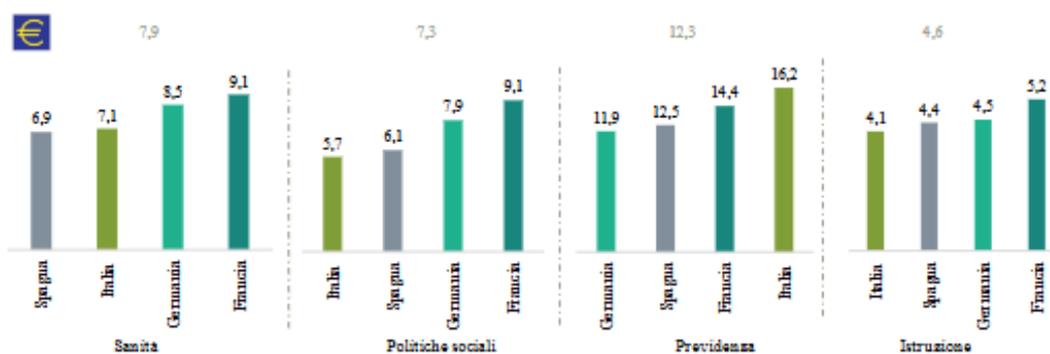


Figura II. Peso della spesa in welfare in Italia e in confronto ai principali Paesi europei nei quattro pilastri (valori in percentuale del PIL), 2022. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2024.

Nel 2024 prosegue l'incremento generalizzato di tutta la spesa in welfare indotto dalla pandemia

Secondo le stime del Think Tank "Welfare, Italia", nel periodo 2019-2024 la spesa in welfare è in aumento in tutte le sue componenti: politiche sociali +24,8%, previdenza +22,8%, sanità +20,0% e istruzione +14,4%.

Nell'ambito delle politiche sociali, per il 2024 le stime contenute nel Documento di Economia e Finanza (DEF) prevedono un aumento del +4,0% rispetto al 2023.

La previsione, nello specifico, tiene conto: dell'incremento delle liquidazioni di fine rapporto (+4,4% rispetto al 2023), delle indennità di malattia, maternità, infortuni, trattamenti di famiglia, assegno di integrazione salariale e indennità di disoccupazione (+6,5%), delle indennità di invalidità civile, ciechi e sordomuti (+4,0%) e del decremento delle rendite infortunistiche, pensioni di guerra, altri assegni e sussidi (-0,6%).

Relativamente alla spesa previdenziale, nel 2024 è previsto un aumento del +5,8% rispetto al 2023, passando da 319,1 miliardi di Euro a 337,5 miliardi di Euro.

L'aumento nello specifico tiene conto: i) del numero di pensioni di nuova liquidazione, dei tassi di cessazione stimati, della rivalutazione delle pensioni in essere ai prezzi (pari, per l'anno 2024, a 5,4%) e della ricostituzione degli importi delle pensioni in essere.

Le previsioni per l'anno 2024 e successivi tengono anche conto degli interventi contenuti nella legge di Bilancio 2024-2026.

Infine, la spesa sanitaria prevista per il 2024 è pari a 138,8 miliardi di Euro, in aumento del +5,8% rispetto al 2023.

Nello specifico, rispetto al 2023, l'aumento tiene conto: della crescita del +9,7% dei redditi da lavoro dipendente del personale del SSN influenzato dagli oneri correlati al rinnovo contrattuale dei dirigenti degli enti del SSN per il triennio 2019-2021 nonché da quello relativo all'intero personale dipendente per la tornata 2022-2024, dell'incremento di spesa per consumi intermedi del +2,9% (imputabile soprattutto ai prodotti farmaceutici, per i quali si stima una crescita del +7,1%).

Inoltre, è prevista una crescita della spesa per l'assistenza medico-generica (+14%), dovuta essenzialmente agli oneri relativi al rinnovo delle convenzioni per i trienni 2019-2021 e 2022-2024, e infine di un aumento del +5,2% delle prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi

prodotti da produttori market (in particolare, l'assistenza farmaceutica convenzionata risulta in crescita del +4,7% e l'assistenza medico-generica in aumento del 14%)

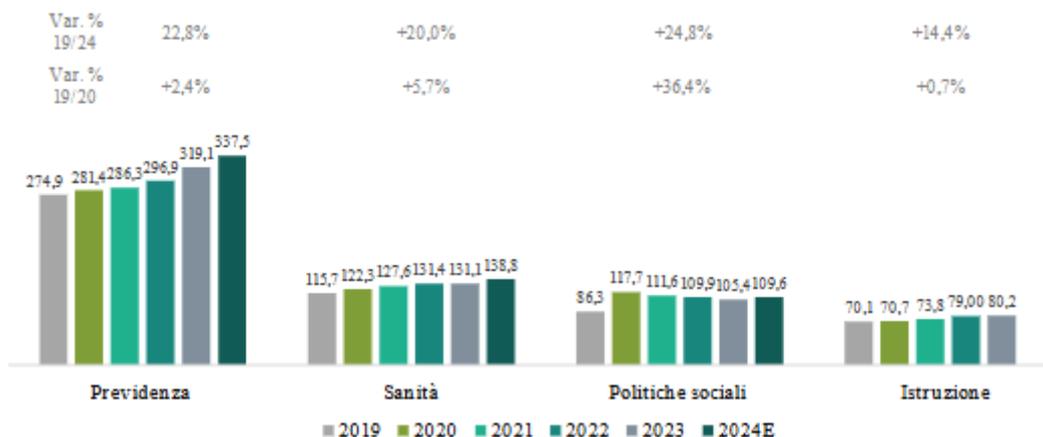


Figura III. Andamento della spesa pubblica di welfare (miliardi di Euro e variazione percentuale), 2019-2024.

Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Piano Strutturale di bilancio a medio termine ed Eurostat, 2024.

N.B per la voce istruzione non sono disponibili le previsioni al 2024. Il dato al 2023 rappresenta una previsione calcolata sulla base del tasso di crescita medio annuo composto nel periodo 2011-2022.

Entro il 2030 sarà necessario reperire 176 miliardi di euro aggiuntivi per garantire la sostenibilità del sistema di welfare e del paese

Il sistema di welfare italiano è chiamato a rispondere ai crescenti bisogni di protezione all'interno di un sistema economico con pochi margini di spazio fiscale, in quanto inevitabilmente condizionato da un quadro di finanza pubblica che, seppur in progressivo miglioramento, come evidenziano i dati relativi al 2023 sul rapporto deficit/PIL (pari al - 7,2%, il più alto tra i Paesi dell'UE) e rapporto debito pubblico/PIL (pari al 134,6% del PIL, il 2° valore più alto nell'UE dopo la Grecia), resta uno dei più compromessi a livello europeo.

A complicare ulteriormente il delicato quadro di finanza pubblica con cui deve confrontarsi il Paese vi sono, inoltre, le nuove regole relative alla governance economica europea.

Infatti, la riforma entrata in vigore il 30 aprile 2024 muta profondamente il precedente impianto regolatorio europeo, modificando principalmente i meccanismi di monitoraggio e le modalità di programmazione della politica di bilancio degli Stati.

A questo rinnovato quadro della governance economica europea occorre integrare congiuntamente due elementi: la correzione di bilancio recentemente notificata dalla Commissione europea all'Italia, dal valore di circa 12-14 miliardi di Euro/l'anno per i prossimi sette anni, e le previsioni della spesa in welfare contenute nel Piano strutturale di bilancio di medio termine 2025-2029 per il periodo 2024-2027.

Da queste ultime e dalle stime ricavate proiettando il tasso di crescita medio annuo per il periodo 2028-2030 emerge come, nei prossimi 7 anni, occorrerà reperire fino a 94,8 miliardi di Euro (pari a circa il 15% dell'attuale spesa in welfare) di risorse aggiuntive per garantire la sostenibilità del sistema di welfare; considerando, inoltre, gli effetti derivanti dalla correzione di bilancio citata in precedenza, il complesso delle risorse è stimabile in circa 176 miliardi di Euro.

	2023	2024	2025	2026	2027	2028e	2029e	2030e	Risorse aggiuntive 2025-2030
Spesa previdenziale	319,2	337,5	345,4	356,0	366,5	376,7	387,3	398,1	60,6
Spesa sanitaria	131,1	137,9	141,9	145,0	147,5	150,8	154,3	157,7	19,8
Spesa per politiche sociali	105,3	109,5	110,2	111,5	112,9	114,0	115,1	116,3	6,8
Spesa per istruzione	79,0	80,2	81,4	82,7	83,9	85,2	86,5	87,8	7,6
Totale spesa di welfare	634,6	665,1	678,9	695,1	710,8	726,8	743,1	759,9	94,8
Correzione di bilancio			12,4	12,8	13,2	13,5	13,9	14,2	80,0
Totale									175,8

Figura IV. Proiezione della spesa di welfare nel periodo 2023-2030 (miliardi di Euro).

Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Piano strutturale di bilancio di medio termine 2025-2029 e Istat, 2024. N.B Le stime per il periodo 2028-2030 si basano sul tasso di crescita medio annuo ipotizzato dal Piano nel periodo 2024-2027

Nel 2023 prosegue il calo demografico del paese, registrando l'ennesimo minimo storico di nascite, pari a 379 mila unità (-3,6% rispetto al 2022)

Le dinamiche demografiche costituiscono una variabile di primo piano per comprendere i cambiamenti sociali ed economici in atto all'interno della società e per misurare le sfide che il sistema di welfare nel suo complesso è chiamato ad affrontare.

La popolazione italiana, in crescita costante dall'inizio del Novecento, dal 2014 ha avviato un percorso di progressiva diminuzione.

A testimonianza di ciò, è possibile osservare come il tasso annuo medio di crescita della popolazione del periodo 1900-2014 sia stato positivo e pari allo +0,5%, mentre nel periodo 2014-2023 il valore è negativo e pari a -0,4%.

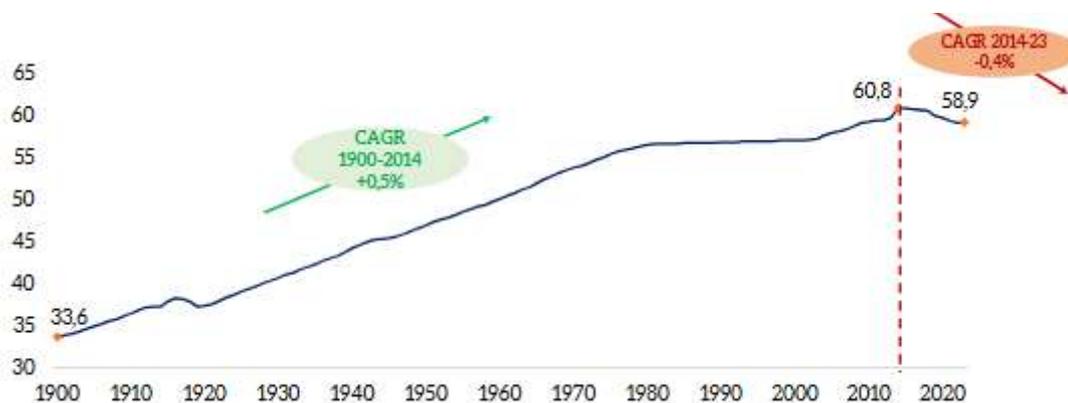


Figura V. Popolazione residente in Italia (milioni), 1900-2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2024.

Nel 2023 è proseguito il calo demografico del Paese: al 31 dicembre 2023, infatti, in Italia la popolazione residente ammonta a 58,9 milioni di unità, in diminuzione di -7,4mila unità rispetto alla stessa data dell'anno precedente. Il 2023, inoltre, è stato contrassegnato dall'ennesimo minimo storico di nascite: 379mila (-3,6% rispetto al 2022) che, combinati con un numero di decessi pari a 660mila (-8,0% rispetto al 2022), hanno contribuito ad un saldo naturale negativo di 281mila unità.

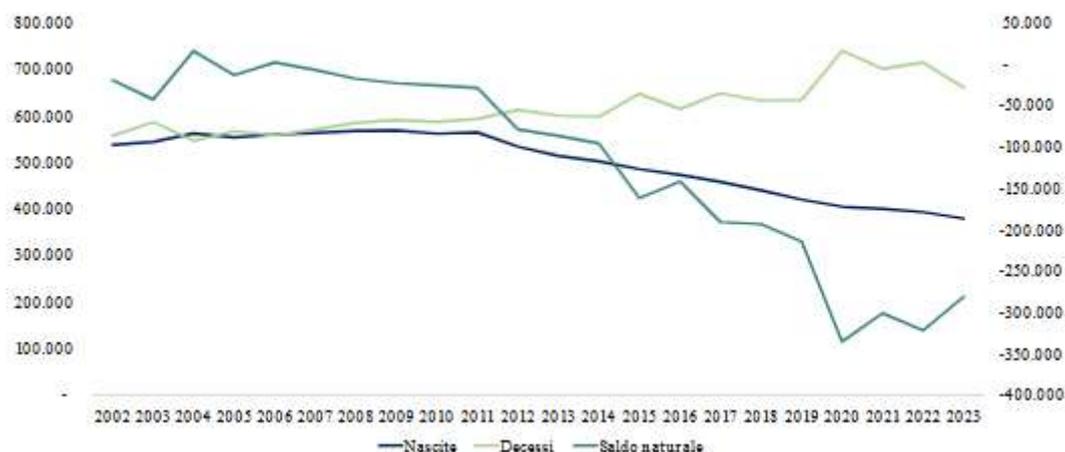


Figura VI. Saldo naturale della popolazione residente in Italia (valori assoluti), 2002-2023.

Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2024.

A conferma di questo trend demografico negativo, è possibile osservare come il tasso di natalità (ovvero il numero di nati ogni 1.000 abitanti) in Italia nel 2023 risulta pari a 6,4 nascite, un dato in progressiva diminuzione negli ultimi undici anni: tra il 2013 (anno in cui si registrava un tasso di natalità pari a 8,5) e il 2023 in Italia si è registrata una diminuzione di 2,1 nascite ogni 1.000 abitanti. Il rallentamento demografico italiano è ancora più evidente se confrontato all'interno del contesto europeo: l'Italia registra, con riferimento al tasso di natalità, il dato più basso nell'Unione europea, con una distanza di 4,7 nascite dal valore massimo registrato da Cipro (11,1 nascite ogni 1.000 abitanti) e di 1,8 nascite dalla media dell'Unione europea (pari a 8,2 nascite ogni 1.000 abitanti).

Il tessuto socio-economico del paese è caratterizzato da ampi divari sociali e territoriali e una diffusa povertà

In aggiunta alle dinamiche di finanza pubblica e demografiche, il terzo fattore di rischio individuato per la tenuta del sistema di welfare è quello relativo ai divari sociali e nell'accesso ai servizi. In Italia nel 2023 il 22,8% della popolazione risulta a rischio povertà o esclusione sociale.

Si tratta di un valore in diminuzione di 1,6 punti percentuali rispetto al 2022 (24,4%) e inferiore di 1,8 punti percentuali rispetto al valore registrato nell'anno pre-pandemico del 2019 (24,6%).

Tuttavia, il dato italiano si colloca nella Top-10 tra i Paesi con la percentuale di popolazione a rischio povertà ed esclusione sociale più alta in Unione europea e superiore di 1,4 punti percentuali rispetto alla media europea del 21,4%. A livello territoriale, sono soprattutto le regioni del Sud Italia a registrare alcune delle percentuali più alte di persone a rischio povertà ed esclusione sociale in UE



Figura VII. Persone a rischio povertà ed esclusione sociale nei Paesi dell'Unione europea (valori percentuali), 2023.

Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2024.

I divari territoriali, inoltre, si riflettono nell'accesso ai principali servizi di welfare disponibili per i cittadini. Ad esempio, considerando l'indicatore relativo agli anziani trattati in assistenza domiciliare integrata la distanza tra la regione best e worst performer è pari all'84%. In particolare, l'erogazione dell'assistenza domiciliare integrata per gli anziani presenta gravi difficoltà in Calabria, dove il servizio viene garantito a meno dell'1% delle persone over-65 anni.

In aggiunta a ciò, nel 2023 secondo le stime preliminari di Istat, l'incidenza della povertà assoluta¹ in Italia era pari all'8,5% tra le famiglie, in aumento di 0,2 p.p. rispetto al 2022 quando era pari all'8,3%, e al 9,8% tra gli individui, in aumento di 0,1 p.p. rispetto al 2022 quando era pari al 9,7%; in termini assoluti, la quantificazione è pari a 2 milioni 235 mila famiglie e 5 milioni 752 mila individui in stato di povertà assoluta. Nell'arco temporale 2014-2023 l'incidenza della povertà assoluta tra le famiglie è aumentata di 2,3 p.p. passando dal 6,2% all'8,5%, mentre tra gli individui ha registrato un aumento di 2,9 p.p. passando dal 6,9% al 9,8%.

A livello territoriale, l'incidenza della povertà assoluta familiare risulta più bassa nel Centro Italia (6,8%) e nel Nord (8,0%) e più alta nel Sud (10,2%) e nelle Isole (10,3%) del Paese; lo stesso vale per l'incidenza della povertà assoluta individuale: 8% nel Centro, 12,1% nel Sud e nelle Isole.

I divari sociali sono stati acuiti, inoltre, dalle dinamiche inflattive. Infatti, a partire dalla seconda metà del 2021, l'economia italiana, insieme alle principali economie europee, ha sperimentato una dinamica dei prezzi in rapida accelerazione.

Nel 2023 in Italia il tasso di inflazione annuale, misurato tramite l'IPCA, era pari al +5,9%, superiore di 0,5 p.p. rispetto alla media dell'Eurozona (+5,4%) ma in diminuzione di 2,8 p.p. rispetto all'anno precedente (+8,7%). Analizzando più nello specifico la composizione dei beni interessati dalle dinamiche inflattive, ad aver registrato il maggior incremento dei prezzi risultano soprattutto i beni alimentari (+10,2%) e i servizi (+4,5%), mentre in forte decelerazione rispetto al 2022 risulta il prezzo dei beni energetici (+1,1%), i quali, nel corso del 2022, avevano ampiamente sostenuto la corsa dell'inflazione.

Le forti spinte inflattive, seppur in diminuzione rispetto all'anno precedente, hanno determinato una riduzione del potere di acquisto delle famiglie dell'1,8% nel 2022 e dello 0,5% nel 2023.

Il welfare italia index 2024 conferma la divisione tra nord, centro e sud nella capacità di risposta dei sistemi di welfare regionali

Nel Rapporto "Welfare Italia 2020" è stata sottolineata la forte eterogeneità tra i territori del Paese, sia con riferimento al sistema di welfare sia per quanto riguarda gli impatti del COVID-19 e le relative conseguenze redistributive legate a povertà assoluta e disoccupazione.

Tale evidenza è confermata anche all'aggiornamento dell'Osservatorio del sistema di welfare contenuto nelle edizioni successive del Rapporto.

Tali differenze sono, da un lato, espressione di differenze socio-economiche che hanno un carattere profondo e, dall'altro lato, il risultato di una più o meno efficace azione del sistema di welfare nell'affrontarle.

Per portare a sintesi queste considerazioni legate alla diversa capacità di risposta dei sistemi di welfare nelle Regioni del Paese, nel 2020 il Think Tank "Welfare, Italia" ha messo a punto uno strumento di monitoraggio basato su 22 KPI (Key Performance Indicator) che valuta, all'interno di un indicatore sintetico, sia aspetti legati alla spesa in welfare sia aspetti legati ai risultati che questa spesa produce.

In questi termini, l'indicatore sintetico, che prende in considerazione gli ambiti di politiche sociali, sanità, previdenza e formazione, consente di identificare a livello regionale i punti di forza e le aree di criticità in cui è necessario intervenire².

Nel Welfare Italia Index 2024 l'amministrazione territoriale con il punteggio più elevato è la P.A. di Trento (79,7 punti), seguita dall'Emilia Romagna (79,5 punti) e dalla P.A. di Bolzano (78,5 punti).

Dal lato opposto del ranking, si posizionano la Basilicata (59,5 punti), la Campania (58,6 punti) e la Calabria (56,1 punti).

L'edizione 2024, rispetto ai dati 2023, segnala una costante polarizzazione nella capacità di risposta del sistema di welfare delle Regioni italiane. Il divario tra Regione best e worst è infatti pari a 23,6 punti (in aumento di 0,7 rispetto all'edizione precedente).

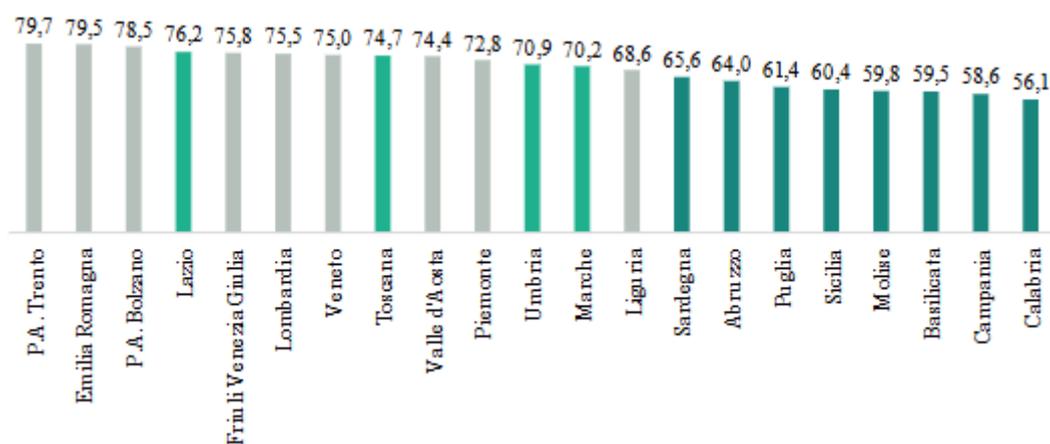


Figura VIII. Classifica del Welfare Italia Index 2024 (valore indice su una scala da 0=min a 100=max). Fonte: elaborazione TEHA Group, 2024.

Il think tank “welfare, italia” ha identificato cinque modalità operative per gestire le dinamiche di finanza pubblica e demografiche e affrontare i divari sociali

Per affrontare e gestire i fattori di rischio per il welfare italiano delineati in precedenza (dinamiche della finanza pubblica, dinamiche demografiche e divari sociali e nell’accesso ai servizi), il Think Tank “Welfare, Italia” ha identificato cinque modalità operative ovvero:

1. L’integrazione delle tecnologie nell’offerta di welfare;
2. La gestione integrata della demografia;
3. Le politiche infrastrutturali;
4. La valorizzazione del ruolo del privato (profit e no profit)
5. Le nuove politiche del lavoro e della formazione. Tali modalità operative sono, inoltre, al centro di rilevanti evoluzioni normative, di seguito sintetizzate.

La prima modalità operativa individuata, ovvero l’integrazione tecnologica nell’offerta di welfare, rappresenta un elemento che può contribuire all’erogazione di servizi nei quattro pilastri del sistema sempre più puntuali, efficaci e personalizzabili in base alle richieste dei cittadini.

In tal senso, è possibile osservare come all’interno dell’ecosistema di welfare italiano in ambito di evoluzione tecnologica si stanno progressivamente ponendo le basi verso una graduale integrazione e valorizzazione dei dati, come dimostrano i due casi rappresentati dal Sistema Informativo di Inclusione sociale e lavorativa (SIISL) ovvero la piattaforma digitale istituita presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e realizzato dall’INPS volta a favorire l’incontro tra domanda e offerta nel mercato del lavoro italiano, e dall’It Wallet, il primo portafoglio digitale italiano con valore legale che permetterà di gestire i propri dati fiscali, conservare e utilizzare i documenti digitali e i propri metodi di pagamento in modo semplice e sicuro all’interno dell’App Io, effettuando l’accesso tramite Sistema Pubblico di Identità Digitale (SPID) o Carta di Identità Elettronica (CIE).

La seconda modalità operativa è quella relativa alla gestione integrata della demografia.

Per affrontare i trend demografici particolarmente sfavorevoli per il nostro Paese è infatti necessario adottare un approccio integrato volto a invertire il calo della popolazione e puntare sulla crescita demografica (ovvero sull’aumento del saldo migratorio e naturale) e contestualmente gestire gli impatti dell’invecchiamento (per esempio, promuovendo un invecchiamento attivo e ottimizzando i meccanismi pensionistici).

A tal proposito, in vista della Legge di Bilancio 2025, sono in discussione da parte del Governo italiano due misure a sostegno della famiglia e della genitorialità, ovvero il bonus mamme e l’Assegno unico.

Nello specifico, il bonus mamme, previsto dalla Legge di Bilancio 2024, prevede l’esonero della contribuzione previdenziale (pari al 9,19% della retribuzione), fino a un massimo di 3.000 Euro annui, per le lavoratrici che hanno almeno tre figli; il bonus si applica per tre anni, dal 2024 al 2026 e, per il solo 2024, è esteso in via sperimentale anche alle madri lavoratrici con due figli a carico.

L'Assegno Unico e Universale (AUU) invece rappresenta una misura di sostegno economico assegnata alle famiglie per ogni figlio a carico fino al compimento dei 21 anni di età.

Per quanto riguarda questa misura, gli interventi previsti dal Governo in vista della Legge di Bilancio 2025 intendono favorire coloro che presentano

la dichiarazione ISEE e aumentare il sostegno alle famiglie più fragili e numerose.

La terza modalità operativa individuata riguarda le politiche infrastrutturali, le quali rappresentano un fattore fondamentale per lo sviluppo socio-economico di una comunità.

Investire in infrastrutture e politiche abitative, infatti, non rappresenta solo uno stimolo alla crescita economica e un'occasione di rigenerazione urbana in ottica sostenibile, ma contribuisce anche al miglioramento della qualità della vita e all'inclusione sociale dei cittadini.

La quarta modalità operativa individuata riguarda la valorizzazione del ruolo del privato nell'offerta dei servizi di welfare.

A tal proposito, la previdenza complementare rimane oggi ancora poco diffusa, essendo adottata dal 36,2% dei lavoratori (vs. 84% di Germania e 93% nei Paesi Bassi) e presenta ampi divari territoriali (basti pensare che la Regione best performer, ovvero il Trentino-Alto Adige, presenta un tasso di partecipazione del 63%, 35 punti percentuali in più rispetto al worst performer rappresentato dalla Campania) e di genere (il tasso di partecipazione delle donne è pari al 30,9% contro il 37,5% degli uomini).

Inoltre, in Italia, la spesa sanitaria intermediata presenta ancora ampi margini di crescita, pesando solo per l'11,2% del totale (vs il 41,3% della Francia, il 37,8% dei Paesi Bassi, il 26,1% della Spagna e il 18,4% della Germania).

Il quinto ed ultimo elemento delle modalità operative individuato è quello relativo alle nuove politiche del lavoro e della formazione. Appare evidente, infatti, come alla luce dei rapidi mutamenti indotti dall'evoluzione tecnologica, le organizzazioni (pubbliche e private) devono necessariamente ripensare i modelli formativi e le politiche del lavoro per rendere i profili dei lavoratori in linea con le esigenze del mercato del lavoro. A tal proposito, sono da ricordare due recenti novità, ovvero l'Assegno di Inclusione e il Supporto per la formazione e il lavoro.

La filiera del welfare italiano è composta da oltre 425mila enti e oltre 4,3 milioni di lavoratori per un valore della produzione che supera i €200 miliardi

Nella presente edizione, il Think Tank "Welfare, Italia", ha identificato, in modo originale, l'"ecosistema-welfare" del Paese, qualificandone la struttura e i numeri chiave. Tale attività ha previsto l'identificazione della filiera sottostante a ciascun pilastro del welfare.

Si tratta, in altre parole, degli organismi chiave nell'erogazione di servizi e prestazioni legate alla sanità, alle politiche sociali, alla previdenza e all'istruzione, come sintetizzati in Figura IX:

Sanità	Politiche sociali	Previdenza	Istruzione
<ul style="list-style-type: none"> • Case di cura • Assistenza domiciliare • Ospedali • Farmaceutica • Cliniche e ambulatori • Centri di ricerca e sviluppo • Produzione di dispositivi medici e macchinari 	<ul style="list-style-type: none"> • Agenzie per l'impiego • Centri di formazione professionale e reinserimento lavorativo • Edilizia residenziale pubblica • Servizi sociali e centri di assistenza 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemi di previdenza pubblica • Fondi previdenziali integrativi • Gestori di welfare aziendale 	<ul style="list-style-type: none"> • Scuole dell'infanzia, primarie e secondarie • Università e istituti di istruzione superiore • Centri di formazione professionale e continua • Ricerca accademica • Servizi educativi integrativi (doposcuola, tutoraggio, orientamento, ecc.)

Figura IX. Rappresentazione degli organismi della filiera del welfare (illustrativa).

Fonte: TEHA Group, 2024.

Ampliando la prospettiva in ottica di “filiera allargata”, questi enti si inseriscono all’interno di un sistema sostenuto da una pluralità di attori: gli enti che regolano, ovvero ministeri e amministrazioni centrali e locali; gli enti che gestiscono ed erogano risorse, rappresentati da istituti assicurativi e bancari, nonché da casse, associazioni e fondi; le strutture che erogano servizi, come strutture ospedaliere, case di comunità, istituti educativi e formativi, e agenzie per il lavoro; infine, i professionisti che erogano prestazioni, tra cui i professionisti sanitari, il corpo docenti, gli assistenti sociali, i dipendenti delle pubbliche amministrazioni e delle imprese.

Il passaggio successivo all’identificazione degli enti pubblici e privati appartenenti ai diversi livelli della filiera è stata l’identificazione delle attività economiche corrispondenti, anche attraverso l’associazione a 97 codici ATECO a 6 cifre, l’analisi della documentazione pubblica relativa ai principali enti e organismi attivi nei settori del welfare e, infine, la qualificazione dei numeri chiave della «filiera allargata» in termini di enti pubblici e privati, risultati economici e occupazionali.

Nella Figura X sono rappresentati i numeri chiave dell’“ecosistema-welfare” dell’Italia derivanti dal modello sviluppato dal Think Tank “Welfare, Italia”.

Nella parte superiore si collocano gli enti che gestiscono ed erogano risorse, rappresentati da 759 investitori istituzioni, per 966 miliardi di Euro di patrimonio gestito e 46 miliardi di Euro di investimenti in economia reale.

Al livello sottostante agiscono quegli enti coinvolti direttamente (primo livello) o indirettamente (secondo livello) nell’erogazione di servizi; si tratta, nel complesso, di 425mila enti pubblici e privati (profit e no profit). L’erogazione di queste prestazioni è assicurata dall’apporto di 4,3 milioni di lavoratori, a cui si sommano gli oltre 4,6 milioni di persone che forniscono attività volontaristica nell’ambito del Terzo Settore.

Infine, l’impatto generato dalle attività svolte da questi enti e professionisti è quantificabile in 206 miliardi di Euro in termini di valore della produzione.

Enti che gestiscono e/o erogano risorse		759 investitori istituzionali	€966mld patrimonio gestito	€46mld investimenti in economia reale
Primo livello	Strutture che erogano servizi	996 ospedali (pubblici e privati) 8.778 strutture di specialistica ambulatoriale 18.261 case di cura e strutture di assistenza residenziale e semiresidenziale 1.154 strutture di riabilitazione 63 IRCCS 760 centri per l’impiego (CPI) e 577 agenzie per il lavoro 104 provider di welfare aziendale 21.768 istituti pubblici e privati di istruzione di I, II, III grado e servizi per l’infanzia 360mila enti del Terzo Settore	Professionisti coinvolti	>800.000 professionisti sanitari (pubblici e privati) 682mila assistenti sociali 70mila dipendenti di assicurazioni e fondi 64mila addetti di CPI e agenzie del lavoro 1,4 mln personale docente e non docente degli istituti pubblici e privati 4,8mln volontari e 894mila dipendenti del Terzo Settore 43mila lavoratori in ministeri e agenzie 49mila dipendenti negli enti locali*
	Secondo livello	4.449 aziende nell’industria farmaceutica e dei dispositivi medici 8.662 aziende di formazione e supporto all’istruzione	198.937 occupati nell’industria farmaceutica e dei dispositivi medici 38mila occupanti negli enti di formazione e supporto all’istruzione	Impatto generato €34mld val. della prod. della sanità e assist. res. e semires. €9mld val. della prod. dell’assistenza sociale (non res.) €17mld valore della prod. delle agenzie per il lavoro €2mld valore della prod. degli enti di istruzione €84mld valore della produzione del Terzo Settore
			€55 mld di valore della prod. farmaceutica e di dispositivi medici €6mld valore della prod. degli enti di formazione	

Figura X. I numeri chiave della filiera estesa del welfare italiano, 2024 o ultimo anno disponibile.

Fonte: elaborazioni TEHA Group su dati Meridiano Sanità, Istat, Itinerari Previdenziali, Fondazione Sussidiarietà, Ministero dell’università e della ricerca, Ministero dell’Istruzione e del Merito, ANPAL e AIDA, 2024

Per rendere l’«ecosistema-welfare» un fattore di crescita socio-economica del paese è fondamentale valorizzare le competenze

Un ruolo chiave all’interno della filiera è svolto dalle professioni di welfare che, tuttavia, già oggi registrano importanti deficit nella forza lavoro coinvolta rispetto a quella necessaria.

Nel complesso, considerando le professioni di welfare, l’Italia è chiamata a reclutare tra 250mila e 440mila infermieri, medici e docenti per allinearsi ai benchmark e da formare alla luce delle dinamiche demografiche e dell’evoluzione tecnologica e digitale.

Oltre alle dinamiche demografiche, il potenziamento della componente tecnologica e digitale avrà un importante effetto evolutivo sulle professioni di welfare (basti pensare alle figure medico-infermieristiche di

telemedicina, il chirurgo di robotica medica e l'educatore digitale, fino al data analyst e all'ingegnere di piattaforme digitale).

Quello delle competenze rappresenta un tema cruciale per lo sviluppo e la sostenibilità del sistema di welfare: in maniera diretta, per le professioni coinvolte nell'erogazione di prestazioni e servizi; in maniera indiretta, poiché il capitale umano costituisce un fattore fondamentale per generare crescita economica e occupazionale e, quindi, per sostenere il welfare nel suo complesso (per esempio, attraverso l'aumento delle entrate contributive e la diminuzione della domanda di assistenza sociale).

Da questo punto di vista, tuttavia, sono ancora diversi i gap che il Paese è chiamato a colmare.

Con riferimento, per esempio, all'inclusione formativa, nel 2023 il 10,5% dei giovani italiani tra 18 e 24 anni ha ottenuto al massimo la licenza media e non ha seguito percorsi formativi di livello superiore (5° valore più alto in UE e superiore di 1 p.p. rispetto alla media europea)³.

Per quanto riguarda invece la disponibilità di competenze avanzate, necessarie per assicurare innovazione e competitività, nel 2023 solo il 19,2% della popolazione italiana nella fascia 15-64 anni deteneva un titolo di studio terziario, il 2° valore più basso nell'Unione europea e inferiore di 11,7 punti percentuali rispetto alla media europea.

Non da ultimo, occorre affrontare gli impatti dello skills mismatch (ovvero del disallineamento tra le competenze offerte dai lavoratori e quelle richieste dalle imprese): in media, infatti, il 45% delle entrate di lavoratori previste dalle imprese sono di difficile reperimento (quantificabili in 2,5 milioni di lavoratori) e il costo dello skill mismatch per il Paese ammonta a 43,9 miliardi di Euro⁴.

Queste esigenze si collocano in un contesto in cui, già oggi, il danno economico per i giovani formati in Italia che decidono di emigrare all'estero è pari a 4,2 miliardi di Euro.

Nel 2022, infatti, sono stati oltre 30mila i laureati italiani emigrati all'estero (tra il 2013 e il 2022 il valore totale è di quasi 260mila, superiore alla popolazione del Comune di Verona), che considerando un costo medio per la formazione che può attestarsi in media a 139mila Euro, portano a una perdita complessiva per il sistema Paese pari a circa un quinto della manovra finanziaria del 2023.

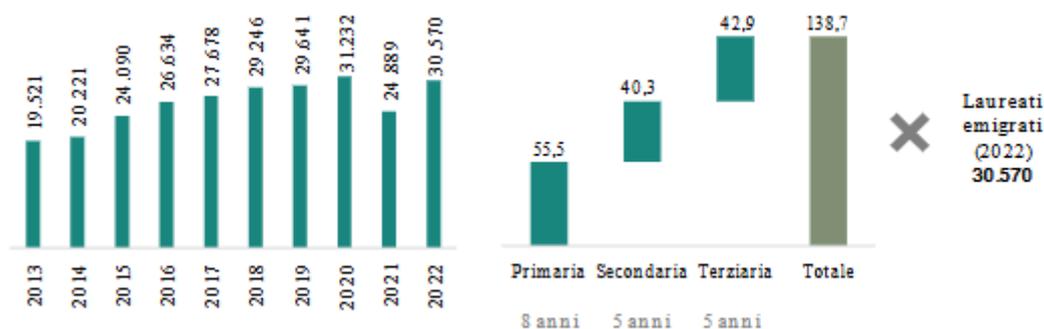


Figura XI. Destra: Costo per la formazione di uno studente per tipo di formazione (migliaia di Euro), 2022.

Sinistra: Laureati italiani emigrati all'estero (numero), 2013-2022

Fonte: elaborazioni. TEHA Group su dati Istat, 2024

L'impianto propositivo del think tank "Welfare, Italia" 2024 si focalizza su tre ambiti principali, ovvero long-term care, competenze e digitalizzazione

Alla luce dello scenario di riferimento delineato, il Think Tank "Welfare Italia" ha inteso porre l'attenzione su quali siano le opportunità del sistema per rendere il welfare universale, a tutti accessibile senza aumentarne i costi.

A tal fine non si può prescindere dalla valorizzazione della componente privata nell'erogazione dei servizi di welfare.

Parallelamente si sviluppano tre specifici ambiti d'azione su cui si dovrebbe agire per rendere "l'ecosistema di welfare" un fattore competitivo per l'intero sistema-Paese.



Figura XII. Gli ambiti d'azione del Think Tank "Welfare, Italia" per l'edizione 2024.
Fonte: elaborazione TEHA Group, 2024

I. Promuovere il contributo della Long-Term Care

La proposta del Think Tank "Welfare, Italia" con riferimento alla Long-Term Care è quella di introdurre una normativa nell'ambito della Long-Term Care, che la renda di tipo mutualistico collegata ai Fondi pensione o anche ai fondi di sanità integrativa attraverso tre elementi specifici:

- L'introduzione di una polizza di base obbligatoria di LTC;
- La previsione di agevolazioni più ampie di quelle attualmente riconosciute ai fini IRPEF a chi stipula un contratto di assicurazione LTC (al momento limitate al 19% dei premi sostenuti nei limiti di 1.291,14 Euro annui);
- L'introduzione di schemi di incentivazione per le imprese che contribuiscono alla diffusione dello strumento.

II. Lanciare un piano di sviluppo delle competenze del welfare

Il Think Tank "Welfare, Italia" propone di realizzare un Piano strategico di sviluppo delle competenze del welfare, coinvolgendo le istituzioni nazionali ed internazionali oltre che i diversi stakeholder provenienti dal mondo delle imprese e della società civile, che focalizzi il cambiamento indotto dall'evoluzione demografica e tecnologica e includa:

- L'analisi dei fabbisogni attuali e prospettici delle professioni legate al welfare, anche grazie all'evoluzione demografica e tecnologica;
- L'identificazione dei percorsi formativi necessari per le nuove competenze, coinvolgendo sia le istituzioni educative pubbliche (scuole superiori, ITS, università, ecc.) sia l'offerta dei soggetti formativi privati (centri di formazione, ecc.);
- L'introduzione di specifici schemi di incentivazione, sul modello dei conti individuali di apprendimento (*individual learning account*, ila5) che incentivino l'accesso dei cittadini a programmi di formazione, con particolare riguardo a quelli certificati, nonché su innovativi modelli di finanziamento (sull'esempio di condivisione del debito di sure6).

III. Creare un punto di accesso unico digitale per i servizi di welfare come obiettivo di digitalizzazione del Paese

In materia di digitalizzazione, il Think Tank "Welfare, Italia" propone la creazione di un punto di accesso unico digitale per i servizi di welfare – integrato nell'attuale ecosistema di servizi e piattaforme pubbliche digitali (App IO, It Wallet, ecc.) – che consenta ai cittadini di consultare attivamente tutti i servizi di welfare:

- Nell'ambito della formazione (es. Consultazione del «libretto» relativo ai diversi cicli di istruzione e alle competenze acquisite, accesso ai crediti per la formazione, certificazioni, borse di studio e voucher, ecc.);
 - In ambito sanitario (es. Prenotazioni per prestazioni e servizi di telemedicina, consultazione del libretto vaccinale, integrazione di patologie e prestazioni previste sul fascicolo sanitario, ecc.);
 - Nell'ambito delle politiche sociali (es. Richieste di ammortizzatori sociali, sostegno al reddito, ecc.);
 - Nell'ambito della previdenza (es. Consultazione della posizione previdenziale pubblica, consultazione e modifica della posizione privata, ecc.).
- In aggiunta a questi tre macro-ambiti verticali il think tank "welfare, italia", intende portare avanti il dibattito anche sulle seguenti proposte:

- Promuovere il ruolo fondamentale svolto dalla prevenzione come opportunità di promuovere la sostenibilità economica generale del ssn tramite l'adozione di una strategia coordinata di interventi di prevenzione primaria e secondaria e specifiche linee guida;
- Valorizzare il ruolo del privato nell'offerta dei servizi di sanità, definendo il perimetro delle prestazioni sanitarie integrative (la cui disciplina oggi è meno sviluppata rispetto ai sistemi integrativi di tipo previdenziale) e ampliando la platea di potenziali beneficiari tramite l'incremento del limite di deducibilità di 3.615 euro e il superamento della ripartizione in fondi di tipo a e b7, anche per lavoratori non-dipendenti, prevedendo un'unica categoria;
- Valorizzare il ruolo della previdenza complementare, introducendo strumenti adeguati in modo da assicurare una più ampia flessibilità della previdenza complementare, come la "portabilità" da un anno all'altro dell'ammontare di deducibilità fiscale non utilizzato, la possibilità di ottenere anticipazioni straordinarie sulla prestazione a prescindere dall'anzianità di iscrizione, al verificarsi di particolari circostanze, e la possibilità del trasferimento ai propri figli della posizione maturata dal titolare alla pensione;
- Definire un disegno organico volto a invertire il trend demografico che tenga conto della spiccata multidimensionalità del fenomeno demografico, allineandosi alle migliori best practice europee per quanto riguarda le politiche familiari, la conciliazione vita-lavoro e l'immigrazione, e lanciare una strategia nazionale di gestione attiva dell'invecchiamento che miri a rendere l'ageing society del Paese un'opportunità di sviluppo economico e di inclusione sociale.

Fondi di tipo A: fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale che erogano esclusivamente prestazioni sanitarie non comprese nei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Fondi di tipo B: enti, casse e società di mutuo soccorso che erogano prestazioni extra LEA, ma anche le prestazioni LEA previste nei loro.



Malattie croniche, colpiscono 24 milioni di italiani e costano 65 miliardi all'anno

Irma D'Aria

A Roma un Convegno organizzato da The European House – Ambrosetti per ripensare la cronicità e rendere sostenibile l'innovazione per il Sistema sanitario

Le malattie croniche in Italia colpiscono 24 milioni di persone e sono responsabili dell'85% dei decessi complessivi, con una spesa sanitaria associata alla loro gestione che supera i 65 miliardi di euro all'anno. Numeri importanti, causati da un progressivo invecchiamento della popolazione, quindi da un rischio aumentato di incorrere in patologie che impattano fortemente sulla qualità di vita dei pazienti, come nel caso dello scompenso cardiaco, del diabete mellito di tipo 2 e della malattia renale cronica.

Uno scenario che evidenzia la necessità di interventi mirati in materia di prevenzione, diagnosi precoce, percorsi di presa in carico e accesso all'innovazione anche al fine di garantire la sostenibilità del Sistema sanitario nazionale.

Allo scopo di contribuire al miglioramento nella gestione delle malattie croniche, evidenziando anche il valore dell'innovazione farmaceutica e dei suoi impatti positivi sia sulla salute dei pazienti che sulla spesa sanitaria, socio-sanitaria e sociale, partendo dall'esempio concreto degli SGLT2i, The European House – Ambrosetti, con il contributo non condizionante di AstraZeneca, ha realizzato l'iniziativa *Verso un nuovo paradigma per la gestione della spesa per la cronicità – Un focus sulla spesa relativa al paziente con patologia cardio-nefro-metabolica*.

Un paper per ripensare la cronicità

Il progetto ha visto la realizzazione di 6 tavole rotonde multidisciplinari regionali con il coinvolgimento di oltre 40 esperti tra clinici, associazioni di pazienti, rappresentanti delle farmacie e decision maker, i cui risultati sono stati raccolti all'interno di un paper che è stato presentato il 3 dicembre a Roma. "I numeri delle cronicità in termini di mortalità, disabilità e impatto economico ci spingono a riflettere sull'evoluzione degli attuali modelli di gestione", spiega Rossana Bubbico, Senior Consultant, Teha Group.

In questo contesto, l'accelerazione delle innovazioni scientifiche e tecnologiche, oltre a rappresentare un'opportunità per il nostro sistema sanitario, si configura anche come una necessità per migliorare lo stato di salute delle persone e dare una risposta più efficace ai nuovi bisogni di una popolazione sempre più anziana e fragile. Oggi però l'accesso all'innovazione farmaceutica è ostacolato da una visione parcellizzata e a silos che guarda soltanto all'aumento della spesa farmaceutica, senza considerare l'intero percorso del paziente, le possibili riduzioni di altre voci di spesa sanitaria e sociale e il miglioramento dello stato di salute del paziente".

L'esempio degli inibitori SGLT2

Tra le innovazioni terapeutiche, come dimostrato da diversi studi clinici, la classe degli SGLT2i ha cambiato il paradigma di trattamento in ambito diabetologico, cardiologico e nefrologico. Per quanto riguarda il diabete mellito di tipo 2, una condizione che interessa 3,7 milioni di individui e provoca più di 24.000 decessi annualmente, gli SGLT2i hanno evidenziato di poter ridurre il tasso di ospedalizzazione, con una riduzione associata dei costi evitati per il sistema sanitario pari a oltre 11 milioni di euro e una potenziale riduzione dei costi indiretti, considerata anche la potenziale perdita di produttività, stimata in oltre 10,8 miliardi di euro all'anno.

La malattia renale cronica riguarda il 7% della popolazione italiana con una spesa associata che nel 2021 ha raggiunto i 4 miliardi di euro. L'utilizzo degli SGLT2i in nefrologia ha rappresentato una svolta rivoluzionaria, in quanto questa classe di farmaci si è dimostrata in grado di rallentare la progressione della malattia renale cronica, di ridurre il rischio di progressione verso la fase terminale e di diminuire anche la mortalità per tutte le cause del 31%.

Lo scompenso cardiaco è la patologia cardiovascolare a maggior prevalenza in Italia, superiore ai 100 casi per 1000 abitanti negli over-65, con una mortalità che raggiunge il 20% nelle sue forme più gravi e un burden economico associato pari a oltre 2,1 miliardi di euro, di cui l'85% è assorbito dal ricovero ospedaliero. Anche

per il trattamento dello scompenso cardiaco con frazione di eiezione ridotta l'utilizzo di questa classe di farmaci ha costituito un grande passo avanti, migliorando significativamente gli esiti clinici, offrendo una gestione più efficace della condizione, grazie anche alla facile modalità di somministrazione. Per quanto riguarda l'impiego per il trattamento dello scompenso con frazione di eiezione preservata, oggi rappresentano la prima e unica alternativa terapeutica disponibile in grado di migliorare la prognosi.

Semplificare la burocrazia

Per classi di farmaci caratterizzate da un elevato costo-efficacia, come è il caso degli SGLT2i, risulta fondamentale semplificare il percorso del paziente da un lato e alleggerire l'attività amministrativa e burocratica a carico dei medici, senza venir meno ai principi dell'appropriatezza prescrittiva e della sicurezza delle terapie, garantendo uniformità di accesso al trattamento su tutto il territorio nazionale – come sottolineato dai rappresentanti delle Società Scientifiche AMD, ANMCO, FADOI, FISM, SIC, SID, SIN e SIMG intervenuti nel corso dell'evento.

Gli stessi rappresentanti hanno anche auspicato un rafforzamento dell'assistenza territoriale e l'adozione di modelli di analisi dei flussi informativi, metodologie di Health Technology Assessment delle innovazioni farmaceutiche e tecnologiche e l'investimento in sistemi informativi e database integrati che permettano di analizzare tutti i costi legati al percorso del paziente e di quantificare il reale impatto derivante dall'utilizzo di nuovi farmaci sull'intero percorso di cura.

Diagnosi precoce: il caso scompenso cardiaco

Esiti clinici migliori sono anche frutto di un avvio tempestivo del trattamento, con un ruolo chiave della diagnosi precoce.

Nel caso dello scompenso cardiaco, per cui si stimano ogni anno oltre 80mila nuovi casi, la diagnosi precoce è cruciale per prolungare la sopravvivenza, ridurre il rischio di ospedalizzazione, migliorare la qualità della vita dei pazienti e contenere i costi sanitari.

Utile all'individuazione della malattia è il test di laboratorio NtproBnp, un biomarcatore rilasciato dal cuore in risposta a diversi tipi di stress, come la dilatazione e la disfunzione cardiaca.

Grazie alla sua sensibilità e specificità, si è affermato come strumento diagnostico indispensabile per identificare precocemente e monitorare lo scompenso cardiaco. In particolare, lo studio Revolution Hf1 ha recentemente evidenziato l'importanza di integrarne il dosaggio nella pratica clinica quotidiana.

L'adozione del test, che ha permesso di identificare i pazienti con scompenso cardiaco negli stadi iniziali, prima di una possibile ospedalizzazione, potrà essere agevolata con l'entrata in vigore del Nuovo Nomenclatore il 30 dicembre 2024, a seguito dell'approvazione della bozza revisionata del Decreto Tariffe da parte della Conferenza Stato-Regioni.

Fino a ora, infatti, non rientrava nei LEA e non era quindi rimborsato nelle Regioni in piano di rientro, causando disomogeneità nell'accesso a livello nazionale.

Il progetto-pilota in Campania

“Lo scompenso cardiaco deve essere diagnosticato il più precocemente possibile perché ciò migliora la storia naturale dei pazienti, che spesso presentano sintomi aspecifici o sfumati dando luogo a un ritardo diagnostico – sottolinea Pasquale Perrone Filardi, presidente della Società Italiana di Cardiologia. “Il progetto in Campania si propone di verificare se, attuando lo screening nelle farmacie che possono effettuare dal prelievo digitale il dosaggio dei peptidi natriuretici, si ottiene una facilitazione del percorso diagnostico, che resta verificato dallo specialista, riducendo il tempo della diagnosi e migliorando gli esiti clinici per il paziente”.

Il ruolo delle farmacie

Il Piano nazionale delle Cronicità raccomanda l'implementazione di interventi di promozione della salute e prevenzione primaria e secondaria anche in ambulatori e farmacie, per poi proseguire con una presa in carico specifica, per aumentare le possibilità di intercettare i pazienti.

“Il farmacista sta assumendo un ruolo sempre più attivo nel campo della prevenzione primaria e secondaria – spiega Andrea Mandelli, presidente della Federazione degli Ordini di farmacisti italiani –, attraverso

prestazioni in costante crescita che vanno dalle analisi di prima istanza ai programmi di screening ai servizi di telemedicina che, in alcune Regioni, sono già rimborsate dal Servizio sanitario regionale”.

“La farmacia di prossimità è e sarà sempre di più un luogo di prevenzione – conclude Mandelli -, e il progetto pilota sulla diagnosi precoce dello scompenso cardiaco che verrà implementato nelle farmacie campane è un esempio concreto dell’importante ruolo del farmacista nella presa in carico delle cronicità. Oggi più che mai, rafforzare le opportunità di prevenzione cardiovascolare sul territorio significa investire sulla salute e la qualità di vita dei pazienti e sulla sostenibilità del servizio sanitario”.

https://www.repubblica.it/salute/dossier/frontiere/2024/12/04/news/malattie_croniche_sistema_sanitario_innovazione-423823602/?ref=RHVS-BG-P7-S9-T1

Science

Endothelial inflammation in COVID-19

Disrupted endothelial function underlies the multiorgan complications of COVID-19

[Peter Libby](#)

Science, 28 Nov 2024

Vol 386, Issue 6725, pp. 972-973

DOI: [10.1126/science.add2962](https://doi.org/10.1126/science.add2962)

Infiammazione endoteliale nel COVID-19

La funzione endoteliale alterata è alla base delle complicazioni multiorgano del COVID-19

[Peter Libby](#)

ABSTRACT

L'endotelio vascolare costituisce un'interfaccia basilare tra i tessuti e il flusso sanguigno e mantiene il normale flusso sanguigno.

Nel suo stato omeostatico, l'endotelio resiste alla coagulazione del sangue, alla vasocostrizione e all'infiammazione e mantiene funzioni di barriera selettive.

Questa insieme di proprietà strettamente regolamentate può cambiare rapidamente per liberare una serie di funzioni vitali per arrestare la perdita di sangue dalle ferite o mobilitare le difese immunitarie innate e adattative per riparare le lesioni e combattere i microrganismi patogeni.

Ma queste azioni difensive delle cellule endoteliali possono, se eccessive, aggravare la malattia.

L'infezione da sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2 (SARSCoV-2) ha evidenziato come le funzioni endoteliali alterate contribuiscano agli effetti sulla malattia multiorgano durante la fase acuta del COVID-19 e potenzialmente alle conseguenze a lungo termine associate al Long Covid.

<https://www.science.org/doi/10.1126/science.add2962>

Povert  sanitaria/ Oms: spese catastrofiche per il 20% delle famiglie in Europa e anche in Paesi ricchi. Kluge: «No alla scelta tra farmaci salvavita e cibo o alloggio» B. Gob.

Fino al 20% delle famiglie in tutta Europa sperimenta una spesa sanitaria catastrofica – costi determinati principalmente dai pagamenti diretti per i medicinali – che impediscono alle persone di spendere per altri bisogni primari come cibo, alloggio e riscaldamento.

Questo il quadro tracciato dai dati raccolti dall’Oms attraverso Uhc Watch, una nuova piattaforma digitale che monitora i progressi nell’accesso a prezzi accessibili all’assistenza sanitaria in 45 paesi e presentato in vista della Giornata della copertura sanitaria universale (Universal Health Coverage).

Uhc Watch   la prima piattaforma digitale nel suo genere dedicata al monitoraggio degli indicatori Uhc e delle politiche di copertura sanitaria in Europa e Asia centrale.

Sviluppata dall’Ufficio di Barcellona per il finanziamento dei sistemi sanitari dell’Oms/Europa, la piattaforma supporter  i paesi della regione europea dell’Oms nell’accelerare il passaggio a una copertura sanitaria universale pi  forte.

«Il fatto che fino al 20% delle famiglie in alcuni paesi europei debba affrontare una spesa sanitaria catastrofica   un forte promemoria dell’urgente necessit  di dare priorit  alla copertura sanitaria universale - afferma Hans Henri P. Kluge, direttore regionale dell’Oms per l’Europa -.

Non si dovrebbe scegliere tra il pagamento di farmaci salvavita e il soddisfacimento di bisogni primari come cibo e alloggio. La nuova piattaforma Uhc Watch rappresenta un punto di svolta, fornendo ai politici le prove e le analisi di cui hanno bisogno per garantire che i sistemi sanitari proteggano le persone dalle difficolt  finanziarie e portare un’assistenza equa e alla portata di tutti».

La nuova piattaforma rivela che le difficolt  finanziarie causate dai pagamenti di tasca propria per medicinali, prodotti medici come apparecchi acustici e cure odontoiatriche colpiscono milioni di persone anche nei paesi pi  ricchi d’Europa, peggiorando ulteriormente la loro situazione finanziaria e spingendo molti verso la povert .

I dati mostrano anche che le persone pi  povere hanno maggiori probabilit  di incontrare difficolt  finanziarie. Nella maggior parte dei paesi esaminati (28 su 40), l’incidenza della spesa sanitaria catastrofica   aumentata nel tempo, con un aumento medio di 1,7 punti percentuali.

Questa forte dipendenza dai pagamenti di tasca propria all’interno dei sistemi sanitari non solo provoca difficolt  finanziarie, ma crea anche barriere all’accesso, portando a un bisogno insoddisfatto di assistenza sanitaria. «I sistemi sanitari dovrebbero proteggere le persone, non impoverirle.

Eppure, per milioni di persone in Europa e in Asia centrale, il peso dei pagamenti diretti spinge le famiglie sull’orlo della povert  - afferma Natasha Azzopardi Muscat, direttrice per Oms Europa delle Politiche e sistemi sanitari nazionali -. UHC Watch rappresenta un passo avanti fondamentale, fornendo ai paesi dati fruibili e indicazioni chiare per smantellare le barriere finanziarie all’assistenza uno resta indietro».

Il lancio della piattaforma arriva poco prima dell’Uhc Day, momento in cui l’Oms rinnova i suoi appelli ai paesi affin  rafforzino il loro impegno per garantire che tutti possano accedere e usufruire di un’assistenza sanitaria di qualit  quando ne hanno bisogno senza incontrare difficolt  finanziarie. Uhc Watch - spiegano da Oms Europa - mira a promuovere il progresso in materia di Uhc fornendo ai politici un facile accesso a informazioni aggiornate sul rendimento dei loro sistemi sanitari e su quali politiche promuovono o minano la protezione finanziaria. La piattaforma soddisfa questa esigenza fornendo dati e analisi politiche comparabili a livello internazionale e specifici per paese in un unico posto.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/europa-e-mondo/2024-12-05/poverta-sanitaria-oms-spesa-catastrofiche-il-20percento-famiglie-europa-e-anche-paesi-ricchi-kluge-non-si-dovrebbe-scegliere-farmaci-salvavita-e-bisogni-primari-come-cibo-e-alloggio-093644.php?uuid=AGHP9WZB&cmpid=nlqf>

Cambiamenti nella soddisfazione della vita, nell'autostima e nella salute autovalutata prima, durante e dopo essere diventati giovani assistenti nel Regno Unito: un'analisi longitudinale del punteggio di propensione

Rebecca E. Lacey ^{a, b}, Alejandra Letelier ^c, Baowen Xue ^c, di Anne McMunn

Riepilogo

Sfondo

La salute dei giovani assistenti è in media peggiore rispetto ai loro coetanei. Non si conoscono i tempi e la persistenza dei cambiamenti di salute e benessere quando si diventa un giovane assistente.

Abbiamo studiato come la salute e il benessere cambiano prima, durante e dopo essere diventati un giovane assistente nel Regno Unito e se questo varia in base all'intensità dell'assistenza, all'età, al sesso, all'etnia o al reddito familiare.

Metodi

Abbiamo utilizzato i dati dello UK Household Longitudinal Study (2009–2023) su giovani di età compresa tra 10 e 25 anni. I risultati erano salute autovalutata, soddisfazione di vita e autostima (scala di Rosenberg a 8 item). Abbiamo utilizzato il propensity score matching per abbinare giovani assistenti a non assistenti simili e applicato la modellazione della curva di crescita a tratti per modellare traiettorie di salute e benessere per giovani assistenti e non assistenti.

Le analisi sono state stratificate in base all'intensità dell'assistenza (ore e destinatario), età, sesso, reddito familiare ed etnia. I campioni variavano da 2320 (autostima per fascia d'età) a 4606 (salute autovalutata per reddito familiare).

Risultati

Circa il 12% (n = 2400/16.622) dei giovani è diventato un giovane assistente. I giovani assistenti avevano una minore soddisfazione di vita due anni prima di diventare un giovane assistente (-0,03, intervallo di confidenza al 95%: -0,09, -0,01) e questa differenza è persistita per tre anni dopo. I giovani assistenti che si prendevano cura per 10 o più ore/settimana (-0,03, intervallo di confidenza al 95%: -0,10, 0,04), quelli provenienti da gruppi etnici neri (-0,22, intervallo di confidenza al 95%: -0,38, -0,05) e quelli provenienti da famiglie nel quinto più basso di reddito avevano differenze maggiori nella soddisfazione di vita prima e durante il diventare un giovane assistente (-0,05, intervallo di confidenza al 95%: -0,13, 0,04). Non abbiamo osservato differenze nell'autostima o nell'autovalutazione della salute durante o dopo essere diventati giovani assistenti.

Interpretazione

Questi risultati evidenziano l'importanza di un'identificazione precoce e di un sostegno per i giovani assistenti, nonché di una riduzione del carico di assistenza per i giovani assistenti, per prevenire il declino del benessere.

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

Il 23 maggio 2024 è stata effettuata una ricerca su PubMed per identificare studi longitudinali che esaminassero i cambiamenti di salute e benessere derivanti dal diventare un giovane caregiver. I titoli e gli abstract sono stati ricercati utilizzando i seguenti termini: ((caregiv*) OR (carer*)) AND ((health) OR (wellbeing)) AND ((longitudinal) OR (cohort)) AND ((transition) OR (uptak*) OR (becom*)). Gli articoli idonei

erano quelli pubblicati in inglese, di qualsiasi anno e se quantificavano gli effetti sulla salute o sul benessere derivanti dal diventare un giovane caregiver. Non è stato identificato alcun articolo. Tutti gli studi precedenti hanno esaminato i cambiamenti di salute e benessere nei caregiver di altre età, in particolare negli over 50.

Valore aggiunto di questo studio

Questo studio è l'unico ad oggi ad esaminare come la salute e il benessere cambiano quando si diventa un giovane assistente. Inoltre, abbiamo valutato come i cambiamenti osservati variano in base all'intensità dell'assistenza, all'età, al sesso, all'etnia e al reddito familiare. Per fare ciò, abbiamo utilizzato dati di panel di famiglie del Regno Unito di alta qualità su individui di età compresa tra 10 e 25 anni. I nostri risultati suggeriscono che la soddisfazione di vita (ma non l'autostima o la salute autovalutata) diminuisce modestamente ma rapidamente dopo essere diventati un giovane assistente e le differenze nella soddisfazione di vita iniziano a emergere due anni prima di diventare un giovane assistente e persistono per tre anni dopo essere diventati un giovane assistente. Ciò è stato particolarmente vero per i giovani assistenti che si prendevano cura per più di 10 ore alla settimana, appartenevano a gruppi etnici neri o provenivano da famiglie a basso reddito. I risultati non differivano in base alla fascia di età o al sesso.

Implicazioni di tutte le prove disponibili

I nostri risultati forniscono prove dell'importanza dell'identificazione precoce e del supporto per i giovani assistenti. Questo supporto dovrebbe concentrarsi in particolare sulla riduzione della quantità di assistenza che un giovane assistente fornisce e sul supporto del suo benessere per prevenire impatti a lungo termine. I professionisti sanitari, gli operatori del lavoro sociale e il personale degli istituti scolastici sarebbero ben posizionati negli sforzi di identificazione dei giovani assistenti. I governi potrebbero imporre l'obbligo per i professionisti sanitari che supportano gli adulti con esigenze di salute e supporto a lungo termine di chiedere se ci sono giovani che forniscono assistenza e di effettuare opportuni indirizzamenti per il supporto.

[https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(24\)00356-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(24)00356-9/fulltext)

Nursing

Journal of **Nursing Management**

Le forze motivazionali dei dirigenti infermieristici nello sviluppo di un ambiente di lavoro favorevole alla salute: Uno studio ermeneutico

Diako Morvati, , Jonas Rennemo Vaag, Yvonne Hilli

Publicato: 29 Dicembre 2024

<https://doi.org/10.1155/jonm/3040594>

Premessa: La revisione della letteratura evidenzia che un leader motivato svolge un ruolo chiave nel motivare i dipendenti e nel promuovere un ambiente di lavoro favorevole alla salute.

Nonostante la sua importanza, le conoscenze sulle forze motivazionali, dal punto di vista della scienza dell'assistenza, che spingono i leader infermieri a sviluppare un ambiente di lavoro favorevole alla salute, sono limitate.

Obiettivo: questo studio mira a comprendere più a fondo le forze motivazionali che spingono i dirigenti infermieristici a sviluppare un ambiente di lavoro favorevole alla salute.

Metodo: È stato scelto un disegno qualitativo con un approccio ermeneutico ispirato a Gadamer. I dati sono stati raccolti attraverso interviste semi strutturate a 13 infermieri dirigenti nel nord della Norvegia tra dicembre 2023 e febbraio 2024. Per la stesura dei risultati sono stati seguiti gli *Standards for Reporting Qualitative Research* (SRQR).

Risultati: Le forze motivazionali dell'infermiere leader nello sviluppo di un ambiente di lavoro che promuove la salute sono intrise di un'etica di (1) senso di responsabilità interiore per la promozione del benessere degli altri, (2) senso di relazioni di fiducia sul posto di lavoro, (3) senso di padronanza attraverso l'apprendimento e lo sviluppo e (4) senso di riconoscimento da parte dei superiori attraverso l'essere visti, sostenuti e coinvolti.

Conclusioni: Questo studio evidenzia l'importanza di sensibilizzare e articolare le motivazioni e i valori di fondo dei dirigenti infermieristici.

In questo modo si trasformano concetti astratti in fattori tangibili che gli stakeholder possono cogliere.

In particolare, questa intuizione fornisce una guida preziosa ai politici e ai decisori su come facilitare il miglioramento delle condizioni di lavoro dei dirigenti infermieristici, mantenendo e rafforzando la loro motivazione.

Implicazioni per la leadership infermieristica: I risultati di questo studio raccomandano ai leader superiori e ai politici di dare priorità al coinvolgimento dei dirigenti infermieristici nel processo decisionale e di promuovere la loro autonomia e il loro spazio d'azione.

Inoltre, si suggerisce di facilitare ulteriori programmi di istruzione e formazione per i leader, nonché di mantenere reti di leadership in cui i leader infermieristici possano riflettere, scambiare esperienze e affrontare le sfide.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1155/jonm/3040594>



Svelare l'impatto del personale infermieristico interinale sulla qualità delle case di cura

Pradhan, Rohit; Ghiasi, Akbar; Davlyatov, Ganisher; Gupta, Shivani; Weech-Maldonado, Robert

Publicato il 27 dicembre 2024

DOI:10.1097/MLR.0000000000002114

Obiettivo:

Valutare l'associazione tra l'utilizzo del personale infermieristico delle agenzie e la qualità delle case di cura (NH).

Premessa:

Il personale infermieristico è l'operatore principale nelle case di riposo, dove un'assistenza di alta qualità dipende dalla sua adeguatezza e competenza.

I problemi di personale di lunga data, esacerbati dalla pandemia di COVID-19, hanno portato le NH ad affidarsi al lavoro di agenzie/contratti per alleviare le carenze di personale.

Metodi:

Questo studio ha utilizzato i seguenti set di dati secondari: Giornale a libro paga, Care Compare: 5-Star Quality Rating System, LTCFocus.org, Area Health Resource Files e codici delle aree rurali e urbane per il periodo 2017-2022. È stata utilizzata una regressione logistica ordinale multivariabile con effetti fissi a due vie (a livello di struttura e di anno).

Lo studio ha incluso tutti i NH statunitensi certificati dai Centers for Medicare and Medicaid Services.

I dati analitici comprendevano 80.244 strutture, con una media di 13.374 NH unici all'anno.

Lo studio si è concentrato sulla valutazione della qualità in stelle (scala 1-5) del 5-Star Quality Rating System come variabile dipendente.

Le variabili indipendenti includevano la proporzione di ore di personale infermieristico dell'agenzia per giorno di degenza per infermieri registrati, infermieri pratici autorizzati e assistenti infermieristici certificati, controllando le caratteristiche della struttura e della comunità che possono influire sulla qualità del NH.

Risultati:

Un aumento del 10% di infermieri registrati, infermieri pratici autorizzati e assistenti infermieristici certificati (log) è stato associato a una diminuzione delle probabilità di ottenere una valutazione a stelle più alta del 4%, 5% e 4%, rispettivamente ($P < 0,001$).

Conclusioni:

L'utilizzo di personale infermieristico interinale può avere un impatto negativo sulla qualità del NH. Gli sforzi per integrare meglio il personale infermieristico interinale nei NH, combinati con strategie per reclutare e mantenere il personale infermieristico permanente, potrebbero portare a un miglioramento dei risultati per i residenti.

https://journals.lww.com/lww-medicalcare/abstract/9900/threads_of_care__unraveling_the_impact_of_agency.295.aspx

Libera professione per le professioni sanitarie: un diritto a rischio, serve un intervento immediato e risolutivo

Francesco Macri

11 DIC - *Gentile Direttore,*

il Decreto Bollette (DL 34/2023), convertito nella Legge 56/2023, ha segnato un importante passo per le 22 professioni sanitarie del comparto sanità ex L. 43/2006, introducendo il superamento del vincolo di esclusività e riconoscendo loro il diritto di esercitare la libera professione al di fuori dell'orario di servizio.

Tuttavia, questa conquista legislativa ha una scadenza ben definita: il 31 dicembre 2025.

Con il termine ormai prossimo e in assenza di prospettive concrete per una proroga o una strutturazione definitiva della norma, il rischio è quello di compromettere un progresso fondamentale per i professionisti sanitari del SSN.

L'estensione della libera professione agli operatori sanitari non dirigenti ha rappresentato un tentativo concreto di colmare una disparità normativa non più sostenibile.

I dirigenti del SSN, infatti, godono da quasi trent'anni del diritto di esercitare attività libero-professionali, riconosciuto con il D.Lgs. 502/1992 e successive modifiche, a testimonianza del fatto che questa libertà rafforza le competenze professionali e arricchisce anche il servizio pubblico.

Le professioni sanitarie del comparto, al contrario, sono rimaste escluse da questa opportunità, nonostante il loro ruolo imprescindibile nella gestione quotidiana dell'assistenza sanitaria.

La norma introdotta dal Decreto Bollette ha rappresentato un primo tentativo di correggere questa ingiustizia, offrendo nuove prospettive economiche e professionali agli operatori sanitari.

Nonostante l'importanza della misura, la **prima bozza** del Decreto Milleproroghe recentemente circolata non include alcun riferimento alla scadenza e, più in generale, all'argomento.

Questo silenzio è preoccupante e rischia di essere interpretato come una mancanza di attenzione da parte della politica verso una delle riforme più attese dal comparto sanitario.

L'assenza di una proroga nel "Milleproroghe", pensato proprio per garantire la continuità normativa di provvedimenti rilevanti, non può che generare incertezza e preoccupazione tra i professionisti.

Diversi esponenti politici hanno espresso ultimamente il loro sostegno, come gli Onorevoli Loizzo (Lega) e Lupi (Ncl), che avevano firmato emendamenti alla legge di bilancio (poi non ammessi) per rendere strutturale il diritto alla libera professione, eliminandone la scadenza temporale.

Anche l'On. Ugo Cappellacci (FI), durante un intervento al programma Re-Start, ha manifestato solidarietà nei confronti dei professionisti sanitari, rispondendo alle denunce del Dott. Antonio De Palma, presidente del Nursing Up, durante lo sciopero del 20 novembre organizzato da Nursing Up, Anaa Assomed e Cimo-Fesmed. Tuttavia, a oggi, nessuno di questi interventi ha prodotto risultati concreti. La mancanza di una proroga o, meglio ancora, di una strutturazione definitiva del diritto alla libera professione non è solo una questione di giustizia. Si tratta di una scelta strategica per valorizzare le professionalità degli operatori sanitari, aumentandone la soddisfazione lavorativa e, di riflesso, migliorando la qualità dell'assistenza offerta ai cittadini.

La libera professione non deve essere percepita come un privilegio, ma come uno strumento che rafforza il sistema sanitario nel suo complesso. La politica, ora, ha il dovere di dimostrare coerenza, andando oltre le dichiarazioni di principio e intervenendo con urgenza per:

- Inserire nel Milleproroghe un riferimento chiaro a questa norma, prorogando la scadenza del 31 dicembre 2025, garantendo il mantenimento del diritto acquisito.
- Avviare un percorso legislativo che renda strutturale e permanente il diritto alla libera professione per tutte le professioni sanitarie.

Il tempo stringe e la possibilità di trasformare questa misura in un diritto consolidato si riduce ogni giorno di più. L'omissione della norma dal Milleproroghe rappresenta una grave lacuna, ma è ancora possibile intervenire. Se non ora, quando?

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=126417

Sviluppo e validazione di modelli di intelligenza artificiale per la diagnosi precoce delle infezioni postoperatorie (PERISCOPE): uno studio multicentrico che utilizza i dati della cartella clinica elettronica

[Siri L. van der Meijden](#)^{a, b} [Anna M. van Boekel](#)^{c, d} [Laurens J. Schinkelshoek](#) [Harry van Goor](#)^e [Ewout W. Steyerberg](#)^d [Rob GHH Nelissen](#)^e e altri [Mostra altro](#)

Riepilogo

Sfondo

Le infezioni postoperatorie hanno un impatto significativo sui risultati e sui costi dei pazienti, esacerbati da diagnosi tardive, ma i predittori affidabili precoci sono scarsi. Gli attuali modelli di intelligenza artificiale (IA) per la previsione delle infezioni postoperatorie spesso mancano di convalida esterna o hanno prestazioni scadenti in contesti locali quando convalidati. Abbiamo mirato a sviluppare modelli validi a livello locale come parte del sistema PERISCOPE AI per consentire una diagnosi precoce, una dimissione più sicura e un trattamento più tempestivo dei pazienti.

Metodi

Abbiamo sviluppato e convalidato modelli XGBoost per prevedere infezioni postoperatorie entro 7 e 30 giorni dall'intervento. Utilizzando dati retrospettivi preoperatori e intraoperatori di cartelle cliniche elettroniche dal 2014 al 2023 in varie specialità chirurgiche, i modelli sono stati sviluppati presso l'Ospedale A e convalidati e aggiornati presso gli Ospedali B e C nei Paesi Bassi e in Belgio.

Le prestazioni del modello sono state valutate prima e dopo l'aggiornamento utilizzando i due anni più recenti di dati come set di dati di convalida temporale. Le principali misure di esito erano discriminazione del modello (area sotto la curva caratteristica operativa del ricevitore (AUROC)), calibrazione (pendenza, intercetta e grafici) e utilità clinica (analisi della curva di decisione con beneficio netto).

Risultati

Lo studio ha incluso 253.010 procedure chirurgiche con 23.903 infezioni entro 30 giorni.

Le prestazioni discriminanti, le proprietà di calibrazione e l'utilità clinica sono migliorate significativamente dopo l'aggiornamento. Gli AUROC finali dopo l'aggiornamento per gli ospedali A, B e C erano rispettivamente 0,82 (intervallo di confidenza (CI) al 95% 0,81-0,83), 0,82 (CI al 95% 0,81-0,83) e 0,91 (CI al 95% 0,90-0,91) per le previsioni a 30 giorni sui set di dati di convalida temporale (2022-2023).

I grafici di calibrazione hanno dimostrato un'adeguata corrispondenza tra i risultati osservati e il rischio previsto. Tutti i modelli locali sono stati considerati clinicamente utili poiché il beneficio netto era superiore alle strategie predefinite (trattare tutti e non trattare nessuno) su un'ampia gamma di soglie decisionali clinicamente rilevanti.

Interpretazione

PERISCOPE può prevedere con precisione le infezioni postoperatorie complessive entro 7 e 30 giorni dall'intervento. Le prestazioni robuste implicano un potenziale di miglioramento dell'assistenza clinica in diverse popolazioni cliniche target.

Questo studio supporta la necessità di approcci all'aggiornamento locale dei modelli di intelligenza artificiale per tenere conto dei cambiamenti di dominio nelle popolazioni di pazienti e delle distribuzioni dei dati in diversi contesti clinici.

[https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(24\)00332-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(24)00332-6/fulltext)

quotidiano**sanità**.it

Referti, prescrizioni, vaccinazioni, farmaci e informazioni diagnostiche. Tutta la salute in un click. Nasce l'ecosistema dei dati sanitari

Pronto il decreto di Salute, Mef e Innovazione tecnologica che mira a centralizzare, proteggere e ottimizzare la gestione dei dati sanitari su scala nazionale. Attraverso portali dedicati, i cittadini potranno consultare il proprio Fascicolo Sanitario Elettronico, aggiornato in tempo reale con referti medici, prescrizioni, vaccinazioni e informazioni diagnostiche. Una novità particolarmente rilevante è il Dossier Farmaceutico che sarà una sezione specifica del FSE che raccoglie e organizza informazioni sulle prescrizioni mediche, sull'erogazione e sulla somministrazione dei farmaci.

11 DIC -

L'Italia si avvia a una rivoluzione digitale nel campo della sanità con l'introduzione dell'Ecosistema Dati Sanitari (EDS), un progetto ambizioso che mira a centralizzare, proteggere e ottimizzare la gestione dei dati sanitari su scala nazionale.

È infatti pronto il decreto del ministro della salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze e con il sottosegretario di stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri con delega all'Innovazione tecnologica che potenzierà il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), portandolo a un nuovo livello di efficienza e innovazione. Ora il testo dovrà essere approvato in Stato-Regioni.

L'EDS nasce con un obiettivo chiaro: migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria mettendo i dati al centro.

Il sistema consente di raccogliere, archiviare e gestire le informazioni sanitarie personali, rendendole accessibili in modo sicuro ai pazienti e ai professionisti autorizzati.

Attraverso portali dedicati, i cittadini potranno consultare il proprio Fascicolo Sanitario Elettronico, aggiornato in tempo reale con referti medici, prescrizioni, vaccinazioni e informazioni diagnostiche.

Una novità particolarmente rilevante è il Dossier Farmaceutico che sarà una sezione specifica del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) che raccoglie e organizza informazioni sulle prescrizioni mediche, sull'erogazione e sulla somministrazione dei farmaci. Alimentato da dati provenienti da farmacie, strutture sanitarie e dal Sistema Tessera Sanitaria (TS), offre una panoramica dettagliata e aggiornata del percorso terapeutico di ogni paziente.

Trasparenza e controllo: i diritti dei pazienti

Uno dei punti di forza dell'EDS è la sua attenzione ai diritti dei cittadini. I pazienti potranno monitorare in ogni momento chi accede ai loro dati, grazie a un sistema di notifiche e registri consultabili.

Inoltre, sarà possibile revocare i consensi o limitare l'accesso a informazioni specifiche, assicurando un pieno controllo sulla propria privacy. L'intero sistema è stato progettato nel rispetto delle normative europee in materia di protezione dei dati personali, garantendo sicurezza e trasparenza in ogni fase del trattamento delle informazioni.

Tecnologia e sicurezza: i pilastri dell'EDS

Sono protocolli previsti di comunicazione crittografati e sistemi di tracciabilità che monitorano ogni operazione compiuta all'interno del sistema. Gli operatori sanitari e gli utenti riceveranno anche una formazione specifica per ridurre al minimo i rischi legati alla gestione dei dati.

Benefici per le strutture sanitarie

L'EDS non è solo uno strumento per i cittadini: offre vantaggi significativi anche agli operatori sanitari e alle istituzioni. I medici avranno accesso a informazioni aggiornate e dettagliate sui pazienti, favorendo una diagnosi più accurata e una gestione ottimale delle terapie.

Le Regioni, invece, potranno gestire in autonomia le proprie unità di archiviazione, garantendo al contempo l'interoperabilità con il sistema nazionale.

Inoltre, il sistema agevola la programmazione sanitaria a livello regionale e nazionale, fornendo dati preziosi per l'elaborazione di politiche sanitarie mirate e per il monitoraggio dell'efficacia delle cure.

Un motore per la ricerca e la prevenzione

L'EDS non si limita a raccogliere e gestire dati: è uno strumento strategico per la ricerca scientifica e la prevenzione sanitaria. Grazie a dati anonimizzati e aggregati, i ricercatori potranno analizzare trend epidemiologici e sviluppare nuovi approcci terapeutici. Allo stesso tempo, le istituzioni potranno utilizzare i dati per identificare fattori di rischio e pianificare interventi di prevenzione.

Un esempio concreto è il supporto alla profilassi internazionale. Attraverso l'EDS, sarà possibile monitorare la diffusione di malattie infettive e rispondere tempestivamente a nuove emergenze sanitarie globali.

La piena implementazione dell'EDS richiederà un lavoro di coordinamento tra Regioni, Ministero della Salute e Agenas, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Le sfide principali riguardano l'adeguamento tecnologico e l'uniformità dei servizi offerti su tutto il territorio nazionale. tuttavia, il progetto ha già ottenuto un finanziamento di 200 milioni di euro nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che assicura le risorse necessarie per la sua

Con un termine fissato al 2026 per la piena operatività del sistema, l'EDS promette di trasformare il panorama sanitario italiano, rendendolo più efficiente, digitale e inclusivo.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=126396

THE LANCET *Regional Health*
Europe

Questo diario Riviste Pubblicare Clinico Salute globale Multimedia Eventi Di

ARTICOLI · Volume 48, 101145, Gennaio 2025 · *Accesso Libero*

Scarica il numero completo

Benefici e danni associati all'uso di sistemi decisionali algoritmici basati sull'intelligenza artificiale da parte degli operatori sanitari: una revisione sistematica

Cristoforo Guglielmo · Anke Steckelberg · Felix G. Rebitschek

Sfondo

Nonostante i notevoli progressi nell'intelligenza artificiale (IA) che consentono ai sistemi complessi di eseguire determinati compiti in modo più accurato rispetto agli esperti medici, l'impatto sui risultati rilevanti per il paziente rimane incerto.

Per colmare questa lacuna, questa revisione sistematica valuta i benefici e i danni associati ai sistemi di decisione algoritmica (ADM) correlati all'IA utilizzati dai professionisti sanitari, rispetto alle cure standard.

Metodi

In conformità con le linee guida PRISMA, abbiamo incluso studi interventistici e osservazionali pubblicati come articoli full-text sottoposti a revisione paritaria che soddisfacevano i seguenti criteri: pazienti umani; interventi che coinvolgono sistemi decisionali algoritmici, sviluppati con e/o utilizzando l'apprendimento

automatico (ML); e risultati che descrivono benefici e danni rilevanti per il paziente che influenzano direttamente la salute e la qualità della vita, come mortalità e morbilità.

Sono stati esclusi gli studi che non sono stati sottoposti a preregistrazione, che non avevano un controllo standard di cura o che riguardavano sistemi che assistono nell'esecuzione di azioni (ad esempio, nella robotica).

Abbiamo cercato su MEDLINE, EMBASE, IEEE Xplore e Google Scholar studi pubblicati nell'ultimo decennio fino al 31 marzo 2024.

Abbiamo valutato il rischio di bias utilizzando gli strumenti RoB 2 e ROBINS-I di Cochrane e la trasparenza dei report con CONSORT-AI e TRIPOD-AI.

Due ricercatori hanno gestito in modo indipendente i processi e risolto i conflitti tramite discussione.

Questa revisione è stata registrata presso PROSPERO (CRD42023412156) e il protocollo dello studio è stato pubblicato.

Risultati

Su 2.582 record identificati dopo la deduplicazione, 18 studi clinici randomizzati (RCT) e uno studio di coorte hanno soddisfatto i criteri di inclusione, coprendo specialità come psichiatria, oncologia e medicina interna. Nel complesso, gli studi includevano una mediana di 243 pazienti (IQR 124-828), con una mediana del 50,5% di partecipanti di sesso femminile (intervallo 12,5-79,0, IQR 43,6-53,6) tra i gruppi di intervento e di controllo. Quattro studi sono stati classificati come a basso rischio di bias, sette hanno mostrato alcune preoccupazioni e altri sette sono stati valutati come aventi un rischio di bias elevato o grave.

La trasparenza dei report variava notevolmente: sei studi hanno mostrato un'elevata compliance, quattro una moderata e cinque una bassa compliance con CONSORT-AI o TRIPOD-AI.

Dodici studi (63%) hanno riportato benefici rilevanti per il paziente.

Tra quelli con basso rischio di bias, gli interventi hanno ridotto la durata della degenza in ospedale e in terapia intensiva (10,3 vs. 13,0 giorni, $p = 0,042$; 6,3 vs. 8,4 giorni, $p = 0,030$), la mortalità ospedaliera (9,0% vs. 21,3%, $p = 0,018$) e i sintomi della depressione nei casi non complessi (45,1% vs. 52,3%, $p = 0,03$).

Tuttavia, i danni sono stati spesso sottostimati, con solo otto studi (42%) che documentavano eventi avversi. Nessuno studio ha riportato un aumento degli eventi avversi come risultato degli interventi.

Interpretazione

Le attuali prove sui sistemi ADM correlati all'IA forniscono approfondimenti limitati sui risultati rilevanti per il paziente. I nostri risultati sottolineano la necessità essenziale di valutazioni rigorose dei benefici clinici, di una conformità rafforzata con gli standard metodologici e di una considerazione equilibrata sia dei benefici che dei danni per garantire un'integrazione significativa nella pratica sanitaria.

[https://www.thelancet.com/journals/lanpe/article/PIIS2666-7762\(24\)00314-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpe/article/PIIS2666-7762(24)00314-4/fulltext)

VIEWPOINT · Online prima, il 20 dicembre 2024 · Accesso Libero

Dalla missione di 100 giorni alle 100 linee di sviluppo software: come migliorare l'analisi precoce delle epidemie

Carmen Tamayo Cuartero, DVM PhD¹, Anna² Carnegie, MPP, Zulma M Cucunuba, dottore in medicina³, Dott.ssa Anne Cori⁴, Sara M Hollis, laurea magistrale⁵ in scienze, Dott.ssa⁶ Rolina D. Van Gaalen⁷ e altri⁸Mostra altro

Riepilogo

Sin dalla pandemia di COVID-19, sono stati fatti notevoli progressi per migliorare la preparazione alle epidemie accelerando la diagnosi, la terapia e lo sviluppo di vaccini.

Tuttavia, sosteniamo che è fondamentale compiere sforzi equivalenti nel campo dell'analisi delle epidemie per aiutare a garantire un processo decisionale affidabile e basato sulle prove.

Per esplorare le sfide e le priorità chiave nel campo dell'analisi delle epidemie, l'iniziativa Epiverse-TRACE ha riunito un gruppo multidisciplinare di esperti, tra cui epidemiologi sul campo, data scientist, accademici e ingegneri del software di istituzioni sanitarie pubbliche di diversi paesi.

Durante un workshop di 3 giorni, 40 partecipanti hanno discusso su come dovrebbero apparire le prime 100 righe di codice scritte durante un'epidemia. I principali risultati di questo workshop sono riassunti in questo Viewpoint.

Forniamo una panoramica dell'attuale panorama dell'analisi delle epidemie evidenziando le attuali sfide chiave che dovrebbero essere affrontate per migliorare la risposta alle future crisi di sanità pubblica. Inoltre, proponiamo soluzioni praticabili a queste sfide che sono realizzabili nel breve termine e raccomandazioni strategiche a lungo termine.

Questo punto di vista costituisce un invito all'azione per gli esperti coinvolti nella risposta alle epidemie, affinché sviluppino approcci di analisi dei dati moderni e solidi al centro della preparazione e della risposta alle epidemie.

Introduzione

Da quando la fase acuta della pandemia di COVID-19 si è conclusa nel 2021, c'è stato un notevole interesse nel ridurre gli effetti futuri della pandemia, in particolare con la Missione dei 100 giorni del G7, ¹ che mira ad accelerare lo sviluppo e l'implementazione di diagnosi, terapie e vaccini nelle future crisi sanitarie.

Inoltre, i paesi dovranno prendere decisioni su come rispondere al meglio alle (nuove) minacce di epidemie e pandemie, anche durante la fase iniziale di un'epidemia.

Tali decisioni si basano su una buona comprensione delle caratteristiche e delle dinamiche epidemiche, che non può essere raggiunta senza metodi efficaci e strumenti software per raccogliere, pulire, curare e analizzare i dati disponibili.

Oltre allo sviluppo precoce di interventi di sanità pubblica e alla rimozione dei colli di bottiglia a questo sviluppo, è fondamentale considerare i requisiti corrispondenti per analisi affidabili e tempestive delle epidemie.

Come dovrebbero essere le prime righe di codice scritte durante una nuova epidemia?

Quali elementi costitutivi sono essenziali per garantire la pertinenza sia per specifici agenti patogeni che per i contesti locali?

Negli ultimi 5 anni, l'interesse per l'analisi delle epidemie è cresciuto a causa della crescente capacità tecnica, delle minacce di malattie in corso e della crescente alfabetizzazione e condivisione dei dati. ^{2,3}

Tuttavia, questo nuovo campo si trova ad affrontare una serie di sfide in tutte le fasi di un'epidemia, dalla consapevolezza situazionale iniziale all'analisi dello scenario a lungo termine. In queste fasi devono essere adempiuti diversi compiti e responsabilità, tra cui la gestione dei dati, l'epidemiologia sul campo e le statistiche descrittive, nonché analisi e modelli epidemiologici avanzati, che si basano tutti, in una certa misura, sull'uso di strumenti analitici.

In questo Viewpoint, utilizziamo "strumento" per fare riferimento a risorse software, come programmi, applicazioni, pacchetti, script di codice e interfacce di intelligenza artificiale, con "utenti finali" che sono chiunque o istituzioni che svolgono attività di analisi delle epidemie utilizzando questi strumenti software.

Le pipeline analitiche delle epidemie sono state storicamente assenti o generate in modo reattivo a metà epidemia, ^{4,5} con diversi gruppi di ricerca che replicavano separatamente i passaggi di analisi da zero, creando potenziali errori e sforzi duplicati ([figura 1](#)).

Queste pipeline frammentate danno origine a output, che siano set di dati modificati o stime epidemiologiche, che non sono compatibili o comparabili, portando a inefficienze e riducendo la velocità, la scalabilità, la riproducibilità e l'affidabilità delle informazioni. ⁶

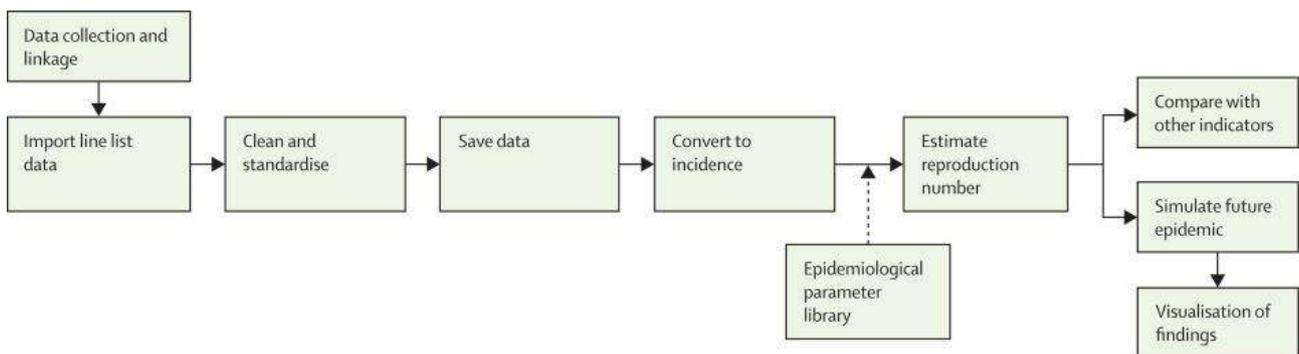


Figura 1 Flusso di lavoro per l'analisi della trasmissione in tempo reale per stimare il numero di riproduzione effettivo, in cui gli eventi di infezione e l'intervallo seriale vengono utilizzati come input di dati

Sono emerse diverse iniziative internazionali per supportare i progressi nell'analisi delle epidemie, tra cui lo sviluppo di pacchetti da parte di [RECON](#) (R Epidemics Consortium), modelli di epidemie automatizzati da parte di [R4EPIs](#), materiale di riferimento nel [The Epidemiologist R Handbook](#) sviluppato da Applied Epi e piattaforme come [rOpenSci](#) e [Global.health](#). ^P

Di recente, l'iniziativa Epiverse è stata creata con l'obiettivo di contribuire allo sviluppo di un solido ecosistema di analisi delle epidemie prima di future crisi di sanità pubblica. ^Z

Per trarre vantaggio da tali sforzi, è importante identificare le attuali sfide e priorità chiave nell'analisi delle epidemie.

Per esplorare queste problematiche, la comunità Epiverse ha convocato un gruppo multidisciplinare di epidemiologi sul campo (n=9), data scientist (n=9), accademici (n=18) e ingegneri del software (n=7) provenienti da diversi paesi e istituzioni coinvolti nelle attività di risposta alle epidemie, che hanno contribuito all'elaborazione di questo Viewpoint e sono elencati come coautori.

Traendo ispirazione dalla 100 Days Mission, questo evento è stato denominato 100 Days and 100 Lines of Code.

Durante un workshop di 3 giorni, 40 partecipanti hanno discusso su come dovrebbero apparire le prime 100 righe di codice scritte durante un'epidemia e hanno mappato gli strumenti e i pacchetti esistenti per l'analisi delle epidemie. ⁸

Qui, esaminiamo le sfide e le opportunità emerse, che possono essere suddivise in tre ampie categorie: usabilità degli strumenti, ecosistema degli strumenti e sviluppo degli strumenti ([figura 2](#)).

Spesso c'è una discrepanza tra le persone che ricercano metodi e quelle che sviluppano strumenti per l'analisi delle epidemie e i potenziali utenti di tali strumenti.

Questa lacuna nell'applicazione pratica degli strumenti può derivare da una serie di cause, poiché gli utenti avranno una serie di requisiti, dall'analisi epidemiologica descrittiva rapida e robusta all'analisi avanzata e alla modellazione di scenari.

Alcuni utenti previsti potrebbero non essere a conoscenza dell'esistenza di strumenti per eseguire attività analitiche, oppure gli strumenti che conoscono potrebbero non essere adatti alle loro esigenze specifiche, ad esempio per tenere conto di problemi come troncamento, censura o dati mancanti.

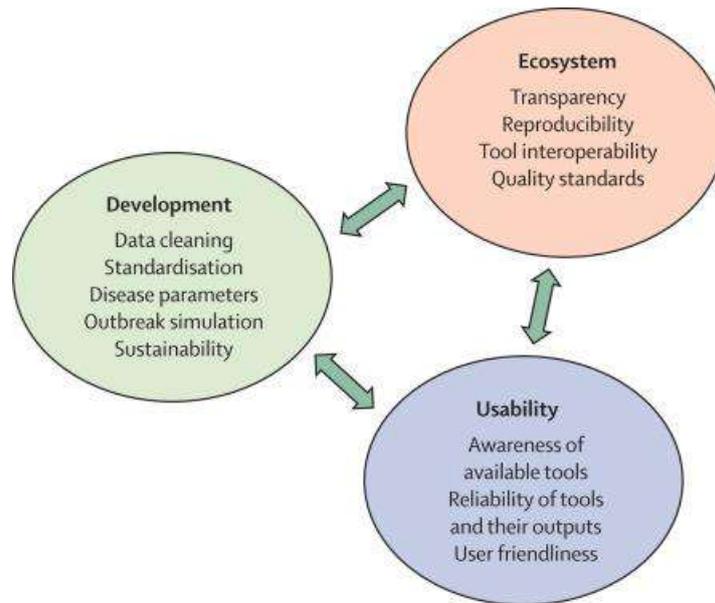


Figura 2 Riepilogo delle aree chiave identificate dai partecipanti al workshop di 100 giorni come priorità per il miglioramento delle pipeline di analisi delle epidemie
Usabilità degli strumenti

Gli utenti potrebbero anche essere riluttanti a utilizzare strumenti che non considerano affidabili, sia perché non sono sicuri dell'affidabilità degli output, sia perché il codice potrebbe cambiare senza preavviso.

Gli strumenti potrebbero non essere intuitivi; ad esempio, potrebbero essere difficili da installare, avere tempi di esecuzione lunghi, avere una documentazione scadente che non include esempi di casi d'uso realistici o avere output non intuitivi che sono difficili da interpretare, specialmente per un pubblico non professionale. Inoltre, gli utenti potrebbero non utilizzare strumenti che richiedono input per seguire un formato personalizzato che richiede molto tempo e che è diverso da quelli solitamente utilizzati.

Diverse soluzioni potenziali potrebbero essere perseguite nel breve e medio termine per colmare queste lacune.

In primo luogo, le istituzioni accademiche e sanitarie pubbliche dovrebbero fare riferimento e promuovere l'uso di risorse, come CRAN Task View,⁹ che forniscono una panoramica degli strumenti di analisi delle epidemie esistenti e incoraggiano la diffusione di strumenti di formazione, come l'Epidemiologist R Handbook.

Oltre a queste risorse, le istituzioni accademiche e sanitarie pubbliche potrebbero implementare corsi pratici ricorrenti di persona o online che consentano interazioni dal vivo con gli sviluppatori di strumenti.

Queste risorse e la formazione migliorerebbero la consapevolezza degli strumenti disponibili e consentirebbero ai potenziali utenti finali di migliorare le proprie competenze di analisi dei dati.

Questo miglioramento delle competenze aumenterebbe l'autonomia dell'utente finale e faciliterebbe interazioni più produttive con gli sviluppatori di strumenti, come la richiesta di nuove funzionalità, l'invio di casi d'uso per vignette o la segnalazione di bug.

In secondo luogo, man mano che vengono sviluppati e implementati nuovi strumenti, gli utenti finali target potrebbero essere consultati regolarmente sulle loro esigenze e preferenze, coinvolgendoli in tutte le fasi del processo di sviluppo e co-creando casi di studio realistici per la documentazione degli strumenti, il che aiuterebbe anche a identificare le barriere all'adozione di strumenti di analisi delle epidemie.

Ad esempio, i membri di Epiverse TRACE-LAC¹⁰ hanno stabilito un programma di coinvolgimento con i team di sanità pubblica per esaminare i pacchetti fin dalle prime fasi di sviluppo.

Anche i forum di discussione e i forum della comunità (ad esempio, [Applied Epi Community forum](#)) possono supportare il coinvolgimento continuo tra gruppi pertinenti.

Per facilitare una formazione e interazioni efficaci con gli utenti finali a lungo termine, sarà necessario creare una cultura di coinvolgimento, trasparenza e responsabilità all'interno di diversi gruppi di ricerca, incentivando partnership interdisciplinari con finanziamenti dedicati e progetti multidisciplinari e identificando modi per garantire che le risorse siano disponibili per supportare e coordinare questo lavoro.

Un'analisi sostenibile delle epidemie trarrà vantaggio anche dall'aver team guidati a livello locale, promuovendo le competenze per sviluppare e utilizzare strumenti di analisi dei dati, piuttosto che affidarsi ad analisi ad hoc esternalizzate sviluppate a metà epidemia.

Affinché gli strumenti siano veramente flessibili, dovrebbero non solo essere facilmente adattabili alle esigenze locali, ma anche adattarsi alle capacità di calcolo e al linguaggio locali, ad esempio, fornendo output in cui il linguaggio e la complessità sono adattabili a seconda delle esigenze e delle competenze del pubblico di destinazione.

Ecosistema di strumenti

Oltre alle interazioni tra sviluppatori di strumenti e utenti finali, collegamenti adeguati tra team di analisi coinvolti nella risposta alle epidemie sono essenziali per una consapevolezza continua sugli strumenti di analisi dei dati esistenti sviluppati da altri gruppi, riducendo anche le duplicazioni e le inefficienze delle attività.

Un ostacolo storico allo sviluppo collaborativo è stata la mancanza di trasparenza e riproducibilità nelle analisi computazionali all'interno del mondo accademico che rimane un problema, nonostante sia migliorata con le riviste che spingono per l'inclusione del codice negli articoli scientifici.

Se il codice utilizzato per analizzare i dati epidemiologici non viene reso disponibile al pubblico o se la qualità del codice disponibile non ne consente la riproducibilità, la duplicazione futura è inevitabile.

Un'altra sfida è l'assenza di interoperabilità e standardizzazione della nomenclatura e dell'approccio tra gli strumenti e le risorse esistenti.

Se gli output dei dati da uno strumento non possono essere trattati direttamente come input da altri, è necessario aggiungere righe di codice non necessarie per creare una pipeline di dati funzionante.

Ad esempio, un pacchetto potrebbe essere impostato per analizzare i dati di incidenza o incorporare parametri epidemiologici esistenti, ma il formato di questi set di dati deve essere allineato con gli output degli script di pulizia dei dati e dei database dei parametri.

Un modo per migliorare il trasferimento di conoscenze tra team è incoraggiare l'uso di piattaforme collaborative.

I ricercatori sono sempre più formati su come gestire versioni sequenziali del loro codice usando strumenti come [GitHub](#), ma c'è meno attenzione sugli aspetti comunitari di queste piattaforme, che consentono agli utenti di co-sviluppare e condividere le loro librerie di strumenti.

Inoltre, non tutti gli epidemiologi e gli analisti sul campo che lavorano nelle epidemie hanno familiarità con le piattaforme di condivisione del codice come GitHub.

Ospitare eventi appositamente dedicati, come workshop e showcase, può supportare ulteriormente lo sviluppo delle capacità su come utilizzare al meglio le piattaforme collaborative o come approcciare in modo ottimale lo sviluppo dei pacchetti consentendo opportunità tempestive per fornire feedback.

Inoltre, devono esserci incentivi sufficienti per i ricercatori non solo per caricare il loro codice su piattaforme collaborative, ma anche per mantenere e fornire una buona documentazione per il loro codice.

Una potenziale soluzione è che queste piattaforme offrano funzionalità che semplificano lo sviluppo, come strumenti analitici per aiutare i ricercatori a eseguire il debug del loro codice.

Nel processo, queste piattaforme e questi eventi collaborativi esporranno differenze semantiche e framework di definizione delle priorità che possono essere difficili per i team multidisciplinari, ma alla fine porteranno a discussioni più solide e interoperabili per la valutazione delle esigenze.

Per garantire un ecosistema di strumenti che funzioni senza problemi a lungo termine, ricercatori e sviluppatori avranno anche bisogno di un modo per ricevere feedback e controlli di qualità da altri membri della comunità.

Questo ecosistema potrebbe coprire standard di buone pratiche nel processo di sviluppo, inclusi standard per i requisiti minimi per la documentazione e il recupero della simulazione per mostrare l'accuratezza dei metodi con una verità di base nota, il che ridurrebbe l'affidamento a dati non accessibili nella valutazione della qualità del metodo.

Un'opzione sarebbe quella di utilizzare piattaforme come ROpenSci che consentono agli utenti di cercare e confrontare la funzionalità di diversi strumenti e selezionare quelli più adatti alle loro analisi specifiche. Questa gestione dell'ecosistema potrebbe assumere diverse forme, come un badge centralizzato di qualità

simile ai beni pubblici digitali, standard organizzativi per la raccolta di dati strutturati durante le epidemie come la piattaforma Go.Data dell'OMS, ¹¹ iniziative di curatela guidate dagli utenti della comunità simili ad Applied Epi, ¹² o curatela guidata dagli sviluppatori come [R tidyverse](#) .

Gli standard della comunità di buone pratiche potrebbero anche essere utilizzati per migliorare l'interoperabilità tra strumenti di analisi delle epidemie standardizzando il formato di input e output.

Per affrontare il problema dell'interoperabilità, la comunità potrebbe concentrarsi sullo sviluppo di pipeline plug and play, che sono suddivise in moduli per eseguire attività più piccole che possono essere aggiunte o rimosse a seconda dello scopo dell'analisi, utilizzando sistemi come [Data-flo](#) .

Idealmente, questa interoperabilità si estenderebbe a diversi linguaggi, come R e Python, che sono comunemente utilizzati nell'analisi delle epidemie.

Tuttavia, per garantire una risposta efficace, è necessario compiere sforzi simili per migliorare la gestione e l'analisi dei dati precoci, il che richiederà uno sviluppo anticipato per affrontare quanti più aspetti prevedibili possibili di un'epidemia, liberando capacità per aspetti imprevedibili.

Il successo dello sviluppo accelerato di vaccini è derivato da piattaforme flessibili, come i vaccini vettorizzati e l'mRNA, mentre le sperimentazioni terapeutiche hanno beneficiato di sperimentazioni di piattaforma come [RECOVERY](#) , che possono rispondere simultaneamente a più domande.

Allo stesso modo, flussi di lavoro di analisi efficaci saranno idealmente sia flessibili che scalabili.

L'investimento finanziario necessario per sviluppare tali flussi di lavoro sarebbe sostanzialmente inferiore alle risorse necessarie per gli interventi di sanità pubblica o lo sviluppo di vaccini. Inoltre, questi flussi di lavoro potrebbero essere utilizzati con diversi patogeni, compresi quelli che causano epidemie ricorrenti, come il morbillo o il colera, rendendoli un investimento particolarmente conveniente.

[https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500\(24\)00218-8/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500(24)00218-8/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

THE LANCET
Digital Health

Questo diario Riviste Pubblicare Clinico Salute globale Multimedia Eventi Di

VIEWPOINT · Online prima, il 20 dicembre 2024 · Accesso Libero

L'importanza dei laboratori di riferimento di microbiologia e dei finanziamenti adeguati per la sorveglianza delle malattie infettive

David Shaw , laureato in ^{medicina}, Raquel Abad Torreblanca , PhD ^{MD}, Zahin Amin-Chowdhury , laurea magistrale in ^{scienze},
Adriana Bautista , BSc ^{con}, Desiree Bennett , dottore di ^{ricerca}, Karen Broughton , laureata in ^{scienze} ^{BA}, e altri [Mostra altro](#)

Riepilogo

I laboratori di riferimento di microbiologia svolgono un ruolo cruciale all'interno dei sistemi sanitari pubblici. Questo ruolo è stato particolarmente evidente durante la pandemia di COVID-19.

In questo Viewpoint, sottolineiamo l'importanza dei laboratori di riferimento di microbiologia e mettiamo in evidenza i tipi di dati digitali e competenze che forniscono, che vanno a vantaggio della salute pubblica nazionale e internazionale.

Evidenziamo anche il valore delle iniziative di sorveglianza tra partner internazionali collaborativi, che lavorano insieme per condividere, analizzare e interpretare i dati e quindi diffondere i loro risultati in modo tempestivo.

I laboratori di riferimento di microbiologia hanno un impatto sostanziale a livello regionale, nazionale e internazionale e un supporto continuo per questi laboratori è essenziale per la salute pubblica sia in periodi di pandemia che non di pandemia.

Introduzione

Oltre al suo straordinario numero di morti, la pandemia di COVID-19 ha scoperto fragilità sostanziali in molti sistemi e istituzioni in tutto il mondo. ^{1,2}

Sebbene il catalogo completo delle lezioni apprese dalla pandemia continui a essere esplorato, una caratteristica centrale non dovrebbe sfuggire alla nostra attenzione: l'importanza dei laboratori di riferimento di microbiologia e degli esperti che lavorano al loro interno.

I laboratori di microbiologia sono stati tra i primi a identificare i casi di COVID-19 (e le cosiddette varianti preoccupanti), hanno monitorato i numeri dei casi in tempo reale, hanno implementato risposte di sanità pubblica alla pandemia, hanno fornito consulenza sulle politiche per proteggere il pubblico e hanno informato i programmi di vaccinazione contro il COVID-19. ¹

Di solito, le funzioni dei laboratori di riferimento di microbiologia sono di facilitare la diagnosi precoce e il controllo delle malattie infettive, anche attraverso la diagnosi di focolai, la sorveglianza delle malattie endemiche, il monitoraggio della resistenza antimicrobica e la fornitura di dati per monitorare e valutare i programmi di vaccinazione.

Forniscono dati e competenze scientifiche alle autorità sanitarie pubbliche, supportano la gestione diagnostica e i servizi in altri laboratori regionali, promuovono la difesa e i collegamenti con i gruppi di supporto ai pazienti e contribuiscono a una riduzione complessiva del carico di malattia. ³⁻⁵

Inoltre, questi laboratori facilitano la diagnostica di riferimento; producono materiali di riferimento, manuali e strumenti; forniscono (e spesso guidano) valutazioni di qualità esterne; eseguono il sequenziamento del genoma del patogeno; formano il personale; e conducono progetti di ricerca.

I laboratori di riferimento spesso mantengono raccolte di campioni e microbi con i corrispondenti metadati, consentendo l'accesso futuro e la caratterizzazione come richiesto.

I laboratori di riferimento svolgono anche ruoli cruciali nella previsione del rischio di malattia, il che migliora la preparazione alle epidemie e alle pandemie, e sono spesso coinvolti nell'indagine su malattie storiche, trascurate o riemergenti. ^{6,7} Le richieste ai laboratori di riferimento di microbiologia durante la pandemia di COVID-19 si sono quindi aggiunte al loro lavoro di laboratorio di routine.

L'importanza della sorveglianza delle malattie infettive

La pandemia di COVID-19 ha mostrato al pubblico la continua importanza della sorveglianza locale, nazionale e internazionale delle malattie infettive nel salvare vite e informare i programmi di vaccinazione.

L'importanza della sorveglianza è stata evidenziata anche più di recente nel progetto *Global Research and Innovation for Health Emergencies* dell'OMS, ⁸ in cui è stata sottolineata la raccomandazione per una capacità di laboratorio globale migliorata e interconnessa per la sorveglianza dei patogeni.

Molti programmi di sorveglianza nazionale sono attivi da decenni e hanno apportato contributi fondamentali alla microbiologia e al controllo delle malattie infettive sia nei loro paesi che nel mondo. Tuttavia, nonostante il loro lavoro di grande impatto, molti laboratori lottano sistematicamente per ottenere finanziamenti sempre più ridotti per i loro programmi di sorveglianza dai bilanci governativi per la salute e la scienza. ⁹

Il lavoro dedicato svolto dai laboratori di riferimento di microbiologia spesso non è apprezzato perché la scienza è raramente innovativa e il lavoro sembra ripetitivo e amministrativo.

Un coautore di questo Viewpoint ha descritto il lavoro come "silenzioso ma coerente", che è uno dei punti di forza principali dei laboratori di riferimento: coerenza nella generazione e nelle analisi dei dati e conoscenza specialistica per un lungo periodo di tempo, che consente il riconoscimento delle tendenze e di eventuali deviazioni dalle tendenze a lungo termine.

Similmente al successo della campagna di vaccinazione contro la poliomielite, i laboratori di riferimento di microbiologia soffrono del paradosso della salute pubblica, il che significa che dopo un intervento di successo contro un problema specifico, la sorveglianza non sembra più essere necessaria e, di conseguenza, le istituzioni pubbliche e governative perdono interesse. ¹⁰

Gli esseri umani sono creature di agenzia: abbiamo bisogno di vedere i processi funzionare per credere che funzionino.

Questi laboratori stanno contribuendo enormemente al bene pubblico e stanno fornendo infrastrutture cruciali, come dimostrato dal loro impatto sulla salute pubblica sia in tempi di pandemia che non di pandemia. Una delle funzioni più importanti dei laboratori di riferimento di microbiologia è il monitoraggio delle prestazioni del vaccino attraverso la sorveglianza post-marketing dell'efficacia e dell'impatto del vaccino, dei tassi di malattia e dei cambiamenti nelle varianti antigeniche del patogeno, sia nelle popolazioni target che in quelle non target.

Questi dati epidemiologici consentono la valutazione dei programmi di vaccinazione nazionali e vengono utilizzati di routine per ideare e modificare le decisioni sulla politica vaccinale.

Ad esempio, tra il 2015 e il 2018 nei Paesi Bassi si è verificato un focolaio di malattia meningococcica invasiva da *Neisseria meningitidis*.

Attraverso la sorveglianza del laboratorio di riferimento nazionale, i meningococchi del sierogruppo W sono stati rapidamente identificati come la causa del focolaio, portando alla sostituzione del vaccino MenC con il vaccino MenACWY nel programma nazionale di immunizzazione olandese nel 2018.¹¹ I laboratori di riferimento nazionali, i programmi di sorveglianza e il monitoraggio dei vaccini rimarranno essenziali durante l'imminente lancio dei nuovi vaccini *Streptococcus pneumoniae* (pneumococcico) e di altri vaccini in fase di sviluppo.¹²

Investire nella sorveglianza per promuovere la salute pubblica

Le attività di sorveglianza aiutano a prevenire le malattie in una popolazione a un prezzo, che include personale, attrezzature, materiali di consumo, infrastrutture informatiche, strutture e costi amministrativi.

Nonostante il loro indiscutibile valore per la salute pubblica, le richieste concorrenti sui fondi esistenti possono comportare che vengano resi disponibili meno soldi ad alcuni laboratori di riferimento, a volte costringendoli a cercare fonti aggiuntive di supporto finanziario.

Alcuni governi scoraggiano le partnership di finanziamento dell'industria (temendo un conflitto di interessi reale o percepito), mentre altri non hanno un quadro per accogliere i finanziamenti dell'industria o di altre terze parti.

In altri paesi, i finanziamenti dell'industria sono una fonte apprezzata di supporto finanziario aggiuntivo al loro portafoglio di bilancio.

Queste sfide esistono anche se il taglio della spesa per i servizi sanitari pubblici, compresi i laboratori di riferimento di microbiologia, è ampiamente riconosciuto come un aumento dei costi dell'assistenza sanitaria e un'amplificazione delle disuguaglianze sanitarie.^{13,14}

Nel 2016, il Centro europeo per il controllo e la prevenzione delle malattie (ECDC) ha commissionato un'analisi costi-benefici dei laboratori di riferimento nazionali per i patogeni umani.³

La preoccupazione principale dell'ECDC era la possibile integrazione di laboratori di riferimento nazionali disparati in un laboratorio di riferimento europeo centralizzato e il rapporto ha dettagliato i costi e i benefici monetari e non monetari associati ai laboratori di riferimento europei.

La Commissione ha concluso che i benefici dei laboratori di riferimento nazionali (in particolare di una rete integrata di laboratori) superavano i costi, sia monetari che non monetari.

La Commissione ha anche riconosciuto le difficoltà nel quantificare il lavoro svolto da questi laboratori nella riduzione del carico di malattia poiché questo è influenzato da molti fattori.

Il rapporto dell'ECDC ha affermato che la società europea ne trae beneficio direttamente lungo quattro assi: in primo luogo, la preparazione dei laboratori e la capacità di una risposta coordinata alle epidemie; in secondo luogo, un rilevamento più tempestivo e accurato dei patogeni; in terzo luogo, una migliore sorveglianza della salute pubblica; e in quarto luogo, una riduzione del carico di malattia e dei relativi costi.

Sebbene la rete di microbiologia della salute pubblica in Europa sia stata ritenuta solida, il rapporto ha anche evidenziato sfide e limitazioni per i laboratori di riferimento in Europa.

Molte di queste difficoltà sono comuni tra i laboratori di riferimento in tutto il mondo.

Ad esempio, la necessità di armonizzare gli standard di sorveglianza, segnalazione e operativi; capacità nazionali non uniformi e variazione nei tipi di attività di laboratorio di riferimento svolte; limitazioni politiche e burocratiche per la condivisione dei dati, almeno in parte dovute a problemi di privacy; se adottare o meno

nuovi strumenti diagnostici e, più in generale, come implementare i progressi tecnologici nel campo; l'implementazione di metodi genomici standardizzati per la genotipizzazione, inclusa la previsione dei fenotipi (ad esempio, resistenza antimicrobica); e come garantire che siano disponibili finanziamenti sostenibili sia per il lavoro di routine che quando si verificano emergenze.

Di recente, l'ECDC ha promosso un programma per valutare dove potrebbero essere necessari miglioramenti alle infrastrutture di sanità pubblica e, nel 2019, Bajoriniene e colleghi⁴ hanno eseguito una valutazione delle esigenze per i laboratori di microbiologia nei paesi dei Balcani occidentali.

Hanno identificato aree chiave per gli investimenti in sanità pubblica e hanno concluso che questi sforzi hanno migliorato la sicurezza sanitaria in questi paesi e in Europa in generale.⁴

Questo lavoro ha illustrato gli effetti indiretti e non lineari di un adeguato finanziamento dei laboratori: non solo il paese trae vantaggio da una maggiore sicurezza sanitaria e dal controllo delle malattie, ma ne traggono vantaggio anche i paesi vicini e la comunità globale. Se considerato da questa prospettiva, il prezzo a livello individuale è piuttosto piccolo rispetto al grande effetto dei risultati, simile ad altri interventi di sanità pubblica come la cessazione del fumo.¹⁵

Una revisione sistematica del 2017 della spesa sanitaria pubblica in diversi paesi ad alto reddito supporta anche i benefici e i risparmi sui costi associati agli sforzi a livello di popolazione per prevenire le malattie.¹⁶

Allo stesso modo, uno studio qualitativo commissionato dal Center for Global Development nel 2022 ha esaminato i costi e i benefici dell'investimento in sistemi di laboratorio in Africa.¹⁷

Gli autori hanno scoperto che i benefici di vasta portata superavano i costi necessari e che questi benefici hanno impatti potenzialmente trasformativi a livello individuale, di popolazione e di sistema sanitario.¹⁷

Le discussioni alla Terza conferenza internazionale sulla salute pubblica in Zambia nel novembre 2023 hanno portato a promesse di sostegno e approvazione politica per le istituzioni sanitarie pubbliche nazionali e i laboratori di riferimento.¹⁸

Il consorzio per la sorveglianza delle infezioni respiratorie invasive

Il consorzio Invasive Respiratory Infection Surveillance (IRIS), con al centro una rete di laboratori di riferimento di microbiologia, è stato istituito all'inizio (aprile-maggio 2020) della pandemia di COVID-19 per monitorare i cambiamenti nell'incidenza delle malattie batteriche invasive causate da quattro organismi: *S pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *N meningitidis* e *S agalactiae* (streptococco di gruppo B).¹⁹

Il consorzio IRIS comprende oltre 100 collaboratori che lavorano in oltre 50 laboratori in 30 paesi. I componenti centrali della sorveglianza del consorzio IRIS sono un'ampia cattura della popolazione e dati accurati, tempestivi e precisi, un'importante dimostrazione del motivo per cui è così pertinente l'istituzione di sistemi di sorveglianza solidi in ogni paese.

Il consorzio IRIS comprende paesi ad alto e medio reddito negli emisferi settentrionale e meridionale per monitorare rapidamente i cambiamenti nelle malattie batteriche invasive a livello globale.

La forza del consorzio IRIS risiede nella natura collaborativa di questo progetto: i laboratori di riferimento di microbiologia nazionali e regionali si sono uniti per condividere dati solidi e affidabili tramite database privati in PubMLST come consorzio di laboratori collaboranti.

Questi dati digitali sono stati (e continuano a essere) analizzati collettivamente e diffusi in modo tempestivo e reciprocamente concordato ([figura 1](#)).²⁰

La natura multidisciplinare delle competenze all'interno del consorzio IRIS è un ulteriore vantaggio, che riunisce campi di competenza complementari non solo in microbiologia, ma anche in epidemiologia, fisiopatologia, medicina, immunologia e bioinformatica.

Il consorzio IRIS ha prodotto due documenti che descrivono i cambiamenti nella distribuzione delle malattie batteriche invasive in base a posizione, età e sierotipo o sierogruppo prima, durante e dopo la pandemia di COVID-19, e questi documenti stanno contribuendo alla politica di sanità pubblica ([tabella](#) ; [figura 2](#)).^{19,21}

[https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500\(24\)00241-3/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500(24)00241-3/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)



Manovra 2025: aumenta pressione fiscale e regalie agli evasori, che neppure apprezzano

[Luciano Cerasa](#)

Il flop di adesioni registrato per il [concordato preventivo](#) biennale 2024-2025, escogitato dal Ministro dell'Economia Giancarlo Giorgetti, per sostenere le sorti incerte della Lega nell'elettorato di riferimento, è la conseguenza non tanto dell'inadeguatezza della scontistica concessa a favore degli evasori fiscali, in realtà molto più generosa dei precedenti condoni, quanto del rischio di uscire allo scoperto con l'Agenzia delle entrate.

Come ci segnalano i rappresentanti degli intermediari, accendere un faro sulla propria traballante posizione fiscale, operazione resa necessaria dal meccanismo di applicazione del beneficio, viene guardata con grande diffidenza da molti dei destinatari del concordato.

Si tratta di una categoria privilegiata di contribuenti che ha molto da nascondere e che è abituata a non aspettarsi tanti controlli fiscali, visto che, in base alla statistica, la probabilità che arrivi un [accertamento](#) individuale da parte del [fisco](#) è finora di uno ogni vent'anni.

Il patto lanciato dal governo era quindi predestinato a non produrre il [gettito](#) sperato. Prima della riapertura dei termini, fissati in un primo momento al 31 ottobre, le adesioni al concordato sono state 500mila su una platea di 4,7 milioni di potenziali aderenti, per un incasso di 1,3 miliardi di euro.

Un risultato ben lontano dai 2-3 miliardi di [gettito](#) che servirebbero, secondo le aspettative del governo, a far scattare una riduzione di uno o due punti delle aliquote Irpef applicate sui redditi medi e alti. Il flop è stato confermato anche alla scadenza della riapertura dei termini.

Mentre i salari continuano ad essere tra i più bassi in Europa

I dati presentati in una recente indagine della fondazione Di Vittorio ci dicono che l'Italia è l'unico paese europeo dove i salari si sono ridotti, negli ultimi 23 anni.

Persino la Spagna, che pure partiva da una base molto arretrata, ha mostrato segni di ripresa significativi: dal 1991 al 2023 le retribuzioni sono salite di oltre il 9%, mentre nel nostro paese scendevano nello stesso periodo di oltre il 3%.

Quanto al potere d'acquisto dei salari, anche qui i numeri della Cgil non lasciano spazio a interpretazioni: dal 1990 al 2020 in Italia è sceso del 2,9%. la flessione salariale più pesante negli ultimi 50 anni si registra tra il 2021 e il 2024 con un meno 10,1% di mancato recupero.

Ancora secondo un rapporto curato da Uiltucs, il sindacato del terziario della Uil, focalizzato sull'andamento degli ultimi dieci anni, la curva del potere d'acquisto dei salari in Italia è ulteriormente precipitata verso un picco negativo dell'8%, rispetto al +18,4% conseguito dalla media Ocse e al +22,6% della zona euro.

La perdita di valore reale dei salari è stata ancora più grave nel terziario, dove le retribuzioni sono arretrate dell'11,4% rispetto all'indice IPCA-NEI (Indice dei prezzi al consumo armonizzato, al netto dei beni energetici importati) e del 13,5% rispetto all'inflazione rilevata dall'indice NIC (Indice dei prezzi al consumo per l'intera collettività).

Al contrario, la produttività del lavoro nel paese è cresciuta nell'ultimo decennio in tutti i settori, esclusa l'agricoltura, con una media del 3,2% (+16,3% nel commercio), ma questa crescita non ha avuto nessuna ricaduta positiva sugli stipendi. Una situazione opposta a quanto si è verificato in Germania, dove gli aumenti salariali hanno superato il carovita del 14%.

In Italia l'aumento della produttività segna una moderata e parziale redistribuzione ai salari solo nel periodo tra il 2001 e il 2010, mentre tra il 2000 e il 2022 si allarga una forbice retributiva di ben 30 punti con Germania

e Francia. insomma, in Italia calano gli investimenti pubblici e privati e crescono solo profitti dei grandi gruppi, precarietà e bassi salari.

Dipendenti e pensionati i più tartassati

Alla sottrazione di valore, in termini di produttività media per addetto non redistribuita, registrata sia nel settore privato che pubblico, si aggiunge il peso, in termini assoluti e relativi, del prelievo operato dallo stato sul [reddito da lavoro](#) dipendente con l'imposizione fiscale e contributiva.

Le statistiche ufficiali sulle dichiarazioni dei redditi 2023, riferite all'anno di [imposta](#) 2022, pubblicate sul sito del ministero dell'Economia, ci dicono che le tipologie di [reddito](#) maggiormente dichiarate in ambito Irpef sono il lavoro dipendente (53,5% del montante del [reddito](#) complessivo e 55,4% del totale contribuenti) e le pensioni (29,6% del montante del [reddito](#) complessivo e 34,6% del totale contribuenti). In totale, i redditi da lavoro dipendente e da pensione costituiscono circa l'83% del [gettito](#) Irpef.

La fuga dall'Irpef

L'Irpef è diventata l'[imposta](#) più evasa, facendo scendere al secondo posto l'Iva. A dirlo è il comandante generale della Guardia di Finanza, Andrea De Gennaro, in audizione alla Commissione parlamentare di vigilanza sull'[Anagrafe tributaria](#), che ha sottolineato come questa cubi "un ammontare raggiunto nel 2021 di oltre 33 miliardi, ovvero circa il 46% del tax gap tributario complessivo".

Nel dettaglio, rispetto al 2017, nel 2021 la differenza tra [gettito](#) effettivo e atteso si è ridotta di un quarto, per un ammontare di 26 miliardi di euro, quasi interamente determinato dalla riduzione del gap relativa alle entrate tributarie (24,6 miliardi di euro). tuttavia "oltre il 70% di questa contrazione, pari a circa 17,8 miliardi di euro, è dovuto alla diminuzione del gap Iva, che si è dimezzato", ha spiegato la Gdf. Un risultato reso possibile grazie a misure anti-evasione come l'introduzione della fatturazione elettronica e dei meccanismi di versamento diretti dell'[imposta](#), "split payment" e "reverse charge", proposte da Nens.

Il taglio del cuneo fiscale

Davanti alla montagna di questo ambiente economico fortemente deteriorato in cui si muovono con crescente difficoltà ormai decine di milioni di famiglie, il governo ha partorito il topolino del taglio del cuneo fiscale che, come è stato calcolato da importanti istituti di ricerca, porterà vantaggi a pochi e penalizzazioni a tanti, fino a oltre mille euro l'anno, sulle buste paga di milioni di contribuenti. In realtà questo provvedimento, formalmente presentato da tre anni a questa parte come un taglio delle tasse, si configura piuttosto come la fiscalizzazione della vecchia decontribuzione già applicata su pressione dei sindacati dal governo Draghi.

Il risultato è che lavoratori e pensionati pagheranno complessivamente 17 miliardi in più di Irpef a causa soprattutto del drenaggio fiscale sui rinnovi contrattuali e la rivalutazione delle pensioni, che azzererà, in una enorme partita di giro, lo sconto fiscale concesso con il taglio del cuneo. A questo aumento della pressione fiscale a carico dei redditi delle fasce più esposte della popolazione, si aggiunge il "fiscal drag" dell'Iva ad aliquote invariate sui prezzi, divenuto significativo al crescere dell'inflazione sui beni di largo consumo.

Rispetto a gennaio 2021 l'inflazione ha toccato nel corso dell'anno punte di 21 punti per i beni alimentari non lavorati e l'indice Ipc per i beni energetici ha addirittura segnato un incremento di oltre 51 punti percentuali, avverte l'Area studi Legacoop-Prometeia. L'ultimo dato Istat segnala un ulteriore rialzo dell'inflazione dell'1,4%. Il quadro economico che ne consegue per i bilanci delle famiglie descrive volumi di consumo stagnanti e addirittura in diminuzione per il settore dei servizi e ricadute sulla qualità di quello che gli italiani mettono in tavola. Nel settore alimentare la strategia antinflazione più adottata dai consumatori porta a spostare gli acquisti sui prodotti più a buon mercato e scadenti. Diminuisce il consumo di pesce e di prosciutto, aumenta quello delle carni in scatola e della mortadella, cresce il consumo della pasta. L'alimentazione influisce sulla salute. Un aumento di obesità e di incidenza di malattie cardiovascolari si ripercuoterà su un servizio sanitario nazionale allo stremo. La capacità di risparmio degli italiani è in calo da mesi: quasi 1 famiglia su 2 pari al 43,8% dichiara una diminuzione, solo per il 9,9% è aumentata."

Fisco, dov'è il bluff?

Con il nuovo meccanismo di bonus e detrazioni contenuto nella manovra, sottolinea l'Ufficio parlamentare di [bilancio](#) (Upb) nella memoria preparata per l'audizione sulla legge di [Bilancio](#), circa 800mila lavoratori

subiranno una perdita in media di circa 380 euro, mentre altri 12,2 milioni non vedranno né vantaggi né penalizzazioni.

A vedere qualcosa in più in busta paga saranno solo 5,7 milioni di contribuenti: ma di questi 3,7 milioni sono persone che fino a quest'anno non hanno beneficiato della decontribuzione, perché collocati nella fascia tra i 35mila e i 40mila euro di [reddito](#) che non la prevedeva.

I più penalizzati invece, sempre secondo le simulazioni dell'Ufficio parlamentare di [Bilancio](#), si concentrano proprio nelle fasce basse, dopo aver subito anni di perdita, come abbiamo visto, del potere d'acquisto.

Per un dipendente che guadagna mille euro lordi al mese, e non ha altri redditi, lo svantaggio sarà di 21 euro l'anno. Per chi guadagna il doppio, la perdita sarà pari a 58 euro. Trenta euro in meno, invece, lo subirà un lavoratore con un [reddito](#) da 30mila euro. Andrà ancora peggio per un lavoratore impegnato solo per sei mesi all'anno con un [reddito](#) di 6mila euro lordi: per lui la perdita arriva a 109 euro.

La macchinosa riforma poi diventa una lotteria per coloro che hanno redditi aggiuntivi rispetto a quelli da lavoro dipendente, come compensi da lavoro autonomo o rendite da affitti.

Se una persona con un [reddito da lavoro](#) di 30mila euro annui e altri 10mila euro di redditi diversi nel 2024 ha avuto diritto a una decontribuzione pari a 1.030 euro, dal 2025 non avrà più nulla. Chi ha un [reddito da lavoro](#) pari solo a 12mila euro, più altri 10mila euro di redditi diversi, passerà invece da una decontribuzione di 579 euro a mille euro. Poche centinaia di euro che certo non riusciranno a compensare per questa fascia di popolazione, particolarmente penalizzata dalla manovra, i tagli generalizzati a sanità e servizi e l'inflazione a due cifre rispetto al 2022.

Il motivo principale di questo rimescolamento abbastanza casuale di detrazioni e bonus è che mentre la decontribuzione era riferita solo ai contributi previdenziali, con un taglio di sette punti fino a 25mila euro e di sei punti fino a 35mila, la riformulazione, contenuta in manovra si applicherà al [reddito](#) complessivo della persona. Quindi, in alcuni casi, questo può far superare il tetto dei 40mila euro e comportare la perdita di ogni beneficio, mentre in altri può aumentare la base di calcolo e far lievitare lo sconto.

Non fermarsi alle apparenze

L'intervento sul cuneo fiscale sembrerebbe sostenere la fascia media (e alta) dei percettori di [reddito](#). Tuttavia uno studio del centro studi Nens volto a stabilire le dinamiche reali innescate dalle nuove misure su aliquote e scaglioni Irpef, condotto da Vincenzo Visco e Ruggero Paladini, consiglia di non fermarsi alle apparenze.

Per il 2025 la legge di [Bilancio](#) conferma e stabilizza i tre scaglioni formali, ma per quanto riguarda i lavoratori dipendenti, introduce una modifica nella struttura delle detrazioni che porta di fatto a sei gli scaglioni effettivi con aliquote marginali per i ceti medi (tra 28mila e 50mila euro).

Una scelta che è ben lontana dalla sbandierata promessa della Flat tax, in nome della quale lo scorso anno il governo ha eliminato l'[aliquota](#) del 25% per i redditi tra i 15mila e 28mila euro, estendendo al tempo stesso il limite del primo scaglione da 15mila a 28mila euro.

Il combinato disposto delle detrazioni decrescenti e della rimodulazione a tre aliquote fiscali, fa sì che man mano che il [reddito](#) cresce, la detrazione prevista si riduce, e quindi l'[aliquota](#) marginale effettiva aumenta superando quella formale. In virtù di questo meccanismo, i contribuenti con detrazioni più alte (i dipendenti) subiscono aliquote marginali effettive più elevate rispetto a chi beneficia di detrazioni più basse (pensionati ed autonomi). Solo dopo i 50mila euro si torna alle tre aliquote (23-35-43) per il 6% circa dei contribuenti che si collocano sopra l'[aliquota](#) massima del 43%.

Per i dipendenti, quindi, gli scaglioni effettivi risultano essere suddivisi in sei fasce:

- 0 – 15.000 euro: 23%;
- 15.001 – 28.000 euro: 32,15%;
- 28.001 – 32.000 euro: 40,41%;
- 32.001 – 40.000 euro: 56,18%;
- 40.001 – 50.000 euro: 43,68%;
- oltre 50.000 euro: 43%.

Da sottolineare l'[aliquota](#) "monstre" del 56,18% che scatta proprio per la fascia di [reddito](#) tra 32mila e 40mila euro che in questo modo vede uscire dalla finestra i tagli d'[imposta](#) appena rientrati dalla porta.

Questo andamento dell'[imposta](#) è determinato dal fatto che è stato introdotto un nuovo bonus (con percentuali decrescenti: 7,1 – 5,3 – 4,8) fino a 20mila euro di [reddito](#) con lo scopo di sostituire la precedente fiscalizzazione delle detrazioni per i lavoratori. Un beneficio che affianca il precedente “bonus Renzi”, rimasto invariato con tutti i suoi difetti di applicazione, compresa l’assurda clausola per cui fino a 8.173 euro non è dovuto, mentre a 8.175 scatta integralmente innestando un clamoroso effetto scalino.

L’idea dell’[aliquota](#) unica anche per dipendenti e pensionati (Flat tax) si allontana quindi nella nebbia padana e la diversità delle detrazioni (tutte decrescenti e diverse per ciascuna tipologia di contribuenti), fa sì che noi oggi non abbiamo un’unica [imposta](#) sul [reddito](#), bensì tre imposte sostanzialmente diverse, una per ognuna delle tre tipologie di contribuenti.

L’[imposta](#) sul [reddito](#) era nata, e trova la sua ragion d’essere, proprio per unificare i redditi dei contribuenti: un’unica [imposta](#) con gli stessi scaglioni e le stesse aliquote per tutti, salvo una differenziazione nelle detrazioni per tener conto delle diverse tipologie di [reddito](#) e delle situazioni personali. Detrazioni che dovevano invece essere fisse, in modo da non alterare le aliquote marginali.

Nel Piano strutturale di [bilancio](#) di medio termine presentato a Bruxelles, la manovra finanziaria del governo Meloni delinea un quadro di crescita lenta o inesistente, salari piatti e produttività ferma. Un paese senza futuro in cui non solo la legge di stabilità ma lo stesso Pnrr non danno quella spinta al cambiamento di cui il paese avrebbe bisogno.

<https://www.fiscoequo.it/manovra-2025-aumenta-pressione-fiscale-e-regalie-agli-evasori-che-neppure-apprezzano/>

la Repubblica

Bankitalia taglia la stima della crescita: sarà dello 0,5% quest’anno

Il governatore Panetta collegato a un evento dell'Università Cattolica

Sforbiciata anche per le dinamiche dei prossimi anni. Male gli investimenti, tengono consumi ed export. Grandi incertezze sullo scenario

MILANO – La mannaia sulla previsione di crescita italiana cala pure da via Nazionale, sede della Banca d’Italia. Dopo [Ocse](#) e [Istat](#), pure gli esperti dell’Eurosistema tagliano la stima per il Pil di quest’anno, ponendola allo 0,5 per cento, 0,1 punti in meno della stima di ottobre.

Un risultato ben distante dall’1% che è ancora scritto nel Piano strutturale di bilancio italiano, per confrontarsi con il quale – segnala la stessa Bankitalia – bisogna però prendere le stime non corrette per l’effetto del calendario che si collocano allo 0,7%.

Un numero, quest’ultimo, evocato ieri da Giorgetti ad Atreju: "Avevamo fatto tutte previsioni assolutamente prudenziali, questa revisione del Pil che stimiamo possa arrivare allo 0,7 non ci cambia i numeri di finanza pubblica, anzi siamo convinti che otterremo risultati ancora migliori".

Restando a Bankitalia, nel triennio successivo si vede un’accelerazione “a tassi intorno all’1 per cento in media, sospinto dalla ripresa dei consumi e delle esportazioni”.

Male invece gli investimenti, frenati “dal ridimensionamento degli incentivi all’edilizia residenziale” e d’altra parte spinti “dall’implementazione dei progetti legati al Piano nazionale di ripresa e resilienza e della graduale riduzione dei costi di finanziamento”.

Dalle tabelle pubblicate emerge il dettaglio delle previsioni: per il 2025 la crescita viene abbassata dall’1% tondo di ottobre allo 0,8%, poi dall’1,2 si passa all’1,1% e quindi si arriva al 2027 ipotizzando un +0,9%.

“Si valuta che l’inflazione rimanga contenuta, collocandosi all’1,1 per cento nella media dell’anno in corso, all’1,5 nel successivo biennio e al 2,0 per cento nel 2027.

Al rialzo dell’inflazione contribuirebbero principalmente il venire meno del forte contributo negativo della componente energetica e, nel 2027, gli effetti temporanei dell’entrata in vigore della normativa ETS2”, il sistema per lo scambio di quote di emissione nell’Unione europea che si allarga alla vendita di carburanti e di combustibili per il riscaldamento degli edifici.

Per Bankitalia l'inflazione di fondo sarebbe poco superiore al 2 per cento nella media di quest'anno e scenderebbe a poco più dell'1,5 per cento nel prossimo triennio, "in cui le pressioni derivanti dall'aumento del costo del lavoro sarebbero in larga misura assorbite dai margini di profitto".

Tra le ultime voci, l'export ancora debole nel secondo scorcio di 2024 tornerebbe a crescere dal prossimo anno. Segnali positivi ancora dal mercato del lavoro con l'occupazione ancora in crescita seppure a tassi inferiori.

Resta "l'incertezza che circonda queste proiezioni", è "elevata" e "deriva principalmente dallo scenario internazionale. Un orientamento maggiormente protezionistico delle politiche commerciali e le perduranti tensioni connesse con i conflitti in corso potrebbero incidere negativamente sulle vendite all'estero e, tramite un peggioramento della fiducia di famiglie e imprese, sulla domanda interna.

Una dinamica dei prezzi più elevata potrebbe derivare da nuovi rincari delle materie prime e degli altri beni importati.

Per contro, l'eventualità di un deterioramento più marcato e duraturo della domanda potrebbe pesare sull'occupazione e comprimere l'andamento di salari, margini di profitto e prezzi di vendita delle imprese".

Di 'rischi' che le cose vadano meglio del previsto, non paiono essercene.

https://www.repubblica.it/economia/2024/12/13/news/bankitalia_taglia_la_stima_della_crescita_sara_dello_05_quest_anno-423884779/?ref=RHLM-BG-P29-S1-T1

la Repubblica

Inflazione in calo per l'Istat ma è record del debito pubblico

a cura della redazione Economia

Per la presidente Bce l'orientamento restrittivo mantenuto fino alla scorsa settimana "non riflette più l'evoluzione dello scenario macroeconomico". A ottobre nuovo record del debito pubblico

MILANO – Il cammino di riduzione dei tassi di interesse della Bce proseguirà anche nel prossimo anno.

Lo ha chiarito la presidente della Bce Christine Lagarde a Vilnius: "Se i dati continuano a confermare lo scenario di base, la direzione di viaggio è chiara e ci aspettiamo di abbassare i tassi d'interesse ulteriormente", ha detto, aggiungendo che la posizione tenuta dalla Bce fino a prima del Consiglio direttivo di giovedì scorso, quando manteneva un orientamento restrittivo, "non riflette più l'evoluzione dello scenario macroeconomico".

L'Istat rivede al ribasso le stime sull'inflazione

I numeri macroeconomici in arrivo sembrano confermare questa lettura.

Nel suo consueto aggiornamento a metà mese, l'Istat ha rivisto al ribasso le stime sull'inflazione a novembre, con i prezzi in diminuzione su base mensile e in aumento dell'1,3% base annua (dal +1,4% del dato preliminare).

La risalita del tasso d'inflazione – spiega l'Istat – risente in primo luogo dell'accelerazione dei prezzi dei Beni energetici regolamentati (da +3,9% a +7,4%) e dell'attenuarsi della flessione di quelli dei Beni energetici non regolamentati (da -10,2% a -6,6%). Un sostegno all'inflazione deriva inoltre dall'andamento dei prezzi dei Beni alimentari, sia non lavorati (da +3,4% a +3,8%) sia lavorati (da +1,7% a +1,9%), dei Servizi relativi ai tra-sporti (da +3,0% a +3,5%), dei Beni non durevoli (da +0,9% a +1,4%) e, in misura minore, di quelli dei Servizi relativi all'abitazione (da +2,3% a +2,5%) e dei Servizi relativi alle comunicazioni (da +1,0% a +1,2%).

Bankitalia, nuovo record debito pubblico

Intanto sempre sulla sponda italiana il nostro debito pubblico a ottobre è aumentato di 19,9 miliardi di euro rispetto al mese precedente, risultando pari a 2.981,3 miliardi, un nuovo massimo storico ormai a un soffio dai 3.000 miliardi.

L'incremento del debito - ha spiegato via Nazionale - riflette 17,5 miliardi di fabbisogno delle amministrazioni pubbliche e una crescita delle disponibilità liquide del Tesoro di 2,7 miliardi. Aumenta di 19,8 miliardi il debito dello Stato, e di appena 0,1 miliardi quello delle amministrazioni locali.

https://www.repubblica.it/economia/2024/12/16/news/lagarde_tassi_tagli_inflazione-423889579/?ref=RHLF-BG-P1-S4-T1

