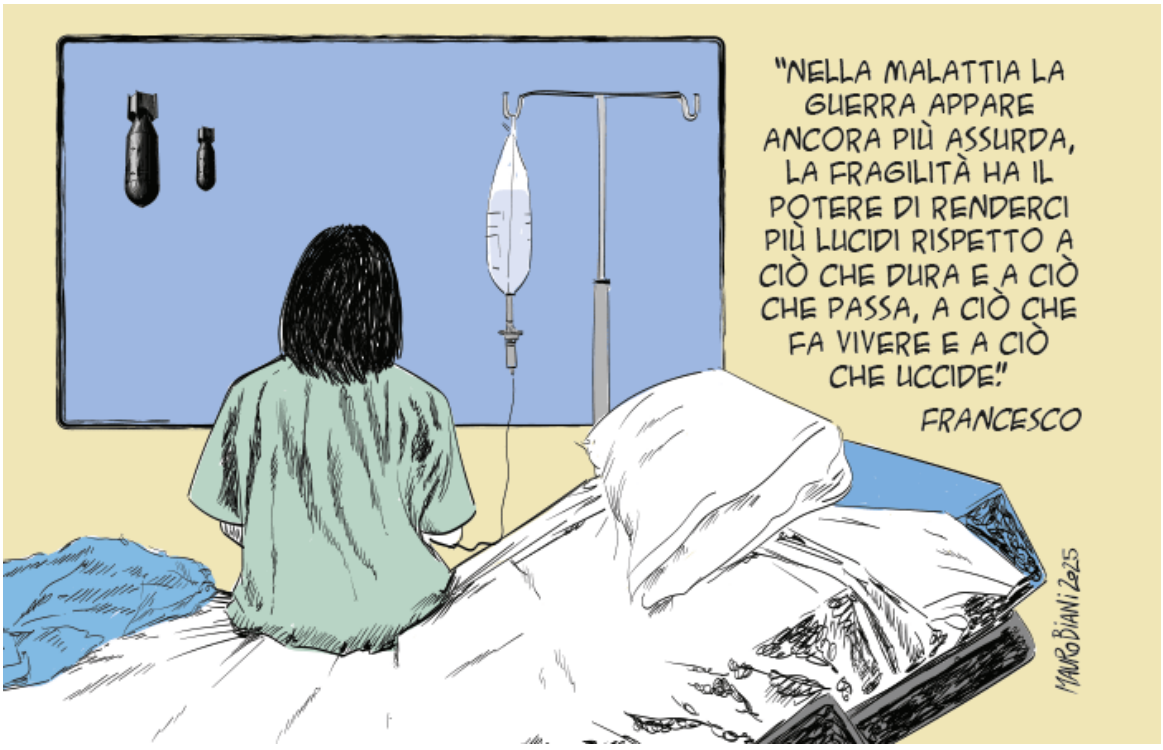
Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

# ASIQUAS Review

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

## *Per una sanità pubblica … anche dopo la pandemia*

**n. 25 del 1.04.2025**




**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:**

Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche
Sapienza Università di Roma

1921 2021 un secolo di storia davanti 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 Englad Medical Journal, The British MJ, Salute Internazionale, Sanità Informazione, Quotidiano Sanità, La Repubblica, Corriere della Sera, Gedi Visual, ALTEMS, GIMBE, etc.

**Per le Istituzioni:**

WH0/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:**

WH0/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 ASIQUAS, Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale; Docente presso il Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche, Progettista e Coordinatore Didattico dei Master MIAS, MEU e MaRSS, Università "Sapienza" Roma; 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 Politecnico 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 ASIQUAS, 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 ASIQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale. Ha svolto la sua attività professionale come medico clinico dal 1979 al 1999. Successivamente come medico di Direzione sanitaria e Project Manager aziendale, Direttore Sanitario aziendale, Direttore Generale e Commissario straordinario. Dal luglio 2019 svolge attività di consulente in Organizzazione aziendale e formatore in Project Management per Accademia Nazionale di Medicina.

**Emanuele Di Simone**

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

**Nicoletta Dasso**

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

**Francesco Medici.**

Socio ASIQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale Medico Chirurgo, specialista in Chirurgia Generale, acquisiti master universitari di secondo livello. Pubblicati lavori scientifici, coautore 1 Libro, autore di articoli su riviste on line. Medico di direzione sanitaria dell'A.O San Camillo Forlanini, direttore della UOSD Gestione dei Blocchi operatori e Pre-ospedalizzazione e direttore ff della UOSD Organizzazione sanitaria e Reti. Consigliere Nazionale ANAAO (maggiore organizzazione della dirigenza medica in Italia). Docente della scuola di formazione di quadri sindacali ANNAO. 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 ASIQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale. Laurea in Scienze Biologiche, Specializzazione in Genetica Medica, Dottorato in Genetica Medica e Master in Management E Innovazione nelle Aziende Sanitarie, tutti conseguiti presso "Sapienza" Università di Roma. È ricercatore universitario SSD MED/03 presso il Dipartimento di Medicina Clinica e Molecolare della Facoltà di Medicina e Psicologia, "Sapienza" Università di Roma dove svolge la sua attività di ricerca in ambito di neurogenetica, cardiogenetica e oncogenetica. Svolge attività diagnostica presso l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, UOD

Genetica Medica, dove è strutturata come Dirigente biologo di I livello. Si occupa principalmente 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; emanueledisimone@gmail.com; nicolettadasso@gmail.com; fam.medici@mac.com; maria.piane@uniroma1.it ; mario.ronchetti@gmail.com; andrea.gg.vannucci@icluod.com; perlungavita@gmail.com.**

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

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

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

- **"ASIQUAS Covid 19 Review" 2021-22, numeri 1-30**
- **"ASIQUAS Review", numeri pregressi 1-24**

**Per leggere le monografie "Covid 19 Review 2020": www.asiquas.net**

- **Monografia 1 – "Tomas Pueyo –The Hammer and the Dance"**
- **Monografia 2 – "On Covid19 pandemic data"**

- **Monografia 3 – “Ethic and Equity”**
- **Monografia 4 – “Tomas Pueyo – Formaggio svizzero”**
- **Monografia 5 – “Vaccini Covid19 1”**
- **Monografia 6 – “Vaccini Covid19 2”**
- **Monografia 7 – “Residenze e Covid 19”**
- **Monografia 8 – “Covid19 e Salute Mentale”**

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

- **Monografia 1– Long Covid**
- **Monografia 2 – ASIQUAS, Covid 19 e PNRR**

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

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



## *Indice*


| | |
|---|---|
| ***Francesco Di Stanislao*** | **9** |
| *In ricordo di Franco il marchigiano di Tortoreto*, Claudio Maria Maffei | 9 |
| *Quotidiano sanità* - È scomparso Franco di Stanislao | 12 |
| Ancona today - *Addio a Francesco di Stanislao: «Padre nobile della Sanità Pubblica italiana e marchigiana»* | 13 |
| Vivere Senigallia - *Addio al prof. Stanislao, docente universitario ed ex direttore dell'agenzia sanitaria regionale. Il ricordo di Fabrizio Volpini* | 14 |
| ***Articoli di apertura*** | **15** |
| Quotidiano sanità - *Chi ha paura del DM70, quel "salvadanaio" che nessuno vuole rompere*? F. Moirano, C. Maffei | 15 |
| Quotidiano sanità - *Perché un ospedale "che chiude" fa più rumore di dieci Case della Comunità che "non aprono"?* Claudio Maria Maffei | 17 |
| Il Magazine - *La teoria dei due mondi e la progettazione di reti e sistemi della sanità*. Andrea Vannucci | 18 |
| ***Scenari della sanità*** | **20** |
| Fondazione RiES - *Indice di Vicinanza della salute al minimo storico di 84 punti su 100: lontani i livelli pre pandemia, persi 15 punti dal 2019.* | 20 |
| Fondazione RIES – *Nuove proporzioni, sinergie per la salute in un mondo trasformato. Rapporto 2024* | 22 |
| The Lancet – *Nessuan salute senza aiuti e sviluppo*, C. Hanlone e altri | 30 |
| The Lancet – Cause globali e regionali di mortalità materna 2009-2020 .., J. Cresswell e altri | 32 |
| Wired - *La globalizzazione è davvero finita*? Rana Foroohar | 34 |
| Medicina Accademica- *Prevalenza dei fattori di rischio comportamentali tra gli ucraini durante la guerra in mezzo ai fattori di stress esistenti*. O. Kolesnikova e altri | 38 |
| Osservatorio CPI - *Con ReArm Europe, il debito pubblico italiano potrebbe non scendere nei prossimi sette anni* Alessio Capacci, Carlo Cignarella, Carlo Cottarelli | 43 |
| Quotidiano sanità - *Finanziamenti, incentivi economici per i risultati e integrazione ospedale-territorio: la ricetta dei sistemi sanitari di successo.* Giovanni Rodriquez. | 48 |
| Quotidiano sanità - *Salute globale. Il direttore dell'Oms: "Da Hiv a vaccinazioni, con taglio fondi Usa stop assistenza e a rischio 20 anni di progressi"* | 51 |
| Quotidiano sanità - 50*Il 15% delle diagnosi è sbagliato, mancato o tardivo. L'allarme dell'Ocse*. | 53 |
| Quotidiano sanità - *8 marzo. Il Servizio sanitario nazionale è sempre più 'rosa*. Luciano Fassari | 55 |
| Quotidiano sanità - *Tumori. Oms: "Da oggi al 2050 il cancro costerà all'economia globale più di 25 trilioni di dollari. Profonde disuguaglianze nella risposta globale".* Ester Maragò | 56 |
| ***Il caos in sanità: gli USA oggi*** | **58** |
| Salute Internazionale - *USA. Cosa vogliono gli oligarchi* - Sen. Bernie Sanders | 58 |
| The NEJM – *Aggiornamento sulle epidemie del NEIM-H5N1: una visione dagli Stati Uniti* – | 60 |
| The NEJM - *Il ritiro degli Stati Uniti dall'OMS: come il presidente Trump sta indebolendo la salute pubblica* Gavin Yamey , e Boghuma K. Titanji | 70 |
| The NEJM - *Affrontare gli attacchi politici all'istruzione medica: il futuro della diversità, dell'equità e dell'inclusione in medicina* -Pamela Guerra, Fernando De Maio | 73 |
| The Lancet – *La sanità pubblica sotto Trump 2.0. i primi 50 giorni.* Lancet salute pubblica. | 76 |
| Foreign Affairs - *L'imminente crisi sanitaria globale*. Thomas J. Bollyky e Yanzhong Huang | 78 |
| La Repubblica - *Sulla sostenibilità si dividono le strade di Eurozona e Usa* | 83 |
| Corriere della sera - *Il male oscuro della Trumponomics: cosa sta inceppando il motore dell'America di Trump?* Federico Fubini | 85 |
| Scienza Medica - *La sanità italiana e americana a confronto* - Giuseppe Vinci | 86 |
| Columbus Assicurazioni - *Sistema sanitario americano e italiano a confronto* | 88 |
| ISS - *La riforma del sistema sanitario degli Stati Uniti* | 90 |
| Wikipedia - *Sistema sanitario degli Stati Uniti d'America* | 92 |
| Salute Internazionale - *La politica della crudeltà*. Maurizio Murru | 94 |
| ***Scenari del SSN*** | **98** |
| The Lancet – *Riconoscere i limiti dei 21 sistemi sanitari regionali italiani* – Franco Piscitelli e altri | 98 |
| The Lancet – *Sistema informativo sanitario in Italia: il ruolo dei Comitati Etici*. C. Maria Petrini | 100 |
| Quotidiano sanità - *La sanità pubblica, un campo di "incoerenze*" - di Ivan Cavicchi | 102 |

| | |
|---|---|
| ***Sostenibilità della sanità*** | **104** |
| The NEJM Catalyst - *Idee emergenti nell'erogazione delle prestazioni sanitarie* - Jens Deerberg-Wittram | 104 |
| Quotidiano sanità - *Oms/Europa. Bastano 25 misure di sanità pubblica, in cinque anni, per migliorare la salute delle persone* | 106 |
| Saluta Internazionale - *Linee-guida cliniche e qualità delle cure*, Giulio Formoso | 107 |
| Quotidiano sanità - *Sanità e trasparenza: sapere quanto costa, per curarsi meglio* - Luca Pallavicini | 109 |
| ***One Health e clima*** | **111** |
| The Lancet – *La leadership climatica dell'Europa nell'era "America first"* – Kim van Daalen e altri | 111 |
| The Lancet – *Carico globale, regionale e nazionale dell'inquinamento atmosferico domestico 1990 – 2021.* | 113 |
| Quotidiano sanità - *La Conferenza globale Oms su inquinamento atmosferico. Ridurre gli impatti sulla salute del 50% entro il 2040* | 117 |
| Il Sole 24 Ore - *Le microplastiche nei suoli possono aumentare la resistenza agli antibiotici* - Davide Madeddu | 119 |
| ***Pandemie in essere e in arrivo*** | **120** |
| The Lancet – *Risultati sulla salute un anno dopo l'infezione da Omicron* …. H. Zhang e altri | 120 |
| La Repubblica - *Salute, scoperta una nuova classe di antibiotici: "Debellerà la resistenza"* | 124 |
| Mc Master University - *I ricercatori del Wright Lab sviluppano una nuova piattaforma per la produzione e la scoperta di antibiotici* - Boschetti di Christy | 125 |
| Quotidiano sanità - *Se torna la pandemia gli ospedali rischiano la fine della casetta di paglia dei tre porcellini* – C. M. Maffei | 126 |
| ***PNRR e sua implementazione*** | **128** |
| Quotidiano sanità - *Case della comunità senza il personale* - Ester Maragò e Giovanni Rodriquez | 128 |
| Quotidiano sanità - *PNRR. A che punto siamo? Ritardi strutturali, carenze di personale e governance frammentate mettono il piano a rischio. Ecco la relazione* | 131 |
| Ministero salute – *Missione 6 – Incontro Regioni e PPAA* | 133 |
| AGENAS – *Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM 77/2022, II° semestre 2024* | 139 |
| Ministero Affari Europei – *Sesta relazione sullo stato di attuazione del PNRR – Sezione I°* | 140 |
| Ministero Affari Europei – *Sesta relazione sullo stato di attuazione del PNRR – Sezione II°* | 142 |
| ***L'ospedale che cambia*** | **144** |
| Il Sole 24 Ore - *Oggi c'è carenza di medici, ma nel 2032 c'è il rischio di averne 60mila in esubero* - Marzio Bartoloni | 144 |
| Il Sole 24 Ore - *Liste d'attesa priorità per gli italiani. Schillaci: ecco dove sono state già ridotte* - Ernesto Diffidenti | 146 |
| Quotidiano sanità - *Considerazioni sullo stato della sanità e delle liste d'attesa* -Lucio Mango | 147 |
| ***Medicina territoriale*** | **149** |
| Quotidiano sanità - *Case della Comunità. Schillaci: "Non si rilevano criticità rispetto a impegni con Europa". E sui medici di famiglia: "Possibile riorganizzazione contrattuale del ruolo unico"* | 149 |
| Welforum.it - *Community for action* - Angelo Buonomo | 151 |
| Quotidiano sanità - *Il ruolo centrale dei Distretti nella riorganizzazione dell'assistenza territoriale* - Antonino Trimarchi, Paolo Da Col | 153 |
| Quotidiano sanità - *Medicina generale. Atto di indirizzo, un'occasione mancata per un concreto rinnovamento del Ssn* - R. Polillo, M. Tognetti | 155 |
| Quotidiano sanità - *Ospedale di Comunità del Policlinico Tor Vergata. In sei mesi 421 accessi, il 64,6% dalle aree mediche* - Isabella Mastrobuono, Alessandro Sili | 156 |
| Quotidiano sanità - *One Health e invecchiamento sano. In Liguria parte la sperimentazione del primo modello integrato di una "comunità in salute"* | 158 |
| Quotidiano sanità - *Case di Comunità, MMG e grandi incognite* - Giuseppe Belleri | 160 |
| Quotidiano sanità - *Davvero con le Case e gli Ospedali di Comunità per realizzare una sanità di prossimità*? Bruno Agnetti | 162 |
| La Repubblica - *"Medici di famiglia in via d'estinzione". Secondo il rapporto Gimbe in Italia ne mancano 5.500* - Elena Dusi | 164 |
| Il Sole 24 Ore - *Nuovi medici di famiglia, la scuola di specializzazione è pronta da 30 anni* - Fabio Pignatti | 165 |
| *Osservatorio CPI – Come è cambiata la sanità territoriale* - | 167 |
| ***Sanità, sociale e Long Term Care*** | **169** |
| The Lancet – *L'impatto a lungo termine del Covid-19 sulla salute mentale* …M. Zheng e altri | 169 |
| Sanità Informazione - *Anziani, gli italiani sono i più soli d'Europa* - Isabella Faggiano | 171 |
| Il Sole 24 Ore - *Terza età, uno studio rivela il legame tra condizioni sociali e invecchiamento biologico* - Federico Mereta | 173 |

| | |
|---|---|
| Welforum.it - Tutti i fondi per il welfare sociale - Franco Pesaresi | 175 |
| ***Nursing*** | **179** |
| Quotidiano sanità - *Giornata nazionale contro le aggressioni al personale sanitario* – Ester Maragò | *179* |
| **Quotidiano sanità - *Assistenza domiciliare integrata (ADI): gli infermieri fanno la differenza.* Marina Vanzetta** | 181 |
| Quotidiano sanità - Infermieri. Gimbe: l'Italia perde 10 mila professionisti l'anno e precipita nelle classifiche europee su numero di laureati e retribuzioni | 183 |
| FNOPI - Congresso Nazionale, la chiusura: "Investire sugli infermieri significa investire sul futuro del Paese" | 185 |
| Fanpage.it - *In Italia mancano gli infermieri: stipendi tra i più bassi dell'Ue, fuga all'estero e abbandoni volontari* | 187 |
| ***Digitalizzazione e telemedicina*** | **188** |
| *Bill Gates: l'IA sostituirà medici e insegnanti in 10 anni* | 188 |
| JAMA - *Confronto tra le risposte dei medici e delle chatbot di intelligenza artificiale alle domande dei pazienti pubblicate su un forum pubblico sui social media* | 189 |
| The Lancet – *Frammentato ma in evoluzione: una risposta all'editoriale "il sistema dati sanitari italiano è rotto"* | 190 |
| JAMA - *Perseguire l'equità con l'intelligenza artificiale nell'assistenza sanitaria* | 192 |
| ***Economia e sanità*** | **195** |
| Fisco Equo - *Istat: Cresce la disuguaglianza nella distribuzione dei redditi dopo la riforma dell'Irpef* - Luciano Cerasa | 195 |
| Fisco Equo - *L'amministrazione finanziaria emette meno atti: ecco perché si riduce il contenzioso tributario* | 197 |
| La Repubblica - *Ecco chi paga il "whatever it takes" della Germania di Friedrich Merz* - Walter Galbiati | 198 |
| La Repubblica - *Stiglitz: "L'Europa resista e diventi un baluardo di diritti e democrazia"* - Giuseppe Colombo | 199 |
| Fisco Equo - *Fondazione Cariplo: Le disuguaglianze dell'imponibile Irpef che ancora pesano sul sistema* | 200 |

## *Francesco Di Stanislao*

# In ricordo di Franco il marchigiano di Tortoreto

**Claudio Maria Maffei**

Da ieri mattina si sono moltiplicate le testimonianze dell'impatto che ha avuto Franco nel mondo in cui ha lavorato, quello della sanità pubblica delle Marche. Una analisi seria di quello che Franco ha seminato nella nostra Regione richiede tempo perché è stato tanto e perché merita di essere ricostruito in modo tale che quel patrimonio di idee e di esperienze possa essere consegnato ad una sanità pubblica, quella marchigiana, che ha tanto bisogno di farlo rivivere. Ci sarà tempo e modo di farlo.

Oggi, il giorno in cui lo andrò ancora a salutare in quella Senigallia che ha avuto un così forte significato nella sua e nella nostra vita professionale, provo a ricordare di volata alcuni dei grandi meriti professionali di Franco.

Il primo grande merito è stato quello di dimostrare che l'igiene e la sanità pubblica è una disciplina nobile che può reclamare professionisti di talento al pari di quello che avviene con tutte le "grandi" discipline. Persone come lui e come Giovanni Renga, il nostro comune maestro, hanno esercitato una leadership naturale che ha spinto molti giovani professionisti a scegliere la specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva come primissima opzione. Alla Scuola di Specializzazione di Ancona (io oggi qua parlo solo delle Marche) si sono formati decine tra Direttori Generali, Direttori di Distretto, Direttori Sanitari, Direttori Medici e Direttori di Dipartimento oltre che di professionisti di qualità. Una intera classe dirigente che Franco ha formato prima all'Università e poi in Regione quando ha diretto per tanti anni l'Agenzia Regionale Sanitaria.

Il secondo grande merito di Franco è stato quello di dimostrare che la statistica in sanità pubblica serve, può essere persino divertente e utile e non deve generare reazioni di terrore del tipo "no la statistica non fa per me, io di numeri non ne capisco niente". Magari aggiungendo "Perché sai io ho fatto il classico". Nella divisione dei ruoli che ci caratterizzava negli anni di lavoro comune io scrivevo i testi e Franco faceva le elaborazioni statistiche. E uscivano così i nostri "lavori" necessari alla carriera universitaria che Franco poi ha fatto ai massimi livelli meritandosela in pieno.

Il terzo grande merito di Franco è stato quello di scrivere Piano Socio-Sanitari di grande visione che a distanza di tanti anni, specie l'ultimo del 2003-2006 (che posso inviare in pdf su richiesta), mantengono intatta la loro validità come testo di sanità pubblica. In questo Franco è riuscito a saldare (altro grande merito, e siamo a quattro) una dimensione accademica da Universitario vero, a una dimensione più pratica da uomo di sanità pubblica vero. Da questo punto di vista Franco era un esemplare di Universitario raro, una specie da proteggere.

Un altro grande merito di Franco (siamo al quinto) è stato quello di rendere la formazione qualcosa di vivo sia attraverso la passione con cui faceva lezione che attraverso la introduzione di un approccio pedagogico nuovo, quello del nostro comune maestro (e maestro del prof. Renga) Jean - Jacques Guilbert.

Altro grande merito: avere dimostrato che una Agenzia Regionale Sanitaria serve alla sanità di una Regione che vuole governarla introducendo e sperimentando strumenti nuovi. Qui gli esempi sono tanti, ma i primi due che mi vengono in mente sono l'accreditamento (con annessa autorizzazione) e i profili di assistenza o Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali che dir si voglia. Con lui alla Direzione della Agenzia partì una esperienza di profili governati dalla Regione in condivisione con le Aziende (prendiamo ad esempio quello della frattura del femore) davvero unica o quantomeno anticipatoria. Aveva avviato anche un lavoro analogo sulle reti cliniche, ma qui la politica non lo ha sostenuto.

Siamo a sette: l'apertura alle nuove professioni e alla integrazione tra sanità e sociale. Franco non ha formato solo medici, ma infermieri, fisioterapisti e altri professionisti ancora, sempre con una visione aperta e innovativa della sanità pubblica. Nel febbraio 2003 ha costituito il CRISS (Centro Interdipartimentale di Ricerca sull'Integrazione Socio-Sanitaria) ed è stato anche Presidente del Corso di Laurea in Educatore Professionale.

Dai che tra un po' arriviamo a 10. Ottavo: Franco ha dimostrato che tecnici e politici non si debbono incontrare necessariamente abbassandosi al livello del più basso, ma salendo se possibile ognuno sulle spalle dell'altro. Quando l'operazione è riuscita ad avvantaggiarsene è stata tutta la sanità delle Marche. Altri tempi.
Nono merito: mi hai insegnato l'aforisma secondo cui "*In God we trust; all others must bring data*". Traduco anche se è inutile: "*crediamo in Dio, ma tutti gli altri portino dati*".
Decimo: dimostrare che la qualità in sanità può essere una cosa viva e non solo carta che si accumula. La sua ultima fatica professionale è stato appunto un tomo sulla qualità dell'assistenza di cui ho il privilegio di avere una copia autografa. Ma altri ricorderanno meglio questo aspetto.
L'undicesimo merito lo abbiamo tutti e due e non è professionale: siamo riusciti a tornare a volerci bene dopo qualche contrasto e incomprensione. Tra i ricordi che mi hai regalato un posto speciale ce l'ha il tuo gesto di quando qualche mese ti sono venuto a trovare e tu hai tirato fuori i lavori che avevamo scritto assieme: Di Stanislao F. e Maffei C.M.
Franco ci mancherai, mi mancherai.
PS Metto una nostra bella foto della primavera del 2001 a Loreto con una bella persona che ci ha sempre unito. Di mettere la foto di noi due col prof. Renga non me la sono sentita. Troppa malinconia.



quotidianosanità.it

# È scomparso Franco di Stanislao

***Ad annunciarlo la Presidente e tutti i soci Asiquas: "Ha contribuito nel mondo universitario e fuori da esso esprimendo un pensiero rivolto al futuro, immaginandone sempre uno migliore che comprendesse la necessità di fare qualità nel sistema sociosanitario, ad esempio partecipando alla fondazione di slow medicine e rifondando la società della qualità in Asiquas"***



**13 MAR -**

"*Stanotte il Prof. Franco di Stanislao ci ha lasciati. Ad alcuni forse non ricorderà nulla in particolare, ma a molti di noi che sono innamorati della qualità come principio, sicuramente è noto.*

*Ha contribuito nel mondo universitario e fuori da esso esprimendo un pensiero rivolto al futuro, immaginandone sempre uno migliore che comprendesse la necessità di fare qualità nel sistema sociosanitario, ad esempio partecipando alla fondazione di slow medicine e rifondando la società della qualità in ASIQUAS.*

*E come tutti i grandi ha sempre messo in discussione sé stesso e le proprie idee ascoltando quelle degli altri in un dibattito sincero, aperto e soprattutto educato nei toni e nei contenuti.*

*Nel mio personale percorso è stato dapprima un mentore e poi un compagno di percorso.*

*Oggi ci stringiamo alla famiglia in un abbraccio virtuale fatto da tutti coloro che hanno compreso dalle sue idee che bisogna sempre immaginare il meglio, insieme*".

Così lo ricordano Silvia Scelsi, Presidente ASIQUAS e tutti i soci ASIQUAS.

**https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni//articolo.php?articolo_id=128358**

ANCONATODAY

# Addio a Francesco di Stanislao: «Padre nobile della Sanità Pubblica italiana e marchigiana»

*Per tutti era detto 'Franco'. Il professore fu tra i primi a spiegare che «la Sanità non è un'industria manifatturiera e quella pubblica deve riportare come unici utili d'impresa i risultati di salute sulle persone e sulla popolazione»*



SENIGALLIA – Si è spento a 72 anni **Francesco Di Stanislao**, per tutti **'Franco'**. Professore, laureatosi in **Medicina** ad **Ancona**, dopo una breve parentesi da docente in **Piemonte** è tornato nella nostra regione prestando servizio al **dipartimento di Igiene ospedaliera dell'Usl 12**. Poi, nel 2016-2017 è stato scelto per dirigere l'**Agenzia sanitaria delle Marche**. Un incarico che finì per lasciare in polemica con i vertici politici regionali di allora. Di Stanislao ha ricoperto successivamente altri ruoli anche nel natìo **Abruzzo** prima di andare in pensione.

Tanti sono stati gli attestati di stima e cordoglio tributati a Di Stanislao che si sono potuti leggere su **Facebook**. Tra questi quello dell'ex Direttore generale dell'**Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona Michele Caporossi**: «Il professor Francesco Di Stanislao -scrive sul proprio profilo -, uno dei padri nobili della **Sanità Pubblica italiana e Marchigiana**, non è più tra noi. Dalla metà degli anni'90 è stato il nostro Maestro di Management sanitario, con una grande capacità di governo del cambiamento che ha impresso a tutto il Sistema una impronta indelebile. Franco – prosegue l'ex dirigente - era un medico igienista che interpretò in chiave modernissima il processo di aziendalizzazione in atto dal 1995, con la costituzione delle aziende territoriali e ospedaliere. Insegnava già da allora che il governo clinico, alla base dell'efficacia pratica del Servizio, è la chiave per raggiungere anche l'efficienza. La Sanità non è un'industria manifatturiera e la sanità pubblica deve riportare come unici utili d'impresa i risultati di salute sulle persone e sulla popolazione, tenendo a bada una deriva distorta del concetto di azienda con al centro solo gestione finanziaria e risparmio scollegato dagli obiettivi». Caporossi prosegue a raccontare: «Dopo il periodo aureo dell'Agenzia sanitaria Regionale Marche da lui diretta, periodo di grandi sforzi di visione e di pianificazione strategica poi dismessa, abbiamo vissuto insieme per 4 anni l'impegnativa vicenda abruzzese, io Dg di Asl e lui Dg del'Agenzia Regionale. Un'esperienza nella quale Franco ideò e realizzò un dispositivo di governo regionale di qualità e appropriatezza e di lotta alla corruzione che le forze del male cercarono di fargli pagare sulla sua pelle. I suoi meriti trionfarono sul malaffare. Ma quell'esperienza fu anche durissima per la sua salute. In seguito Franco fu caposcuola in sede universitaria di un movimento di innovazione profonda basato sulla qualità delle cure e sull'orientamento al paziente. È stato un grande caposcuola e un uomo di immensa generosità. Resterà per sempre tale dentro tutti noi. Ciao Franco».

Di Stanislao era da tempo malato. Lascia la moglie **Manuela**, i figli **Jacopo** e **Laura** e gli amati nipoti. Nella camera ardente di **Borgo Bicchia** domani alle 9,30 verrà dato l'ultimo saluto a 'Franco' con il rito laico. Dopodiché la salma verrà tumulata nel cimitero di **Montignano**.

**https://www.anconatoday.it/attualita/morto-francesco-franco-di-stanislao-padre-nobile-sanita-marchigiana-2025.html**

vivere senigallia

## Addio al prof. Stanislao, docente universitario ed ex direttore dell'agenzia sanitaria regionale. Il ricordo di Fabrizio Volpini



Se n'è andato all'età di 72 anni il dott. Francesco Di Stanislao, medico, ordinario all'Università Politecnica delle Marche, e anche ex presidente dell'Aquitas.
A ricordarlo è l'amico e collega Fabrizio Volpini. "Caro Fraco, come ti piaceva farti chiamare, più volte le nostre vite si sono incrociate: da studente frequentavo le tue lezioni nell'Istituto d'Igiene e Medicina Preventiva dell'Università di Ancona diretto dal prof Renga. La passione e l'amore per la Prevenzione e per la Sanità Pubblica, faro della mia militanza nel mondo della Sanità, è anche merito tuo. La nostra frequentazione è continuata negli anni della Scuola dI Specializzazione. In seguito ci sono state strade e percorsi professionali diversi e distanti. Alcuni anni fa però ci siamo ritrovati, io con il mio inaspettato incarico di consigliere regionale e presidente della commissione sanità della regione marche, e tu alla guida dell'Agenzia Sanitaria Regionale, incarico per cui fosti scelto per la tua grande competenza unita all' inesauribile capacità di lavoro. Poi il tuo ritorno in Università e il mio nella Medicina Generale. Qualche settimana fa ti ho ho accolto nella struttura sanitaria dove attualmente lavoro. Questo giovedì mattina, malato e stanco ci hai lasciato. Ciao Franco".

Il rito laico di Franco Di Stanislao, che lascia la moglie Manuela, i figli Jacopo e Laura e i nipoti, sarà celebrato sabato 15 marzo alle ore 9.30 presso la casa funeraria O.F.R. di Senigallia.

**https://www.vivereSenigallia.it/2025/03/14/addio-al-prof-stanislao-docente-universitario-ed-ex-direttore-dellagenzia-sanitaria-regionale-il-ricordo-di-fabrizio-volpini/39493**

## *Articoli in evidenza*

quotidianosanità.it

### Chi ha paura del DM70, quel "salvadanaio" che nessuno vuole rompere?

**F. Moirano, C. Maffei**

**03 MAR** -

*Gentile Direttore*,

chi scrive è da anni incredulo e quasi spaventato dalla incapacità di sistema a riconoscere nella frammentazione e dispersione della assistenza ospedaliera "il salvadanaio" da rompere per far crescere sia la prevenzione che l'assistenza territoriale.

Partiamo da qualche dato. Il tasso di ospedalizzazione per acuti, ricoveri ordinari e day hospital (senza applicare alcuna riduzione per i 108 DRG a rischio di inappropriatezza che sono vicini al 20% dei ricoveri), già nel 2019 era inferiore a 130 per 1.000 abitanti, ben al di sotto del 160 previsto dal DM 70, e nel 2023 è stato ancora più basso del 2019.

Sempre nel 2019 i posti letto per acuti utilizzati erano 2,55 per 1.000 abitanti ( a fronte del 3 per 1.000 del DM/70, e cioè il 16% in meno, senza applicare nemmeno in questo caso le riduzioni per i 108 DRG a rischio di inappropriatezza) con le discipline chirurgiche che nel 2019 avevano mediamente un tasso di occupazione tra il 50 e il 60% e le discipline mediche che invece avevano un tasso di occupazione dei posti letto vicino al 90%.

Sono dati che evidenziano la mancata programmazione ospedaliera a livello di molte Regioni, mancanza che ha determinato una frammentazione della offerta, bassi volumi di attività in molti ospedali e strutture mantenute aperte con standard ed esiti non adeguati e alti costi di gestione.

A questa situazione corrisponde la considerazione che l'incremento del Fondo Sanitario Nazionale (auspicabile, ma verosimilmente impossibile nel breve in considerazione del fatto che già da sola la nostra spesa per interessi intorno al 4% del PIL non lo consente) non sarebbe comunque in grado da solo di risolvere i problemi della sanità italiana.

Il Ministro Schillaci qui su Qs nella interessante e condivisibile intervista rilasciata in occasione della ultima puntata di Future in Health Care afferma che "va aumentata la quota del Fondo sanitario nazionale destinato alla prevenzione. Oggi è il 5%, dobbiamo portarlo al 7-8% proprio perché il contesto epidemiologico è cambiato e occorre far sì che ci siano in futuro meno malati."

Siamo andati speranzosi a leggere il resto della intervista per capire se il Ministro avrebbe detto che quel 3% che manca (che nella realtà è di più perché oggi si spende nel meno del 5% per la prevenzione, peraltro spesso "burocratica" legata alle, e valutata per, le prestazioni erogate) bisogna andarselo a prendere dall'altro macrolivello LEA della assistenza ospedaliera, ma di questa posizione non abbiamo trovato traccia.

Allo stesso modo pochi giorni fa Qs ha pubblicato un'altra interessante intervista a Pierino Di Silverio dell'Anaao nel cui titolo figura l'espressione (che pure condividiamo) "PNRR? Un'operazione immobiliare" e nel cui contenuto viene (logicamente trattandosi di fonte sindacale) sottolineato il mancato investimento sul personale senza alcun riferimento alla possibilità che parte almeno del personale e delle risorse che servono per la operatività del PNRR stiano nella rete ospedaliera e da questa possa essere recuperata.

Questa indifferenza al tema della razionalizzazione della rete ospedaliera è molto diffusa e riguarda non solo la politica, tutta o quasi, spaventata dalla impopolarità del tema e abituata a usare gli ospedali anche come strumento elettorale, ma anche gli ambienti professionali e scientifici.

Eppure dal 2015 c'è un Decreto, il Decreto Ministeriale 70, che fornisce in modo certamente migliorabile gli standard e i modelli utilizzabili per la programmazione delle reti ospedaliere regionali.

Un Decreto che in teoria avrebbe talmente cogenza da vincolare al suo rispetto sia i programmi di edilizia ospedaliera che la determinazione del fabbisogno di personale utilizzabile per un lieve incremento del tetto di spesa del personale. Prendiamo i programmi di edilizia ospedaliera.

Nel sito del Ministero della Salute si dice a proposito del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici del ministero della Salute che tra i suoi compiti c'è quello di esprimere un parere obbligatorio sugli

interventi di realizzazione di nuovi ospedali e progetti di ristrutturazione ivi compresi quelli realizzati mediante capitali privati (PPP), parere che andrebbe dato verificando che tali progetti siano coerenti con gli atti di programmazione regionali adottati o da adottare per la riorganizzazione di servizi ospedalieri, in attuazione del D.M. 2 aprile 2015, n. 70.
Allo stesso modo il metodo di calcolo del fabbisogno di personale ospedaliero nell'ultimo Decreto del gennaio 2023 che lo riporta fa esplicito riferimento al fatto che esso possa essere applicato alle sole Regioni che quel Decreto l'hanno applicato.
Accanto alle posizioni indifferenti rispetto al DM 70 ci sono anche quelle assolutamente contrarie come quelle di Ivan Cavicchi e del Forum dei Clinici.
Fu proprio l'onda lunga della posizione critica di questo Forum che chiedeva di discuterne col Ministro a portare a quella "tavolata" istituita nel luglio del 2023 sui Decreti 70 e 77 che deve ancora produrre documenti utili.
A volte abbiamo l'impressione che a difendere il DM 70 siamo rimasti davvero in pochi, tanto da farci venire in mente la possibilità di trasformarlo in DMM 70 (Decreto Moirano Maffei). Eppure noi siamo i primi che oltre a difenderne lo spirito ne proponiamo l'adeguamento visto che 10 anni (in realtà anche di più perché alcune disposizioni del Decreto 70 erano già state date con la Legge 135 / 2012 ) sono una enormità dato che nel frattempo ci sono state/i stata la pandemia, il PNRR, il DM 77 e fenomeni come il perdurante sottofinanziamento del Ssn, la sua perdita di attrattività per i professionisti, la carenza di vocazioni per alcune specialità e il crescente peso dei privati. Questa nuova cornice dovrebbe spingere ad una maggiore spinta razionalizzatrice sia nei confronti delle reti ospedaliere pubbliche che di quelle private e quindi ad una revisione del DM 70 in totale coerenza con i suoi principi.
Purtroppo, come anticipato, il tema della razionalizzazione delle reti ospedaliere non "acchiappa" e mentre dilagano i titoli clickbait sulle strutture del PNRR come scatole vuote e sulle carenze insopportabili di personale, di quel "salvadanaio " da utilizzare per riempire almeno in parte quelle strutture e coprire quelle carenze sembra non occuparsi convintamente nessuno, anche in ambienti che pure lo dovrebbero mettere al centro delle proprie attenzioni come i sindacati confederali e di categoria, i centri di ricerca universitari che producono Rapporti sullo stato del Ssn, gli esperti che producono documenti su come uscire dalla crisi del Ssn e gli Ordini Professionali.
Quanto ai Ministri c'è una totale continuità tra Speranza che bloccò l'adeguamento del Decreto e Schillaci che lo ha messo al centro di quel tavolo di lavoro costruito per non produrre niente.
Ormai da anni nell'Annuale Atto di Indirizzo del Ministero della Salute (vedi l'ultimo del 2025) sulla riqualificazione della rete ospedaliera ci si limita a scrivere che sono in corso attività volte a rilevare le criticità emergenti dall'attuazione del DM 70, frase che si ritrova anche nell'Atto di indirizzo 2023. Non una sola parola è spesa sulla verifica degli atti programmatori regionali in tema di applicazione del DM 70.
Nel frattempo, in assenza di una programmazione ospedaliera da parte dei decisori, la programmazione la fanno i cittadini con le loro gambe scegliendo gli ospedali più qualificati e da ultimo la fanno con le loro gambe in ambito lavorativo anche i giovani medici, infermieri ed operatori "costringendo" le direzioni aziendali soprattutto negli ospedali più periferici a basso volume di attività e meno attrattivi ad utilizzare "i gettonisti" per coprire i turni. Infatti, a nostro parere liste di attesa e gettonisti sono un epifenomeno della mancata programmazione della rete ospedaliera.
Saremo noi del DMM 70 a sbagliarci? Onestamente non ci pare, anzi.

**https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=128064**

quotidianosanità.it

# Perché un ospedale “che chiude” fa più rumore di dieci Case della Comunità che “non aprono”?

***Claudio Maria Maffei***

*Gentile direttore*,
Qs ha puntualmente documentato alcuni giorni fa giorni lo stato di (non) avanzamento delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità nella stragrande maggioranza delle Regioni italiane. Nell’articolo si commentavano i risultati del monitoraggio del DM 77 dell’Agenas relativo al II semestre 2024. La efficace sintesi riportata all’inizio dell’articolo è la seguente: ”Le Case di Comunità che vedono la presenza medica e infermieristica - 24 ore al giorno per 7 giorni a settimana nelle CdC Hub e 12 ore al giorno per 6 giorni a settimana per le CdC Spoke - sono appena 46, meno del 3% del totale previsto. E sono 118 quelle con tutti i servizi obbligatori senza la presenza però di medici e infermieri (circa il 7%). Gli Ospedali di comunità con almeno un servizio attivo sono circa 124, su un totale di 568 strutture previste, circa il 22%.” Tanto per dare una idea complessiva della situazione delle 1717 Case della Comunità previste più di 1000 (1068 per la precisione) risultano non attive.
In pratica, nella maggioranza delle Regioni italiane (con le principali eccezioni di Emilia-Romagna, Toscana, Lombardia, Veneto) la gran parte dei cittadini e di chi li rappresenta (Sindaci e politici locali) non sa che cosa sia in concreto una Casa della Comunità, mentre forse qualcuno di più sa cos’è un Ospedale di Comunità non fosse altro che per il fatto che spesso è un piccolo ospedale riconvertito. La stessa ignoranza (in senso letterale) nelle stesse Regioni riguarda la figura dell’infermiere di famiglia e di comunità. In coerenza con questa mancanza di consapevolezza sui “nuovi” servizi territoriali non ci sono movimenti popolari per la difesa della locale Casa della Comunità o del locale Ospedale di Comunità, mentre non si contano le iniziative popolari per il “salvataggio” di questo o quell’ospedale o addirittura per il “salvataggio” di un singolo reparto o di una singola attività, come quella di area chirurgica e quella dei punti nascita.
Questa percezione dei “servizi territoriali“ come servizi rispondenti a bisogni non prioritari, è testimoniata anche dal fatto che quando si parla dei 4,5 milioni di italiani (il 7,6%) che rinunciano alle cure (in assoluto uno dei dati più citati a proposito della crisi del Ssn) quasi mai si ricorda che il dato si riferisce alle sole prestazioni specialistiche di visita e di esame strumentale. Se la percentuale venisse calcolata ad esempio sull’accesso alla assistenza neuropsichiatrica infantile (come quella delle Unità Multidisciplinari dell’Età Evolutiva) o ai Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze o alla presa in carico da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale quelle percentuali salirebbero in modo vertiginoso fino a superare in molte aree il 50%.
Questa sorta di insensibilità di comunità (mi verrebbe da chiamarla “di gregge”), che coinvolge sia i politici che i cittadini, verso i servizi territoriali (che ovviamente non riguarda quei cittadini che i bisogni che ho citato prima li vivono direttamente e drammaticamente) ha delle cause e delle conseguenze che meriterebbero anche dei rimedi, almeno a livello tentativo. Su questo vorrei accennare qualche considerazione nella consapevolezza che si sta parlando di un problema particolarmente complesso. Partiamo dalle conseguenze. La prima importante conseguenza è che il consenso si gioca molto più sul mantenimento e potenziamento dei servizi ospedalieri che non sulla crescita di quelli territoriali. Ciò vale anche per le aree interne dove la spinta politica è piuttosto verso il riconoscimento dello status di area disagiata previsto dal DM 70 (che vuol dire nella migliore delle ipotesi un piccolo ospedale a rischio di inefficienza e di scarsa sicurezza privo di qualunque appeal professionale) che non verso la rivendicazione di una progettualità adeguata alle esigenze di un’area interna, che è quella del DM 77 con tutto il suo repertorio di strutture con i relativi servizi. Quelle che vengono spesso definite “scatole vuote” senza però specificare come riempirle. Le Marche forniscono uno straordinario esempio di questa situazione.
In questa Regione l’Assessore alla Sanità è un ex Sindaco di un piccolo Comune dell’interno di cui ha fatto riaprire l’Ospedale in precedenza riconvertito (e che adesso vuole dotare di Pronto Soccorso contro la norma) e l’Assessore ai Lavori Pubblici è l’ex Sindaco di un altro piccolo Comune dell’interno di cui sta rifacendo con fondi europei l’Ospedale raddoppiandone di fatto i posti letto comprensivi di un reparto per una attività chirurgica di un livello di complessità incompatibile anche questo con la norma. Ma questa ospedalomania non riguarda solo i piccoli ospedali, ma anche gli ospedali “di città” con DEA mantenuti e potenziati anche

quando quasi attaccati tra loro, con il consenso di gran parte dei cittadini che poi pagheranno la inefficienza delle strutture cui sono così legati (legittimamente, ma non per questo "intelligentemente"). Sono poi gli stessi territori, delle aree interne e di città, a vedere anzi a non vedere le loro Case della Comunità aperte e funzionanti come da DM 77 riveduto e corretto in base alle realtà locali.
Quali sono le cause (e relativi rimedi) di questa insensibilità di comunità verso le progettualità del DM 77 che dovrebbero riorientare invece le aspettative dei cittadini e le scelte della politica? A mio parere una delle cause è una carenza di *public health literacy* e quindi di cultura di sanità pubblica, la cui definizione trovo in un articolo di Chiara Lorini e Guglielmo Bonaccorsi pubblicato qualche anno fa su Salute Internazionale: "un livello più elevato di alfabetizzazione sanitaria, nel quale gli individui siano in grado di comprendere non solo le informazioni sulla salute che li riguardano da vicino, ma anche quelle che interessano l'intera comunità."
Trovo che questo "livello più elevato di alfabetizzazione sanitaria" meriti di essere perseguito con metodo ed energia, a partire come target da chi fa politica a tutti i livelli. E' per questo che alla Schlein appena insediatasi avevo consigliato qui su Qs di riaprire la Scuola delle Frattocchie. Non mi pare, parlo di sanità, che abbia seguito il mio consiglio e questo si vede, purtroppo.
In attesa vigile e speriamo attiva di una crescita di cultura di sanità pubblica, un ruolo decisivo su questi temi tocca al Ministro della Salute, cui ricordo che il problema del pieno funzionamento delle strutture del PNRR non è legato solo al ruolo dei Medici di Medicina Generale, di cui parla spesso (vedi l'articolo di ieri su Qs), ma anche di riorganizzazione delle reti ospedaliere, di cui non parla mai e di cui né le Direzioni del suo Ministero né l'Agenas si stanno occupando. E lo dovrebbero fare adesso, prima delle elezioni regionali tanto per essere chiari.

**https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=128486**

Il Magazine

# La teoria dei due mondi e la progettazione di reti e sistemi della sanità

**Andrea Vannucci**

Docente di Programmazione, Organizzazione e Gestione delle aziende sanitarie DSIM — Università di Siena

Platone e la sua *teoria dei due mondi* potrebbero ispirarci nell'applicazione operativa di nuovi progetti che riguardano sistemi, reti e processi, aiutandoci a superare gli ostacoli che si frappongono tra visione ed applicazione, tra pensiero ed azione.
Platone divide il mondo delle idee (mondo della logica, caratterizzato da veridicità ed oggettività assoluta) dal mondo sensibile (mondo esperienziale, caratterizzato dalla molteplicità e dalla confusione). Anche nel contesto sanitario, la *teoria dei due mondi* può essere usata come una metafora per distinguere tra mondo ideale e mondo reale.

**Le differenze tra mondo reale e mondo ideale**

**Mondo ideale**

- Si basa su visioni, principi e aspirazioni.
- È definito dall'assenza di vincoli e da scenari ottimali.
- Serve come guida per obiettivi e direzioni strategiche.

**Mondo reale**

- Basato su limitazioni pratiche (risorse, tempo, capacità umane).

- Dominato da dinamiche sociali, economiche e culturali complesse.
- Spesso governato dall'incertezza e dal compromesso.

**Il Mondo ideale,** concettuale e teorico**, è** il livello strategico, dove vengono definite le visioni, gli obiettivi e i modelli teorici ottimali per i sistemi sanitari. Include linee guida, protocolli, standard di qualità e obiettivi di equità e sostenibilità. Qui si definiscono le interconnessioni ideali tra servizi territoriali e ospedalieri, con una visione olistica del paziente e del percorso di cura.

**Il Mondo reale**, operativo e pratico, è il livello applicativo dove le reti sanitarie operano nel quotidiano, con risorse limitate e sfide logistiche.
Include la gestione delle risorse umane, finanziarie e tecnologiche, nonché l'adattamento ai bisogni specifici della popolazione. Questo mondo si confronta con i vincoli reali, come carenze di personale, infrastrutture inadeguate e resistenze al cambiamento.
Prendiamo come esempi la progettazione di una rete territoriale o di una rete ospedaliera e ci troveremo davanti a queste realtà duali:

**Le reti sanitarie territoriali**
Nel mondo ideale abbiamo modelli basati sulla prossimità e continuità delle cure, con integrazione tra medicina generale, servizi di prevenzione, assistenza domiciliare e strutture intermedie.
Nel mondo reale incontriamo le difficoltà nell'integrare i servizi per mancanza di interoperabilità tra sistemi informatici, frammentazione delle responsabilità o disomogeneità nei livelli di servizio tra diverse aree geografiche.

**Le reti ospedaliere**
Nel mondo ideale ci sono strutture ospedaliere interconnesse e specializzate, dove ogni ospedale ha un ruolo preciso (hub e spoke) e si garantisce efficienza, qualità delle cure e percorsi diagnostico-terapeutici condivisi.
Nel mondo reale abbiamo invece limitazioni derivanti da carenza di personale, sovraffollamento dei pronto soccorso, rivalità territoriali, gelosie professionali, resistenze al cambiamento e difficoltà di comunicazione tra ospedali e territori.

Per integrare queste due prospettive occorre un metodo basato sulla successione di 5 passi:

1. **Definire obiettivi chiari**:
    - Individua i tratti essenziali del mondo ideale che vuoi perseguire.
    - Trasforma queste aspirazioni in obiettivi concreti e misurabili.
2. **Analisi del contesto reale**:
    - Valuta le risorse, i limiti e i punti di forza del contesto in cui operi.
    - Identifica gli ostacoli principali al raggiungimento degli obiettivi.
3. **Processi iterativi**:
    - Usa un approccio graduale per avvicinarti al mondo ideale.
    - Testa soluzioni e adatta le strategie in base ai risultati.
4. **Creare alleanze**:
    - Coinvolgi stakeholder, colleghi e comunità.
    - Fai leva sul supporto collettivo per generare un impatto più ampio.
5. **Promuovere la flessibilità mentale**:
    - Accetta che il cambiamento può richiedere tempo e compromessi.

Per una progettazione che nasca dalla conciliazione dei due mondi, occorrono alcuni strumenti ed azioni:

- **La modellazione e la simulazione**, e quindi l'uso di strumenti di modellazione per simulare i flussi di pazienti e risorse, ottimizzando la progettazione dei percorsi di cura e delle infrastrutture.
- **L'Integrazione digitale,** con sistemi informatici interoperabili che consentano il monitoraggio in tempo reale delle risorse, dei flussi di pazienti e degli indicatori di qualità.

- **Una governance partecipativa,** per coinvolgere tutti gli stakeholder (professionisti sanitari, pazienti, amministratori, produttori e fornitori di beni e servizi) nella definizione dei modelli di rete, per garantire un migliore allineamento tra teoria e pratica.
- **L'apprendimento dell'adattabilità,** che prevede **i**nvestimenti nella formazione del personale per facilitare l'adozione di nuovi strumenti e metodologie indispensabili per la creazione di processi flessibili che possano adattarsi ai cambiamenti delle esigenze sanitarie e alle condizioni locali. Riunire il mondo reale con il mondo ideale può apparire una sfida complessa, ma è l'unica via per generare cambiamenti di valore e merita tutto il nostro impegno.

**https://magazine.grandiospedali.it/2025/02/26/la-teoria-dei-due-mondi-e-la-progettazione-di-reti-e-sistemi-della-sanita/**

## *Scenari della sanità*

Fondazione RiES
Fondazione per la Ricerca Economica e Sociale ETS

**COMUNICATO STAMPA**

**Indice di Vicinanza della salute al minimo storico di 84 punti su 100: lontani i livelli pre pandemia, persi 15 punti dal 2019.**

I risultati allarmanti dell'Indice di Vicinanza della salute contenuti nel 3° Rapporto dell'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza mostrano la necessità di ripensare le partnership per la salute

Roma, 26 febbraio 2025 – La Fondazione RiES ETS propone la terza edizione del Rapporto che misura l'Indice di Vicinanza alla Salute che prende in esame l'andamento di 72 indicatori organizzati in 22 dimensioni di indagine. Obiettivo: verificare come stiano cambiando le dinamiche, i servizi e le condizioni di salute dal 2010 ad oggi. Uno sforzo di ricerca culminato nel 3° Rapporto di ricerca intitolato 'Nuove proporzioni: sinergie per la salute in un mondo trasformato" presentato oggi 26 febbraio 2025 presso la Sala Zuccari del Senato su iniziativa della senatrice Ylenia Zambito.

Dopo la pandemia, anche la trasformazione climatica e l'evoluzione dello scenario geopolitico hanno posto nuovi carichi sul sistema produttivo, sociale e di salute. Proprio la Salute è l'elemento che ne esce maggiormente trasformato: i dati mostrano livelli che si assestano su valori stabilmente più bassi rispetto al pre-pandemia sia in termini di isolamento, disgregazione delle relazioni sociali, vulnerabilità economica delle famiglie , sostenibilità e omogeneità territoriale.

La resilienza in molti ambiti del sistema ad oggi non si è realizzata e la ripresa è ancora incerta e frammentata: il sistema salute ha subito una trasformazione che sembra irreversibile e costringe a ripensare il suo impianto dalle fondamenta.

Nella rilevazione 2024 l'indice di vicinanza della salute tocca il suo minimo storico con 84 punti perdendo 16 punti rispetto al valore base di 100 punti fissato per il 2010, anno di partenza della rilevazione. Si è scesi così di altri 2 punti rispetto alla rilevazione 2023 in cui si registravano 86 punti.

Le dimensioni di indagine "Isolamento" e "Coesione sociale" dopo il tonfo del 2020 dovuto alle restrizioni imposte dalle misure di distanziamento si attestano, con valori pressocchè stabili dal 2022 ad oggi, rispettivamente a 82 punti e 88 punti.

La dimensione di indagine "Fragilità economica" della popolazione dal 2019 non riesce più a superare gli 80 punti e si attesta stabilmente a 79 punti.

La dimensione di indagine "Sostenibilità" risulta in peggioramento costante anno dopo anno e quest'anno fa segnare il suo minimo storico a 83 punti, rispetto ai 100 del 2010.

Il sistema salute sotto l'impatto della crisi pandemica, della transizione climatica, delle crisi geopolitiche non è tornato alle sue condizioni originali, ma ha subito una trasformazione profonda, apparentemente irreversibile. "A oltre tre anni dalla cessazione dello stato di emergenza da Covid-19 nel nostro Paese, i dati elaborati dall'Osservatorio sulla 'Vicinanza della salute' evidenziano -spiega la senatrice Ylenia Zambito- una mancata ripresa dei valori prepandemici su molteplici dimensioni di indagine, con una tendenza a stabilizzarsi su livelli inferiori, suggerendo di trovarci di fronte ad un sistema che ha subìto un impatto significativo ed ha modificato i suoi connotati in maniera stabile".

Nelle parole di Duilio Carusi, Coordinatore scientifico dell'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza della Fondazione RiES e Adjunct Professor Luiss Business School, "Non c'è più tempo ne' risorse per accanirsi a cercare di fare cose vecchie in modo nuovo, dobbiamo ripensare il sistema con modelli integrati e sinergie concrete tra tutti gli attori della salute. La 'Vicinanza della salute' rappresenta uno strumento per identificare le priorità di intervento e favorire il dialogo tra componenti diverse del sistema salute e può costituire un nuovo paradigma utile nella strutturazione delle politiche, del pensiero e dell'azione affinché nessuno venga lasciato indietro"

Durante i lavori tra le proposte di priorità nella pianificazione strategica nazionale avanzate dalla Fondazione RiES sono emersi i seguenti punti:

- Il contrasto al crescente isolamento individuale della popolazione
- La promozione della coesione sociale e intergenerazionale
- L'abilitazione di nuove figure professionali caregiver per accompagnare l'evoluzione del burden of disease della popolazione over 65
- La maggiore integrazione del 2° pilastro e del welfare integrativo nel sistema di salute nazionale
- Il potenziamento delle infrastrutture relativamente alle voci Trasporti e Abitare per favorire la coesione sociale e territoriale
- Lo sviluppo delle infrastrutture alla voce Acqua sia per contrastare la crescente crisi idrica, sia per mitigare gli effetti dei sempre più numerosi eventi meteorologici estremi

Per informazioni:
**Osservatorio Salute Benessere e Resilienza**
**Fondazione per la Ricerca Economica e Sociale Ente del Terzo Settore**
Via di Villa Emiliani, 14-16 - 00197 Roma
Tel. 06.85225059
osbr@fondazioneries.it
www.osservatoriosalute.it
www.fondazioneries.it

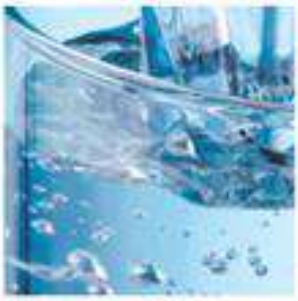
Fondazione RiES
Fondazione per la Ricerca Economica e Sociale ETS

# Nuove proporzioni

## sinergie per la salute in un mondo trasformato



Osservatorio
Salute
Benessere
e Resilienza





III Rapporto 2024

**EXECUTIVE SUMMARY**

# CHI SIAMO

## LA FONDAZIONE

La **Fondazione per la Ricerca Economica e Sociale ETS** persegue esclusivamente finalità scientifico-culturali, nei campi giuridico, economico-sociale e storico-politico. In particolare, nell'ambito delle suddette finalità la Fondazione sostiene, favorisce, progetta e attua programmi di ricerca in materia di impresa, mercato, lavoro, ambiente, contesto economico-sociale, nonché di istituzioni non profit; promuove convegni, seminari, conferenze, dibattiti; sostiene, attraverso la assegnazione di Borse di studio e ricerca, la formazione scientifica e professionale di ricercatori; attua e promuove pubblicazioni e iniziative editoriali; contribuisce alla progettazione di corsi di formazione e di aggiornamento.
Per il raggiungimento delle proprie finalità la Fondazione collabora con la Luiss Libera Università Internazionale degli Studi Sociali Guido Carli.

## L'OSSERVATORIO

L'**Osservatorio Salute Benessere e Resilienza** si muove nel più ampio framework degli obiettivi strategici tracciati dall'Agenda 2030 e svolge attività di ricerca e analisi in un'ottica pluriennale sia delle componenti del sistema di salute nazionale, sia degli strumenti di programmazione e finanziamento europei e nazionali (PNRR), che sono stati adottati nell'ottica di **portare il "bene salute" più vicino alla persona**.
Nel quadro delle sue attività e propositi, l'Osservatorio si rivolge ad istituzioni, operatori istituzionali e sociali e alla società civile, mediante la formulazione di proposte di policy e la promozione di iniziative specifiche sulle tematiche di salute e benessere, avendo come principio ispiratore che l'integrazione dei meccanismi di stewardship e partnership costituisce un fondamentale strumento di preparedness e resilienza a livello Paese, ancor più in questa fase storica del nostro sistema.
L'obiettivo della ricerca è la rilevazione dei fenomeni sociali, economici, culturali, sanitari, demografici legati al tema della salute, ed esita nella restituzione di un Rapporto annuale, pubblicamente disponibile. Il Rapporto offre una lettura integrata dei fenomeni rilevati, descritti attraverso il calcolo di un indice sintetico: l'**Indice di Vicinanza della Salute**.

# IL RAPPORTO

## NUOVE PROPORZIONI: SINERGIE PER LA SALUTE IN UN MONDO TRASFORMATO

Il 3° Rapporto annuale dell'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza della Fondazione Ries **"Nuove proporzioni: sinergie per la salute in un mondo trasformato"** si sviluppa intorno all'aggiornamento dell'Indice di Vicinanza della salute. Il Rapporto analizza l'evoluzione delle sfide nel garantire la salute della popolazione in un contesto globale e nazionale profondamente trasformato e concentrandosi sulla necessità di implementare sinergie efficaci tra i vari attori della salute per affrontare le transizioni in atto e **definire quella che sarà la nuova forma del nostro sistema salute**.

Il Rapporto evidenzia come l'impatto della pandemia abbia lasciato una **trasformazione strutturale** sul sistema, senza possibilità di poter tornare indietro, dovendo oggi ripensare ruoli, funzioni e strategie.

L'**approccio olistico** diventa essenziale, integrando la prospettiva One Health con i determinanti sociali della salute. La crisi climatica, la trasformazione demografica e le tensioni geopolitiche impongono una revisione delle politiche sanitarie e assistenziali per garantire equità e sostenibilità nel lungo periodo.

Tra le principali sfide, emerge la necessità di investimenti in **infrastrutture** e **supply chain** per garantire approvvigionamento idrico, sicurezza alimentare e resilienza energetica. Le carenze di personale sanitario richiedono una ridefinizione delle **competenze** di caregiver e assistenti sociosanitari. I cambiamenti geopolitici influenzano l'economia e le politiche sanitarie, incidendo sulla disponibilità di **risorse**. Il riscaldamento globale e gli eventi estremi aggravano le condizioni sanitarie, rendendo necessarie strategie di mitigazione. L'**innovazione** e la **governance** giocano un ruolo chiave, con la **digitalizzazione** sanitaria che ancora non ha espresso appieno il suo potenziale e la necessità di una governance più solida a livello nazionale.

Il Rapporto al pari dei precedenti, si propone come strumento di orientamento e di indirizzo per l'identificazione delle **priorità** per garantire la **"Vicinanza della salute"** al cittadino.

**La Salute è un costo necessario a cui dover sopperire attraverso lo sviluppo del sistema economico e produttivo, il Benessere è un investimento auspicato per lo sviluppo dell'individuo e della comunità.**

Affrontare le "nuove proporzioni" richiede una **sinergia** tra tutti gli attori del sistema salute, adottando una visione basata su interconnessioni e vasi comunicanti.

# LA RICERCA

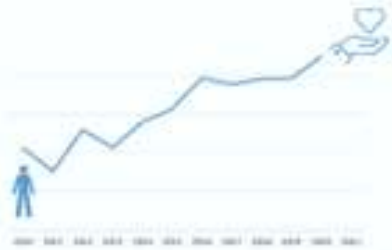
## MISURARE LA VICINANZA DELLA SALUTE

L'**Indice di Vicinanza della salute** è lo strumento operativo di analisi che permette la misurazione e la restituzione dei risultati in forma quantitativa e grafica della Vicinanza della salute. L'andamento dell'Indice è correlato positivamente alla Vicinanza della salute: a valori crescenti dell'Indice o delle sue componenti corrisponde un aumento della Vicinanza della salute.
La costruzione dell'Indice composito si basa sull'adozione di un framework teorico complesso e innovativo, che tiene conto dell'**interconnessione** tra i molteplici fenomeni e determinanti multidimensionali e multilivello che condizionano la salute e il benessere del cittadino.
L'indice si compone di 72 indicatori, pubblicamente accessibili e caratterizzati dalla presenza di serie storiche di durata almeno decennale. Gli indicatori sono articolati in Contesti e Domini ai quali si aggiungono altri 9 indicatori utilizzati per descrivere fenomeni di ampia rilevanza, ma non inclusi nell'Indice

## I CONTESTI

I contenuti informativi sono organizzati in tre Contesti relativi alle **tre principali dimensioni di indagine**:

- **Individuo e relazioni sociali**, che si connota come il novero di quegli ambiti di interesse e di intervento che hanno distanza minima dall'individuo stesso in quanto appartenenti alla sfera della persona e delle sue relazioni sociali.
- **Sistema organizzativo**, che rappresenta un livello più esterno rispetto alla sfera individuale e si riferisce all'apparato organizzativo ed ai diversi attori del sistema salute.
- **Luoghi di vita e ambiente**, che è il più esterno di tutti e si riferisce ai mutamenti ed ai fenomeni di interesse relativi ai luoghi di vita ed ai fattori ambientali e meteo-climatici.





# LA RICERCA

## I DOMINI

Ogni Contesto è articolato al suo interno in una serie di Domini.
Sono stati individuati **22 Domini** che rappresentano le singole **tematiche di interesse** prese in considerazione per descrivere il sistema salute e ciascun Dominio è oggetto di specifiche analisi ed elaborazioni grafiche dedicate, utili per focalizzare le differenti cause e tipologie di fenomeni che condizionano la Vicinanza della salute.

- Compongono il Contesto **Individuo e relazioni sociali**: Condizione di salute; Literacy; Stile di vita; Mental Health; Cronicità; Isolamento; Coesione sociale; Fragilità economica.
- Compongono il Contesto **Sistema organizzativo**: Prevenzione; Assistenza; Mortalità evitabile; Disponibilità di servizi; Responsiveness; Welfare integrativo; Sostenibilità; Coesione territoriale.
- Compongono il Contesto **Luoghi di vita e ambiente**: Abitazione; Urban Health; Emissioni inquinanti; Antibiotico-resistenza; Eventi metereologici; Ecoansia.



# LA RICERCA

## LA TASSONOMIA DELL'INDICE E IL PNRR

La Tassonomia dell'Indice sintetico di Vicinanza della salute articolata nei 22 Domini sopra elencati è interrelata anche con le **aree di intervento del PNRR**, soprattutto con: Missione 5 Inclusione e Coesione , Missione 6 Salute, Missione 2 Transizione ecologica e Missione 7 prevista dal nuovo capitolo ReactPowerEU




## LE ANALISI DI DETTAGLIO POSSIBILI

L'andamento dell'Indice di Vicinanza della Salute e dei suoi Contesti è determinato dall'andamento dei Domini che li compongono. **Le dinamiche per Domini sono indagabili singolarmente** e aiutano a **fare chiarezza su specifici fenomeni** che contribuiscono ad aumentare o ridurre la Vicinanza della salute e ad elaborare idonee proposte di policy. L'andamento dei singoli Contesti racchiude quindi gli andamenti dei Domini che li compongono. Si possono evidenziare così anche tendenze contrastanti tra loro, focalizzandosi sui punti di intervento prioritari.

## LE INIZIATIVE DI POLICY

L'analisi per Contesti e Domini, attraverso la rilevazione delle variazioni dei loro valori durante l'arco temporale considerato, consente di circoscrivere il focus su quei fenomeni che rappresentano degli **aspetti critici** su cui intervenire, come pure su quei fenomeni che possono rappresentare degli **elementi da valorizzare** per avvicinare sempre di più il bene salute alla persona.

# I RISULTATI

## L'INDICE DI VICINANZA DELLA SALUTE 2024

L'Indice di Vicinanza della Salute è una misura sintetica costruita al fine di rilevare la sussistenza di condizioni abilitanti la fruizione della salute e quindi anche, per converso, al fine di rilevare gap e delay che allontanano la disponibilità del "bene salute" dall'individuo.




L'Indice nel suo complesso non presenta un andamento lineare, ma è soggetto a fluttuazioni significative nel corso degli anni, riflettendo le dinamiche e i vari mutamenti interni ai **contesti eterogenei di natura sociale, economica ed ambientale**. In questo modo viene riflessa pienamente la logica insita nell'approccio **One Health**, in cui ogni aspetto e cambiamento sia interno alla sfera individuale, sia esterno ad essa – quindi afferente a dinamiche che si collocano al di là della capacità di azione del singolo – abbia poi ricadute importanti sulla vita delle persone, con **conseguenze** positive o negative sulla vicinanza della salute.

L'Indice di Vicinanza della salute, rilevato a partire dal 2010 (si utilizza questo anno come riferimento base con un punteggio pari a 100), presenta dapprima una marcata flessione durante gli anni della crisi del debito sovrano (2011 – 2012), per poi proseguire il suo andamento con una tendenza crescente e costante fino al 2016. **Sono gli ultimi tre anni a mostrare un marcato declino, portandolo nuovamente a un minimo storico**.

Si evidenzia in questo senso un **impatto a tutti i livelli** causato dalla pandemia, che non ha esaurito i propri effetti nell'annualità 2021, ma che anzi ha **acuito ulteriormente il quadro generale facendo emergere come la trasformazione possa essere strutturale**. La ripresa stenta a decollare e la resilienza del sistema è tutta da verificare.

# I RISULTATI

## L'ANALISI PER CONTESTI

L'andamento dell'Indice rappresenta una sintesi dei tre Contesti.
Un'analisi più dettagliata evidenzia quali contesti hanno contribuito ad aumentare la Vicinanza della salute e quali hanno di contro avuto delle dinamiche critiche.




- Il Contesto "**Individuo e relazioni sociali**", dopo aver risentito delle restrizioni adottate durante la pandemia, ha ripreso a crescere nell'ultimo anno, ma senza colmare il divario con il livello prepandemico del 2019, con criticità rilevanti nei **domini Isolamento, Coesione sociale** e **Fragilità economica**
- Il Contesto "**Sistema organizzativo**" ha invertito il suo storico trend crescente, tracciando un suo "plateau" generale, ma con andamenti negativi e criticità rilevanti nei domini della **Sostenibilità** e della **Omogeneità territoriale**.
- Il Contesto "**Luoghi di vita e Ambiente**" ha continuato a registrare una decrescita, influenzato fortemente dell'intensificarsi degli effetti del cambiamento climatico. Preoccupano gli andamenti nei Domini relativi a **Eventi meteoclimatici estremi** e **Antibioticoresistenza**.

**Per una disamina completa dell'andamento dei singoli Contesti e dei singoli Domini si rimanda alla consultazione della versione integrale del Rapporto 2024, disponibile qui: www.osservatoriosalute.it/rapporto-2024**

7

https://www.osservatoriosalute.it/_files/ugd/176730_456150090d624c4982ecd37c67a5aea2.pdf




In qualità di accademici di salute globale presso l'Università di Edimburgo, Regno Unito, è un privilegio per noi lavorare in partnership con colleghi in tutto il mondo per rispondere alle sfide sanitarie e sociali della nostra epoca. L'impegno del Regno Unito per lo sviluppo e gli aiuti internazionali è parte integrante di questa missione: salute e sviluppo vanno di pari passo. I tagli sostanziali al bilancio dell'assistenza ufficiale allo sviluppo del Regno Unito annunciati il 25 febbraio 2025 rischiano di danneggiare direttamente coloro che sono già più a rischio e strutturalmente emarginati in tutto il mondo.

L'indebolimento degli aiuti globali peggiora la povertà, consolida la negligenza della salute pubblica e aumenta il rischio di un'altra pandemia globale. Oltre ai danni diretti, questi tagli rischiano anche di fare a pezzi partnership reciprocamente vantaggiose e di impatto che sono la prova dell'importanza del Regno Unito come partner di fiducia. Come ha dimostrato la pandemia di COVID-19, non esistono problemi isolati e locali: queste sono sfide globali che possono essere risolte solo insieme.

Abbiamo esperienza diretta del valore che i finanziamenti per lo sviluppo apportano. Con i finanziamenti per lo sviluppo del Regno Unito, lavoriamo con partner a livello globale, collaborando strettamente per affrontare esigenze sanitarie e di assistenza sociale diverse e urgenti. Queste esigenze includono un maggiore accesso a cure chirurgiche di qualità, 1 rispondere ai senzatetto e alle malattie mentali, 2 migliorare la salute respiratoria, 3 e promuovere la salute sessuale e riproduttiva. 4 Queste partnership contribuiscono anche al lavoro che affronta le implicazioni etiche e sociali della ricerca sanitaria, incluso il modo in cui i ricercatori possono dimostrare affidabilità e integrità. 5

Fondamentalmente, queste partnership costituiscono un'impalcatura e promuovono interazioni più ampie con governi, società civile, università, persone con problemi di salute e comunità. Queste partnership ci offrono opportunità di imparare dai colleghi e di guadagnarci il diritto di far parte di conversazioni su politica e pratica sanitaria e sui nostri futuri interconnessi. Tali partnership contribuiscono anche a costruire capacità essenziali, tra cui risorse umane, che sono fondamentali per garantire che gli investimenti effettuati con i finanziamenti del governo del Regno Unito si traducano in miglioramenti sostenibili nella salute delle popolazioni locali. Una buona salute della popolazione supportata da istituzioni sanitarie solide è fondamentale per la capacità degli stati di rispondere alle attuali sfide e opportunità e di ridurre i fattori di insicurezza globale.

Invitiamo il governo del Regno Unito a ripristinare il finanziamento per gli aiuti e lo sviluppo allo 0,5% del prodotto interno lordo il prima possibile. Nel frattempo, siamo pronti a fungere da ponti per i nostri partner globali che devono essere centrali in qualsiasi processo decisionale sugli aiuti sanitari.

**https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(25)00111-1/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email**

THE LANCET
Global Health

Questo diario Riviste Pubblicare Clinico Salute globale Multimedia Eventi Di

ARTICOLI · Online per la prima volta, il 07 marzo 2025 · *Accesso Libero*

# Cause globali e regionali di mortalità materna 2009-20: un'analisi sistematica dell'OMS

Dott.ssa Jenny A Cresswell, Monica Alexander, dottoressa di ricerca [b,c], Dott. Michael [YC] Chong, Heather M Link, dottoressa in medicina, Marija Pejchinovska, laurea specialistica in scienze, Dott.ssa Ursula Gazeley e altri Mostra altro

**Riepilogo**

**Sfondo**

La mortalità materna non è sulla buona strada per raggiungere l'obiettivo 3.1 dell'Obiettivo di sviluppo sostenibile (SDG) di un tasso globale di mortalità materna inferiore a 70 ogni 100.000 nati vivi entro il 2030. Sono necessarie prove aggiornate sulle cause di morte per accelerare i progressi.

**Metodi**

Abbiamo condotto una revisione sistematica multi-strategia per identificare le cause di mortalità materna verificatesi nel 2009-20. Le fonti dei dati includevano dati di sistemi di registrazione civile e statistiche vitali dal database di mortalità dell'OMS, relazioni pubblicate dagli Stati membri e articoli di riviste nazionali e subnazionali identificati tramite database bibliografici. Abbiamo utilizzato un modello gerarchico bayesiano per stimare la distribuzione delle cause di morte materna per regioni SDG e in tutto il mondo. Data la scarsità di dati sul suicidio materno e sulle morti materne tardive verificatesi oltre i 42 giorni dal parto, sono state condotte analisi aggiuntive per stimare la percentuale di morti materne per suicidio e il rapporto tra morti materne e morti materne tardive (tutte le cause).

**Risultati**

A livello globale, la causa più comune di morte materna è stata l'emorragia (27%; intervallo di incertezza dell'80% 22-32), seguita da decessi ostetrici indiretti (23%, 18-30) e disturbi ipertensivi (16%, 14-19). La percentuale di decessi per emorragia variava notevolmente a seconda della regione ed era più alta nell'Africa subsahariana e nell'Asia occidentale e nell'Africa settentrionale. La percentuale di decessi materni per disturbi ipertensivi era più alta in America Latina e nei Caraibi. La maggior parte dei decessi materni per emorragia e sepsi si è verificata durante il periodo postpartum. Solo 12 paesi hanno registrato uno o più suicidi materni; di questi paesi, la percentuale di decessi per suicidio variava da meno dell'1% al 26% dei decessi materni. Nei paesi in cui è stato segnalato almeno un decesso materno tardivo (vale a dire decessi che si verificano più di 42 giorni ma meno di 1 anno dopo l'interruzione della gravidanza), il rapporto tra decessi materni tardivi e decessi materni fino a 42 giorni variava da <0,01 a 0,07.

**Interpretazione**

L'emorragia rimane la principale causa di morte, nonostante l'esistenza di efficaci interventi clinici, sottolineando la necessità di un migliore accesso a un'assistenza sanitaria di qualità. La tempistica della maggior parte dei decessi nel periodo postpartum richiede un rinnovato impegno per migliorare la fornitura di assistenza postpartum oltre all'assistenza intrapartum. Le cause indirette di morte richiedono approcci del sistema sanitario per integrare l'assistenza ostetrica e non ostetrica.

**Finanziamento**

USAID; Fondo statunitense per l'UNICEF tramite la Fondazione Bill & Melinda Gates; e Programma speciale di ricerca, sviluppo e formazione alla ricerca sulla riproduzione umana (HRP) dell'UNDP, dell'UNFPA, dell'UNICEF, dell'OMS e della Banca Mondiale.

**Introduzione**

La morte materna è definita dall'OMS come "la morte di una donna durante la gravidanza o entro 42 giorni dalla conclusione della gravidanza, indipendentemente dalla durata e dal sito della gravidanza, per qualsiasi causa correlata o aggravata dalla gravidanza o dalla sua gestione, ma non per cause accidentali o incidentali". 1 Il gruppo interagenzia per la stima della mortalità materna delle Nazioni Unite (MMEIG) ha stimato che nel 2020 a livello globale si sono verificati circa 287.000 decessi materni (intervallo di incertezza dell'80% [UI] 273.000-343.000). 2 A livello globale nel 2020, una ragazza di 15 anni aveva una probabilità su 210 di morire per una causa materna, quasi la metà del rischio di morte materna nel corso della vita nel 2000, che era uno su 116. 2

I progressi nella sopravvivenza materna conseguiti tra il 2000 e il 2015 hanno registrato una stagnazione nei primi 5 anni dell'era degli Obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG). 2 Nel 2020, il tasso di mortalità materna globale (MMR) era di 223 decessi materni ogni 100.000 nati vivi; i progressi non sono sulla buona strada per raggiungere l'obiettivo SDG 3.1 di un MMR globale inferiore a 70 ogni 100.000 nati vivi entro il 2030. 2 Le tendenze globali nascondono sostanziali disuguaglianze nella sopravvivenza materna poiché il 95% dei decessi materni si verifica in paesi a basso e medio reddito (LMIC) o in contesti fragili e sono prevenibili. 2 Comprendere le cause della mortalità materna è fondamentale per progettare approcci al sistema sanitario lungo tutto il continuum di cure per porre fine alla mortalità materna prevenibile. 3

**Ricerca nel contesto**

**Prove prima di questo studio**

Due precedenti stime dell'OMS sulle cause globali di mortalità materna per regioni del Millennium Development Goal sono state pubblicate nel 2006 e nel 2014. Nel 2006, l'emorragia era la principale causa di morte in Africa e Asia, i disturbi ipertensivi in America Latina e nei Caraibi e altre cause dirette in (quelli che allora erano classificati come) paesi sviluppati. Nel 2014, l'emorragia era la principale causa in tutte le regioni del Millennium Development Goal, ad eccezione dell'Africa subsahariana e delle regioni sviluppate, dove le cause indirette erano più elevate. Negli ultimi due decenni si sono verificate ampie transizioni nell'epidemiologia, nell'utilizzo e nella copertura dell'assistenza ostetrica e nei sistemi sanitari. Abbiamo combinato dati provenienti da sistemi di registrazione civile e statistiche vitali, relazioni governative e fonti di database bibliografici di 129 paesi, inclusi 139.381 decessi materni totali dal 2009 al 2020, per aggiornare le precedenti revisioni sistematiche dell'OMS.

**Valore aggiunto di questo studio**

A nostra conoscenza, questo articolo fornisce il primo aggiornamento in un decennio alle cause globali di mortalità materna. In linea con le pubblicazioni precedenti, l'emorragia rimane la causa principale di mortalità materna a livello globale, seguita dalle cause indirette. I disturbi ipertensivi della gravidanza sono stati la causa principale di mortalità materna in America Latina e nei Caraibi. I decessi per emorragia colpiscono in modo sproporzionato i paesi a basso e medio reddito (LMIC), indicando persistenti disuguaglianze nell'accesso e nella qualità delle cure ostetriche di emergenza. La maggior parte dei decessi per emorragia e sepsi si verifica nel periodo post-partum. A nostra conoscenza, questo articolo è il primo a riferire sul suicidio. Solo 12 paesi hanno segnalato almeno un suicidio materno; la percentuale media di decessi per suicidio variava sostanzialmente tra le regioni degli Obiettivi di sviluppo sostenibile (da <1% nell'Africa subsahariana al 26% in Australia e Nuova Zelanda).

**Implicazioni di tutte le prove disponibili**

Sono necessarie azioni decisive per affrontare la mortalità e la morbilità da emorragia nei paesi a basso e medio reddito. La Roadmap dell'OMS per combattere l'emorragia postpartum dal 2023 al 2030 fornisce

strategie per la ricerca, norme e standard, implementazione e advocacy per accelerare i progressi sull'emorragia. L'elevata percentuale di decessi che si verificano nel periodo postpartum sottolinea la necessità di un rinnovato impegno per migliorare l'assistenza postpartum di routine precoce.

In America Latina e nei Caraibi in particolare, il notevole contributo dei disturbi ipertensivi sottolinea la necessità di migliorare gli interventi preventivi, oltre alla diagnosi precoce e all'identificazione di malattie gravi. Infine, il contributo sostanziale dei decessi materni indiretti sottolinea l'importanza di un approccio dei sistemi sanitari per integrare gli operatori sanitari ostetrici e non ostetrici nel continuum delle cure.

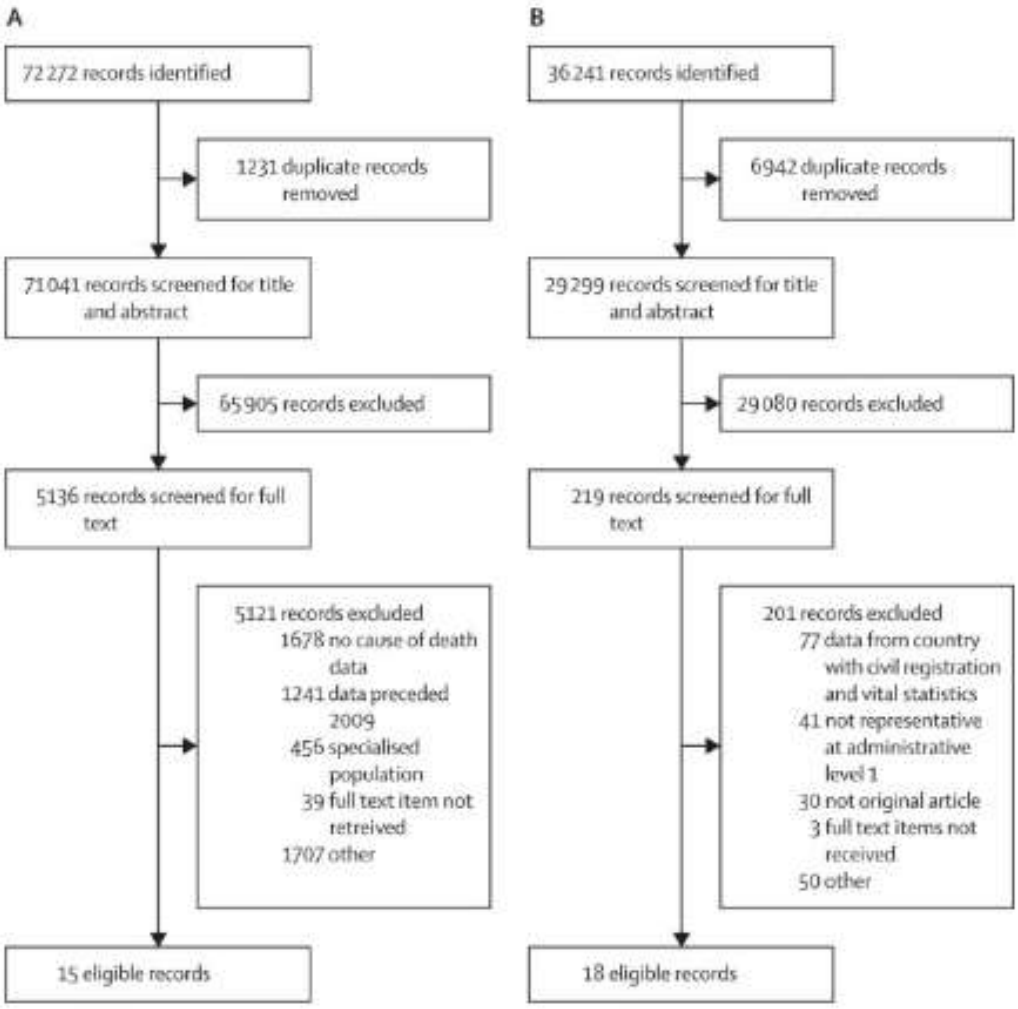



**Figura 1** Strategia di ricerca e criteri di selezione

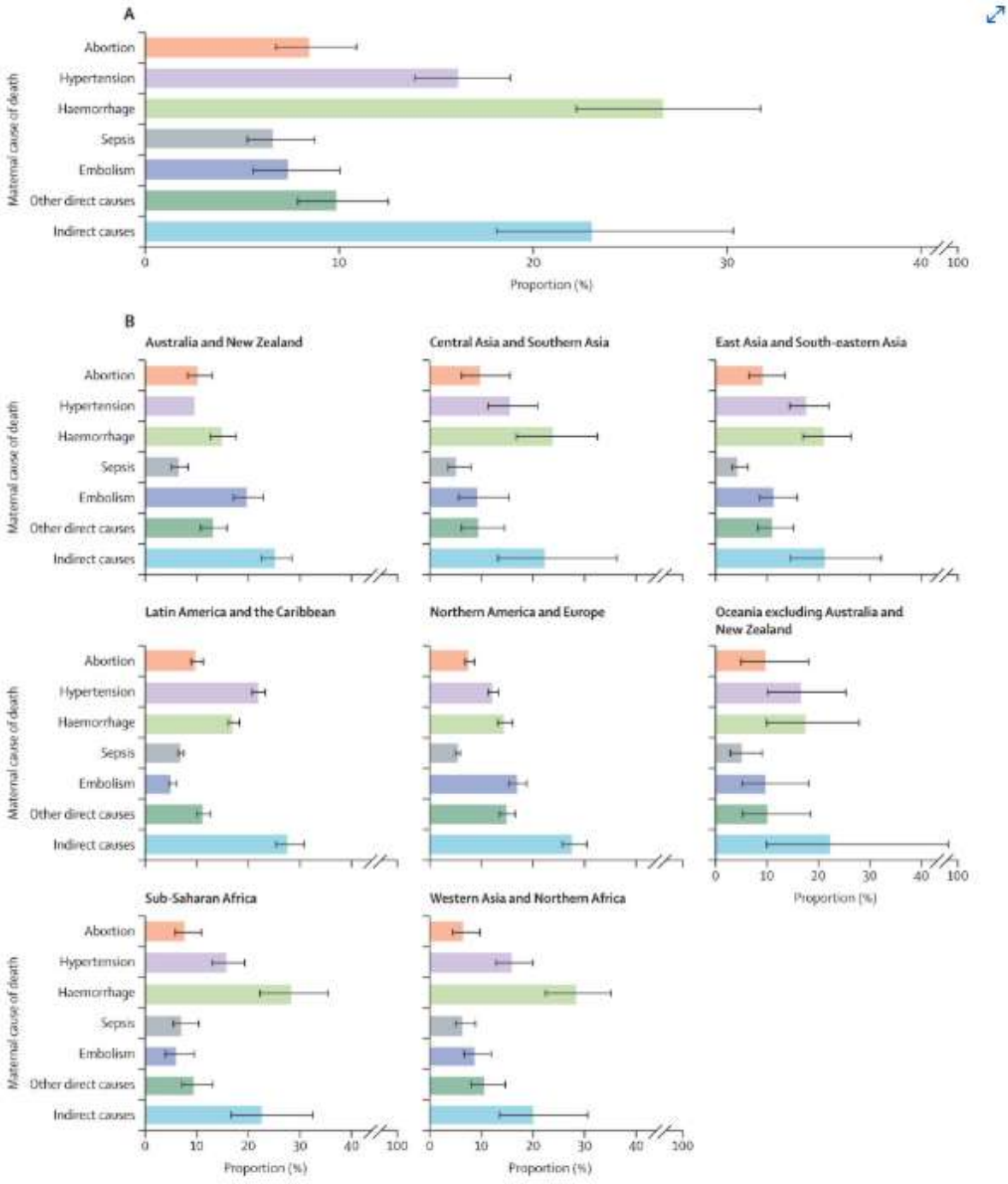



**Figura 2** Distribuzione delle cause di mortalità materna

https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(24)00560-6/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email#fig1

WIRED

# La globalizzazione è davvero finita?

*La giornalista Rana Foroohar analizza la disillusione del mondo alle prese con il tramonto dell'ideale che ha segnato gli ultimi settant'anni. Cosa ci aspetta adesso?*

**Che ne sarà della globalizzazione?** Se il giornalismo mantiene un senso nell'epoca dell'intelligenza artificiale è quello di provare a fornire **una visione d'insieme della realtà** in grado di coniugare l'intuizione dell'artista con la precisione dello studioso. Compito non facile, che riesce a pochi. **Rana Foroohar, giornalista del *Financial Times***, si candida a entrare nel novero. Nel suo ***La globalizzazione è finita – la via locale alla prosperità in un mondo post globale*** (Fazi editore) ha sintetizzato anni di esperienze ai quattro angoli del mondo, dimostrandosi una delle voci più interessanti nel panorama dell'informazione globale.

**Tre direttrici**

Scrivendo per uno dei giornali economici più influenti del pianeta, Foroohar dispone di un osservatorio eccezionale, con accesso privilegiato a decine di interlocutori nel mondo della politica e delle imprese; ma anche - e conta altrettanto, racconta - agli stabilimenti produttivi, **dove si respira l'odore del metallo e della polvere, quello che inala la gente comune**.

Nel volume, ricco di dati, l'americana prende atto del fatto che **l'utopia di un governo globale** – nata negli anni Trenta del secolo scorso devastati dalla crisi economica - **è ormai definitivamente alle spalle**. La libera circolazione dei capitali avrebbe dovuto servire a intrecciare legami che rendessero meno convenienti i conflitti: "*quello che abbiamo ottenuto, invece, è un'economia mondiale al servizio di sé stessa*", scrive.

**Foroohar si muove lungo tre direttrici di pensiero**: la prima è il fatto che la globalizzazione che abbiamo sperimentato è stata un processo immaginato e plasmato dalle élite, ma del tutto slegato dalla realtà della popolazione. Da qui discende il secondo punto: è stato un errore includere la Cina nel Wto, l'Organizzazione mondiale del commercio. La mossa ha provocato un'invasione di prodotti a bassissimo costo sui mercati occidentali, ma ha segnato l'inizio delle delocalizzazioni che avrebbero finito per svuotare le fabbriche da questo lato del mondo. Pechino è accusata di sfruttare l'economia mondiale all'unico scopo di portare avanti il proprio programma di politica interna; al contrario, sostiene la giornalista, il resto del mondo ha modellato la propria politica nazionale al servizio dell'economia globale. Un'organizzazione come il Wto, insomma, può funzionare per l'Occidente, ma non per un'economia basata sui sussidi statali come quella cinese.

Il terzo assunto, infine, è che la dimensione locale, la geografia, il luogo, torneranno a essere centrali nei prossimi anni. Nonostante uno quotidiano che sembra diventare sempre più digitale e immateriale.

La conclusione? Radicale. "*È tempo di azzerare tutto*", si legge. *"Dobbiamo condividere la ricchezza in maniera più ampia. Dobbiamo comprendere che* ***il benessere economico non riguarda solo la crescita a livello internazionale o nazionale, ma piuttosto la gente reale****, gli esseri umani che vivono in comunità specifiche*".

**"Abbiamo puntato sulla crescita fine a se stessa"**

Foroohar accetta volentieri di parlare in videoconferenza dal suo appartamento di New York. L'edizione originale del libro appena tradotto è uscita in inglese nel 2022, a pochi mesi dalla guerra in Ucraina, quando non c'era traccia del conflitto a Gaza e la crisi energetica non era all'orizzonte. **Cosa è cambiato da allora?** "*Oggi c'è più polarizzazione, la politica è diventata più estrema, e c'è una guerra commerciale in corso: ma tutto rientra, credo, nel quadro generale di* ***uscita dalla globalizzazione*** *per come l'abbiamo conosciuta che ho tracciato nel libro. Ci stiamo muovendo verso un nuovo mondo post-neoliberale, che sarà più regionale, più locale". "****L'economia politica*** - prosegue - ***è un pendolo****: la globalizzazione ha funzionato per cinquant'anni, ma è arrivata all'estremo, e quando si arriva a quel punto il pendolo comincia a muoversi in direzione opposta: e adesso ci troviamo precisamente in quella situazione".*

**Secondo Foroohar, "*abbiamo puntato sulla crescita come se fosse un fine a se stessa*, *senza domandarci delle conseguenze sull'ambiente, le persone e il lavoro*", e scontentando - così - sinistra e destra. Ma "*quello che abbiano imparato negli scorsi venti anni è che il luogo conta assolutamente. E che, se la gente paga le tasse e vota, vuole avere il diritto di dire la propria: **non possiamo cavarcela definendoli semplicemente protezionisti, razzisti, xenofobi***". "*Un sacco di gente",* prosegue ancora l'autrice, "*quelli che chiamo* somewhere people, *ha radici da qualche parte. Penso agli insegnanti della scuola all'angolo, al panettiere, a chi non si muove con la frequenza delle* anywhere people come i giornalisti, i dirigenti delle grandi aziende, i nomadi digitali. *Ecco, queste persone **credono che le decisioni prese dalla politica sono assunte da una sorta di élite tecnocratica**, da gente che lavora nell'industria del software, in quella dei media. E si domanda: in che modo queste decisioni aiutano me nella mia comunità?"*




**Il ruolo dell'Europa: più integrazione per non finire schiacciata**

In un mondo che cambia paradigma, si ridefiniscono i pesi nell'arena delle grandi potenze. **Quale ruolo immagina per l'Europa**? "*Un ruolo importante, è un momento di portata esistenziale per l'Unione*", sostiene. "*Tra i due modelli che abbiamo di fronte, lo Stato di sorveglianza cinese, dove non hai privacy e i dati sui cittadini sono raccolti dal governo, e i 'tech bro' californiani, che ormai siedono molto vicini al presidente, può esserci una terza via, e può essere quella del Vecchio continente".* Oggi è difficile da intravedere, dal momento che l'economia digitale vola, trainata dall'intelligenza artificiale e dal modello del tecnocapitalismo d'assalto. "*Ma **penso che assisteremo a una correzione da parte dei mercati** nel giro di un paio d'anni, quando sarà chiaro che il monopolio dei giganti del web può essere spezzato all'improvviso, come peraltro è già accaduto*

*nel caso di DeepSeek. Potrebbero crearsi delle opportunità per altri attori da un punto di vista competitivo, valoriale e regolatorio, e anche per l'Europa. Ma Bruxelles deve scegliere se integrarsi sempre più oppure essere schiacciata, spremuta da questi due giganti, rinunciando peraltro ai propri valori. Ce la farà? Penso di sì, anche se in maniera imperfetta. Anche perché a molti non piace ancora l'idea di investire in Cina, e la fiducia negli Usa sta venendo meno per colpa di Trump. L'Europa può approfittarne, a patto di seguire la ricetta di Draghi".*

**Trump? "Un bullo"**

Foroohar è nata nell'Indiana, Stato del Midwest americano. Non è a rischio di essere considerata una newyorchese radical chic. Venire dall'America profonda, spiega, l'ha aiutata a comprendere le ragioni per cui una grossa fetta di popolazione vota per Donald Trump. Ma anche a vedere i limiti del tycoon. "***Trump è un bullo a cui piacciono le vittorie di breve periodo***", commenta, "*come deportare i terroristi arrestati in piccole potenze come la Colombia o minacciare di riprendersi la Groenlandia. L'effetto, alla fine, è minare il senso di legalità e di fiducia negli Stati Uniti, e sono convinta che pagheremo un prezzo per questo. Anche se non mi rende felice dirlo, dal momento che una parte della mia pensione è investita in azioni statunitensi. Non mi piace pensare che saremo penalizzati per il brevitermismo di questo presidente*".

**Il ruolo della stampa**

E i giornali? Sono in molti a credere che non abbiano fatto un buon servizio. Foroohar non è completamente d'accordo. "*Penso due cose",* afferma. "*Internet negli anni Novanta ha sconvolto il mercato editoriale, portando molte pubblicazioni a limitarsi a cercare i click con le storie più facili*. ***Oggi è diventato sempre più difficile fare giornalismo di qualità, e far pagare la gente per esso***. *Ma alla fine ottieni quello per cui paghi". "Se da una parte, però, è vero che ci sono buone ragioni che hanno portato la gente a fidarsi di meno della stampa, dall'altra non si può negare che che il giornalismo sta giocando un ruolo importante nel sottolineare il cambio di paradigma in corso. E penso che se, come cronisti, continuiamo a raccontare quello che vediamo, e a indicare alle persone le parti del sistema che devono essere riformate, allora stiamo facendo un buon lavoro*".

**https://www.wired.it/article/globalizzazione-economia-mondo-rana-foroohar-intervista/?uID=347d668f46cd1da139a28b2f02adc230633695dd51caf8dcb14689b769ffe7fc&utm_source=news&utm_campaign=daily_wired&utm_brand=wi&utm_mailing=WI_NEWS_Daily%252202025-03-04&utm_medium=email&utm_term=WI_NEWS_Daily**

Articolo di ricerca 31 dicembre 2024

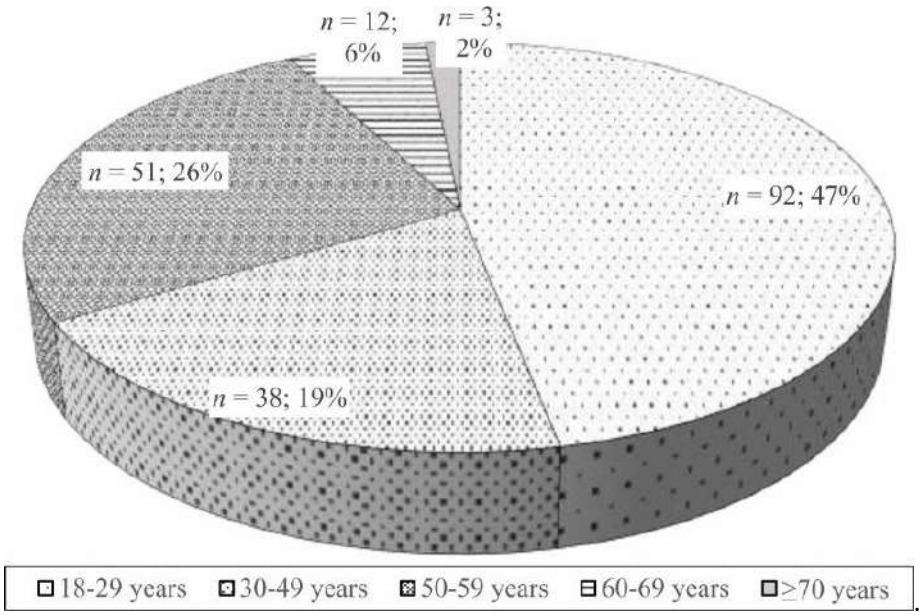
# Prevalenza dei fattori di rischio comportamentali tra gli ucraini durante la guerra in mezzo ai fattori di stress esistenti

Olena Kolesnikova * [ 1 ], Olena Vysoska [ 2 ], Anastasia Radchenko * [ 1 ], Olga Zaprovalna [ 1 ], Natalia Emelyanova [ 1 ]

**Astratto**

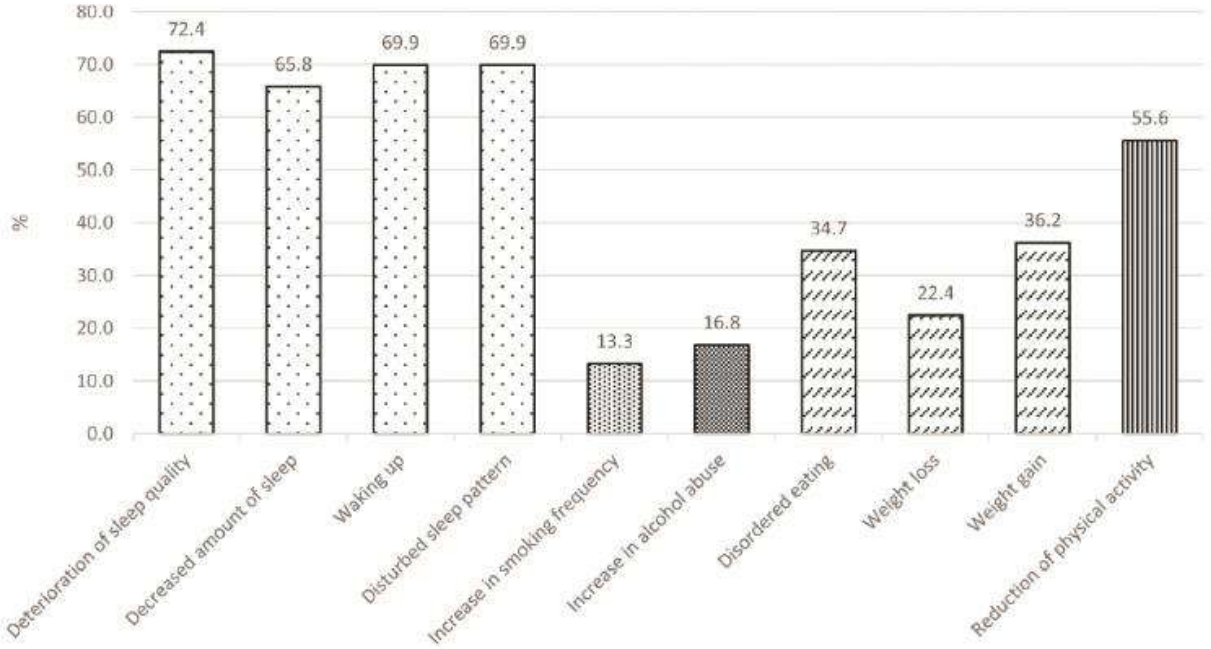
**Contesto:** i conflitti militari e lo stress associato spesso portano a cambiamenti nello stile di vita. I comportamenti non salutari svolgono un ruolo fondamentale nello sviluppo di fattori di rischio cardiovascolare e sono potenzialmente reversibili. Tuttavia, i dati su questo argomento rimangono scarsi e obsoleti. Pertanto, l'obiettivo del nostro studio era valutare la prevalenza dei fattori di rischio comportamentali (BRF) tra gli ucraini, tenendo conto della presenza di potenziali fattori di stress.

**Metodi:** da gennaio ad agosto 2023, abbiamo condotto un sondaggio su 196 ucraini.
Abbiamo utilizzato un questionario proprietario per determinare il loro stato di salute e valutare i fattori comportamentali, socioeconomici e culturali. Risultati: disturbi del sonno sono stati segnalati dal 72,4% degli intervistati, mentre il 55,6% ha notato una riduzione dell'attività fisica.
Problemi dietetici sono stati segnalati dal 34,7%, con il 22,4% che ha sperimentato un aumento di peso e il 36,2% che ha segnalato una perdita di peso. Inoltre, il 13,3% e il 16,8% hanno indicato rispettivamente un aumento del fumo e del consumo di alcol.
Abbiamo fornito una panoramica dei fattori di stress che influenzano questi BRF. Inoltre, abbiamo identificato differenze nella prevalenza di BRF basate su indicatori quali ridotta qualità della vita, disadattamento sociale, fattori correlati al lavoro ed esperienze traumatiche.



Infine, abbiamo offerto raccomandazioni per una strategia di screening per i BRF. Conclusioni: in condizioni di guerra, i civili spesso presentano BRF quali disturbi del sonno, disturbi alimentari, ridotta attività fisica, aumento del fumo e abuso di alcol.
Fattori di stress specifici contribuiscono all'emergere e all'esacerbazione di questi comportamenti. I programmi di screening dovrebbero essere sviluppati tenendo conto degli stressor identificati.

**Figura 2** Prevalenza di fattori di rischio comportamentali selezionati (disturbi del sonno, alimentazione disordinata, diminuzione dell'intensità dell'attività fisica e cattive abitudini) tra gli intervistati.




**Discussione**

La valutazione di BRF quali disturbi del sonno, stato antropometrico alterato e disturbi alimentari, tra cui variazioni di peso, nonché un aumento dell'intensità di abitudini malsane e una riduzione dell'attività fisica, ha mostrato che i fattori più comuni tra gli intervistati erano i disturbi del sonno, mentre i cambiamenti nella frequenza di abitudini malsane erano i meno comuni. Abbiamo categorizzato i principali fattori di stress nei seguenti gruppi: indicatori di qualità della vita, adattamento sociale, fattori correlati al lavoro ed esperienza traumatica.
Sulla base dei risultati del nostro studio, è evidente che i disturbi del sonno, in particolare in termini di qualità e modelli di sonno, erano altamente prevalenti tra gli individui colpiti da conflitti armati. Gli individui che hanno vissuto eventi traumatici durante i conflitti militari dovrebbero essere considerati ad alto rischio di disturbi del sonno. Ulteriori fattori che contribuiscono ai disturbi del sonno includono fattori sociali, stato occupazionale e accesso alle cure mediche. Pertanto, i programmi di riabilitazione mirati alla riduzione dei BRF tra questa categoria di pazienti devono necessariamente includere uno screening sistematico per potenziali disturbi del sonno e l'implementazione di interventi efficaci per affrontarli. Tuttavia, vale la pena notare che nel nostro studio non abbiamo indagato il momento dell'emergenza e la durata di questi disturbi del sonno, che è un fattore essenziale nella valutazione della necessità e dell'efficacia del trattamento in questa categoria ad alto rischio. Inoltre, la presenza di diversi cronotipi tra gli individui potrebbe portare a variazioni nella manifestazione dei disturbi del sonno e nelle loro associazioni con altri fattori. La ricerca di Harrison et al. ha rivelato che i cronotipi serali, a differenza dei cronotipi mattutini, erano collegati a sintomi di depressione e PTSD [ 18 ]. Il cronotipo serale era caratterizzato da meno tempo trascorso a letto, disturbi del sonno più pronunciati e deterioramento del funzionamento e della vigilanza diurni. Tuttavia, nel nostro studio, non abbiamo studiato le caratteristiche del cronotipo dei nostri partecipanti prima della guerra o la presenza di cambiamenti durante il periodo bellico. Pertanto, al momento non è possibile determinare in che modo i cronotipi possano aver influenzato la relazione tra disturbi del sonno e fattori di stress da noi studiati.

I dati che abbiamo raccolto sui cambiamenti del peso corporeo tra gli intervistati suggeriscono che potrebbero esserci variazioni nel modo in cui i corpi degli individui rispondono allo stress. Alcuni individui sembrano essere più suscettibili alla perdita di peso, mentre altri sono inclini ad aumentare di peso a causa dei fattori di stress che sperimentano. Ciò sottolinea la necessità di sviluppare approcci multiformi agli interventi nutrizionali per i pazienti che sono stati colpiti dal conflitto armato in Ucraina. Questi interventi dovrebbero considerare le variazioni individuali nello stato antropometrico. È importante sottolineare che il senso di autostima di un individuo, che può essere indicato da fattori come la mancanza di opportunità di esprimere i propri pensieri, sentimenti di insignificanza o, al contrario, sentimenti di utilità, ha avuto un ruolo nello sviluppo di disturbi alimentari. Ciò evidenzia la complessa interazione tra fattori psicologici e comportamenti alimentari negli individui colpiti da fattori di stress correlati al conflitto.
Sebbene l'emergere di abitudini malsane o un aumento della loro intensità durante la guerra fosse meno comune rispetto ad altri BRF, c'era ancora un numero significativo di pazienti il cui rischio cardiovascolare (CVR) potrebbe essere aumentato a seguito di questi cambiamenti negativi nello stile di vita. Tuttavia, è importante notare che sono necessarie ulteriori ricerche in quest'area, poiché lo studio attuale non includeva valutazioni cliniche e biochimiche, rendendo impossibile valutare il CVR utilizzando una scala standardizzata. La maggiore prevalenza di abitudini malsane tra la popolazione civile durante i periodi di conflitto armato è spesso associata a fattori come la perdita del lavoro o cambiamenti nelle condizioni di lavoro e nei salari. È interessante notare che uno studio di Trindade et al. ha scoperto che il rischio di ricaduta nel fumo era più comune tra gli individui con PTSD completo o parziale [ 19 ]. Nel nostro studio, abbiamo valutato la presenza di esperienze traumatiche tra gli intervistati, ma non abbiamo osservato un impatto significativo sulla presenza e l'intensità di comportamenti malsani. Potrebbero essere necessarie ulteriori indagini per esplorare queste associazioni in modo più approfondito.
Lo studio che esamina l'influenza dei fattori di stress sull'attività fisica evidenzia diverse scoperte importanti. Quando si esaminano individui con scarsa attività fisica, è fondamentale concentrarsi sull'identificazione di coloro con bassa autostima. Inoltre, fattori come il genere dell'intervistato e le sue capacità finanziarie dovrebbero essere considerati, poiché possono anche svolgere un ruolo nell'influenzare i livelli di attività fisica. Inoltre, la presenza di un'esperienza traumatica dovrebbe essere considerata come un altro fattore significativo che può avere un impatto sui livelli di attività fisica di un individuo. Queste intuizioni sottolineano l'importanza di un approccio completo quando si affronta e si promuove l'attività fisica negli individui colpiti da fattori di stress.
La riduzione dell'attività fisica tra gli intervistati negli ultimi 6 mesi, che è stata una scoperta comune nel nostro studio, rappresenta un altro fattore importante che richiede una correzione per mitigare il CVR tra gli individui che hanno vissuto un conflitto armato. Inoltre, insieme all'alimentazione disordinata osservata tra gli intervistati, questi due BRF potrebbero potenzialmente contribuire allo sviluppo dell'obesità nei pazienti. Ciò, a sua volta, potrebbe aumentare ulteriormente il CVR di un individuo. Pertanto, affrontare le preoccupazioni nutrizionali oltre a promuovere l'attività fisica è un aspetto cruciale della gestione della salute degli individui colpiti da conflitti armati.
La valutazione della prevalenza di BRF tra diversi tipi di fattori di stress ha rivelato che gli individui che sperimentano fattori di stress associati a una qualità di vita inferiore tendevano a segnalare più frequentemente uno stato di salute generale scadente, nonché interruzioni nella qualità, quantità e modello del sonno. Questi fattori di stress includevano fattori come basso comfort residenziale, limitata sicurezza finanziaria, ridotte opportunità di dedicarsi agli hobby, un minore senso di sicurezza sia a casa che per strada, ridotto accesso a cure mediche di qualità e accesso limitato a consulenze mediche qualificate. Tra gli indicatori di qualità della vita, solo una ridotta opportunità di dedicarsi alle attività preferite era associata a un aumento della frequenza del fumo, a un regime alimentare interrotto e a una diminuzione dell'attività fisica. Tuttavia, è essenziale considerare che i dati riguardanti la qualità e la disponibilità di cure mediche sono stati auto-riportati, il che indica che questi risultati possono anche essere influenzati da fattori come sia l'organizzazione dei servizi sanitari sia i fattori individuali che influenzano la consapevolezza degli intervistati del sistema sanitario e del suo funzionamento nei loro luoghi di residenza. Pertanto, gli individui con i fattori di stress sopra menzionati appartengono probabilmente alla categoria di pazienti ad alto rischio di disturbi del sonno e le persone che non riescono a dedicarsi completamente alle loro attività preferite potrebbero essere a rischio di sviluppare abitudini malsane, disturbi alimentari e ridotta attività fisica. Si può supporre che i

programmi volti a migliorare le condizioni abitative, la sicurezza finanziaria, ad aumentare il senso di sicurezza sia a casa che per strada e a migliorare il sistema sanitario e la consapevolezza del suo funzionamento possano avere un effetto positivo sulla frequenza del sonno e, quindi, possano ridurre il rischio di sviluppare malattie cardiovascolari. Questa ipotesi è in linea con i risultati di uno studio condotto sui residenti di Zhengzhou dopo il disastro del forte temporale "7.20", che ha rivelato una connessione tra fattori di qualità della vita e salute psicologica dei partecipanti, vale a dire, una minore soddisfazione per le misure sociali di lotta alle inondazioni e un basso supporto sociale erano tutti fattori di rischio indipendenti per una cattiva salute psicologica [ 20 ]. Poiché la salute psicologica determina spesso cambiamenti nello stile di vita, in particolare disturbi del ritmo circadiano, si può ipotizzare che i disturbi del sonno da noi identificati possano condividere un meccanismo di sviluppo simile.

Sulla base dei risultati del nostro questionario, è evidente che l'adattamento sociale degli intervistati ha svolto un ruolo significativo nello sviluppo di vari disturbi comportamentali. Pertanto, i partecipanti che hanno sperimentato una scarsa integrazione nella società e hanno dimostrato cure insufficienti da parte dei loro amici tendevano a riferire più spesso una cattiva salute generale. I disturbi del sonno erano più comuni tra gli intervistati che avevano una bassa valutazione delle proprie azioni, difficoltà di integrazione sociale e mancanza di cure sufficienti da parte dei loro parenti o conoscenti. Gli intervistati con limitate opportunità di condividere i propri pensieri, una bassa valutazione dei benefici delle proprie azioni, sentimenti di insignificanza e cure insufficienti da parte di amici e conoscenti avevano una maggiore prevalenza di modelli alimentari interrotti. Sono state osservate frequenze di fumo più elevate negli individui che avevano un senso di insignificanza. La riduzione dell'attività fisica è stata osservata più frequentemente negli intervistati che avevano una bassa valutazione dei benefici delle proprie azioni e un senso di insignificanza. La valutazione dei sopravvissuti al disastro del World Trade Center ha indicato che fattori come la leadership e il supporto sociale (coesione di gruppo) hanno svolto un ruolo protettivo contro il PTSD come fattori di resilienza, mentre la mancanza di capacità comunicative e il danno morale (sentimenti di colpa e rimorso) sono stati considerati fattori di rischio per il PTSD [ 21 ]. Pertanto, diventa evidente che la componente sociale ha svolto un ruolo cruciale nello sviluppo di disturbi psicologici che potrebbero, a loro volta, contribuire all'emergere di BRF. Sebbene non abbiamo valutato la presenza di PTSD nei nostri intervistati, è plausibile che una socializzazione compromessa potrebbe aumentare ulteriormente il rischio di PTSD e successivamente interrompere lo stile di vita quotidiano. In sintesi, un adattamento sociale compromesso può portare direttamente e indirettamente a un'ampia gamma di disturbi comportamentali. Di conseguenza, gli individui colpiti dai fattori di stress che valutano l'adattamento sociale hanno maggiori probabilità di avere un CVR più elevato e richiederanno interventi medici e terapeutici personalizzati, a seconda della presenza di BRF specifici.

Lo studio ha rivelato che cambiamenti avversi nella sfera lavorativa tra i partecipanti erano fortemente associati a una maggiore prevalenza di cattiva salute generale, disturbi del sonno, nonché a un aumento dell'intensità del fumo e a una diminuzione dell'attività fisica. Ad esempio, gli individui che hanno subito una perdita del lavoro o un calo delle condizioni di lavoro o dei salari avevano maggiori probabilità di segnalare cattiva salute generale e disturbi del sonno. Avevano anche una maggiore prevalenza di una maggiore frequenza del fumo e una diminuzione dell'attività fisica. I disturbi del sonno erano più comuni tra le persone disoccupate o che affrontavano condizioni di lavoro o salari peggiori. I partecipanti che hanno perso il lavoro o hanno sperimentato condizioni di lavoro o salari peggiori avevano maggiori probabilità di mostrare un aumento dell'intensità del fumo. Quantità ridotte di sonno e attività fisica sono state segnalate più frequentemente da individui con condizioni di lavoro o salari peggiori. Si può dedurre che gli individui il cui lavoro ha subito cambiamenti, come perdita del lavoro, cambiamenti di professione, salari ridotti o condizioni di lavoro peggiori, richiedono interventi specifici per prevenire l'adozione di abitudini dannose, in particolare il fumo. Inoltre, è probabile che queste persone affrontino un CVR aggiuntivo a causa di disturbi del sonno e ridotta attività fisica. È interessante notare che la prevalenza di modelli dietetici disturbati o cambiamenti di peso non differivano significativamente tra gli intervistati in base ai fattori di stress correlati al lavoro. Ciò suggerisce che questa categoria di pazienti potrebbe non appartenere al gruppo ad alto rischio per lo sviluppo di obesità, che è un noto fattore CVR.

Lo studio ha evidenziato diversi risultati degni di nota relativi ai cambiamenti nel luogo di residenza e alla loro associazione con i BRF. Gli individui che sono stati costretti a cambiare il loro luogo di residenza all'interno dell'Ucraina avevano una maggiore prevalenza di disturbi del sonno, una maggiore frequenza di fumo e una

ridotta attività fisica. I partecipanti che hanno dovuto lasciare il paese hanno sperimentato una maggiore prevalenza di modelli alimentari disturbati e una ridotta quantità di sonno. Ciò suggerisce che anche coloro che si sono trasferiti all'interno del paese a causa del conflitto dovrebbero essere sottoposti a screening per disturbi comportamentali. Da un lato, ciò suggerisce che anche coloro che hanno lasciato la zona di guerra, sia trasferiti all'interno del paese che hanno lasciato l'Ucraina, potrebbero essere a rischio di problemi comportamentali e dovrebbero essere sottoposti a screening. D'altro canto, è importante notare che i disturbi comportamentali osservati potrebbero avere varie cause sottostanti. Questi individui potrebbero aver vissuto eventi traumatici prima di lasciare la loro residenza principale e le conseguenze di questi eventi potrebbero essere ancora evidenti durante il sondaggio. In alternativa, l'emergere dei BRF potrebbe essere attribuito allo stress psicologico associato all'adattamento a nuove condizioni di vita o alle preoccupazioni per parenti e conoscenti rimasti in Ucraina dopo il cambio di residenza. Comprendere i fattori sottostanti che contribuiscono a questi comportamenti sarà fondamentale per fornire un supporto appropriato alle persone colpite dal conflitto.

Il nostro studio ha sottolineato la forte associazione tra esperienze traumatiche e vari BRF tra i partecipanti, con particolare enfasi sulla salute generale e sui disturbi del sonno in termini di qualità, quantità e modello. In particolare, gli individui che hanno riferito esperienze traumatiche in numerose occasioni (>10 volte) e quelli esposti a bombardamenti di artiglieria avevano una prevalenza significativamente più alta di lamentele legate al sonno interrotto. È importante riconoscere che i disturbi del sonno possono fungere da una delle manifestazioni di un grave trauma mentale derivante da eventi traumatici, come la perdita di conoscenti a causa di azioni militari. Questi disturbi possono anche persistere per un lungo periodo di tempo indefinito [ 5 ]. Pertanto, è assolutamente necessario continuare a monitorare le vittime di guerra per lungo tempo al fine di identificare le violazioni comportamentali il prima possibile e correggerle. Vale la pena notare che secondo Gould et al., le persone che avevano una storia di traumi o PTSD appartenevano alla categoria di rischio di uso di sostanze [ 22 ]. Nel nostro studio non abbiamo indagato questo fattore, ma non è stata osservata la connessione tra l'esperienza traumatica e le abitudini malsane studiate (abuso di alcol o fumo).

Per ottenere una comprensione più completa dei fattori che contribuiscono al rischio di CVD tra la popolazione civile in tempo di guerra, abbiamo delineato diversi passaggi importanti per la nostra futura ricerca. Abbiamo in programma di incorporare il calcolo del CVR utilizzando la scala SCORE2. Ciò ci consentirà di quantificare i livelli di rischio in modo più preciso e di confrontare questi dati con i risultati del nostro questionario e degli indicatori clinici/biochimici. La nostra ricerca si concentrerà sull'identificazione di biomarcatori basati sul sangue che potrebbero fungere da indicatori efficaci dell'impatto dei fattori di stress sul corpo umano. Questi biomarcatori possono fornire segnali precoci di cambiamenti fisiologici correlati allo stress. Riconosciamo che gli effetti di uno stress mentale significativo possono manifestarsi nel tempo. Pertanto, la nostra ricerca fornirà un monitoraggio a lungo termine degli individui esposti allo stress durante i conflitti armati. Questo approccio ci aiuterà a tracciare lo sviluppo dei fattori di rischio di CVD e dei cambiamenti comportamentali per periodi prolungati. Integrando questi elementi nella nostra ricerca, miriamo non solo a categorizzare gli individui a rischio di rischio elevato di CVD a causa dello stress correlato alla guerra, ma anche a rilevare i primi cambiamenti fisiologici. Queste informazioni ci consentiranno di personalizzare trattamenti e interventi terapeutici personalizzati per attenuare l'impatto dello stress e ridurre il rischio di malattie cardiovascolari tra le vittime di guerra.

**Conclusioni**

1. I disturbi del sonno nei civili in tempo di guerra sono un fattore di rischio comportamentale che dipende da una serie di fattori di stress, quindi lo screening per tutti questi fattori di stress può essere appropriato per le persone con tali disturbi.
2. Lo stato antropometrico e l'aderenza a un'alimentazione normale tra i civili durante la guerra dipendono da molti fattori di stress, ma occorre prestare particolare attenzione alla socializzazione, al senso di sicurezza e alla presenza di esperienze traumatiche.
3. La prevalenza di abitudini malsane tra la popolazione civile durante la guerra è principalmente correlata alla perdita del lavoro o a cambiamenti nelle condizioni di lavoro o nei salari. Pertanto, si dovrebbe prestare maggiore attenzione al monitoraggio del fumo e dell'abuso di alcol tra la categoria di popolazione in cui questo fattore di stress viene rilevato durante l'indagine.

4. La bassa intensità di attività fisica nei civili durante il conflitto armato può essere una conseguenza della bassa autostima, che deve essere presa in considerazione quando si valuta il rischio di sviluppare CVD. Per correggere questo fattore comportamentale, un ulteriore supporto psicologico per il paziente può essere estremamente utile.
5. Nelle persone con fattori di stress identificati che caratterizzano la qualità della vita, occorre prestare particolare attenzione all'individuazione e alla correzione della bassa autostima, dello stato di salute, nonché dei disturbi del sonno, come la riduzione della qualità e della quantità del sonno e i modelli di sonno disturbati, perché appartengono ai fattori di stress più comuni tra questa categoria di vittime di guerra.
6. I civili che hanno subito cambiamenti negativi correlati ai fattori di adattamento sociale possono avere vari BRF (disturbo del sonno, nutrizione, aumento della frequenza di abitudini malsane, riduzione dell'attività fisica). Pertanto, questa categoria di vittime di azioni militari necessita di uno screening completo per la presenza di tutti i fattori comportamentali e di un'ulteriore correzione individuale delle violazioni rilevate.
7. I civili sottoposti a legge marziale che hanno sperimentato cambiamenti avversi correlati al lavoro hanno maggiori probabilità di soffrire di disturbi del sonno e di cattive condizioni di salute rispetto a coloro che non sono stati colpiti da questi cambiamenti. Tali cambiamenti sono anche associati a un aumento della frequenza del fumo e a una diminuzione dell'attività fisica. Pertanto, la diagnosi precoce e la correzione dei disturbi del sonno, la prevenzione di abitudini malsane e le raccomandazioni per uno stile di vita sano possono essere strumenti efficaci per ridurre il rischio di malattie cardiovascolari tra questa categoria di persone. Inoltre, la creazione di programmi allo scopo di sostegno economico per questi individui è probabile che contribuisca a una riduzione indiretta del rischio di malattie cardiovascolari.
8. L'esperienza traumatica dei civili durante il periodo di guerra è principalmente correlata allo stato generale di salute e ai disturbi del sonno. Pertanto, le persone che sono state traumatizzate assistendo ad attacchi aerei o bombardamenti di artiglieria, così come hanno avuto vittime tra i loro conoscenti, hanno particolarmente bisogno di un supporto psicologico e di una tempestiva individuazione e correzione dei disturbi del sonno.

**https://www.academia.edu/2994-435X/1/4/10.20935/AcadMed7469**

Osservatorio CPI
Osservatorio conti pubblici italiani

## Con ReArm Europe, il debito pubblico italiano potrebbe non scendere nei prossimi sette anni

**Alessio Capacci, Carlo Cignarella, Carlo Cottarelli**

*La Commissione europea ha proposto di alzare i tetti settennali alla spesa pubblica introdotti nel 2024 per consentire agli Stati Membri dell'UE di aumentare la spesa militare. Questa nota conclude che, se tutto lo spazio concesso per l'aumento di spesa fosse utilizzato, il rapporto tra debito pubblico e Pil aumenterebbe nei prossimi sette anni di oltre un punto e mezzo percentuale, invece di scendere di oltre tre punti percentuali. Se anche solo due terzi dello spazio previsto nell'ambito del piano ReArm Europe fossero utilizzati dall'Italia, il nostro debito pubblico fra sette anni sarebbe ancora leggermente superiore a quello attuale. Questo suggerisce l'opportunità di evitare un utilizzo pieno di tale spazio.*

* * *

Martedì 4 marzo la presidente della Commissione europea Von der Leyen ha proposto un pacchetto di misure per la difesa chiamato *ReArm Europe*, che il 12 marzo il Parlamento Europeo ha poi "accolto con favore".[1] Una delle misure prevede la possibilità per gli Stati membri dell'UE di finanziare l'aumento della spesa militare indebitandosi oltre i tetti fissati per la "spesa netta" dai rispettivi Piani strutturali di bilancio di medio termine (di seguito PSB) approvati dalle istituzioni europee nel 2024.[2]

La Commissione europea ha proposto, a titolo esemplificativo, un aumento del tetto alla spesa di 1,5 punti di Pil per ciascun Paese. Per renderlo possibile verrebbe attivata la "clausola di salvaguardia" prevista dal Patto di Stabilità e Crescita per "circostanze eccezionali", al fine di evitare che molti Paesi finiscano in Procedura di Deficit Eccessivo (come avverrebbe se il deficit superasse il 3% del Pil o se non fosse rispettato il sentiero fissato per la "spesa netta"). La clausola sarebbe valida per quattro anni, oltre i quali il livello raggiunto dalla spesa dovrebbe essere finanziato con maggiori entrate o minori spese, senza ulteriori deficit. La clausola potrebbe però essere estesa ulteriormente di anno in anno.

Nel PSB italiano, il rapporto tra debito pubblico e Pil era previsto scendere dal 135,8% del Pil nel 2024 al 132,5% nel 2031, una riduzione modesta. Le stime Istat più recenti indicano però che a fine 2024 il rapporto si è attestato al 135,3%.[3] *Ceteris paribus*, questo comporterebbe un rapporto del 132% nel 2031.[4] Questa nota stima la traiettoria del rapporto debito/Pil nel caso in cui l'Italia aumenti la spesa per la difesa in deficit (avvalendosi della clausola) portandola dall'1,6% del Pil nel 2024 al 3,1% nel 2028, ossia 1,5 punti percentuali in più, come ipotizzato dalla Commissione.

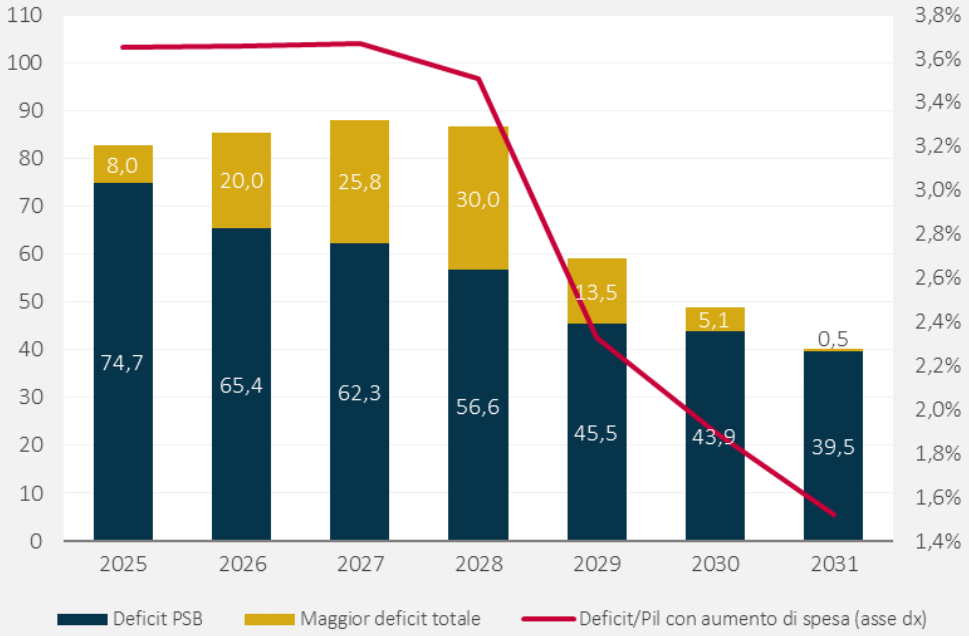
Che succede al debito pubblico?

Nello specifico, ipotizziamo un aumento della spesa militare rispetto alla *baseline* del PSB (modificata alla luce delle revisioni Istat come in nota 4; di seguito *baseline*) di 0,4% del Pil nel 2025, 1% nel 2026, 1,3% nel 2027 e 1,5% nel 2028, senza nessuna misura compensativa. Successivamente, l'impatto sulla spesa netta sarebbe ridotto allo 0,75% nel 2029 e allo 0,3% nel 2030 – o per un calo della spesa militare o per il suo finanziamento attraverso misure compensative – e si annullerebbe negli anni seguenti.[5] Inoltre, le previsioni ipotizzano che:

- La maggiore spesa per la difesa abbia un effetto espansivo sul Pil, rispetto alla *baseline*. A questo scopo, a ogni aumento di spesa rispetto al livello previsto per l'anno in corso si applica un moltiplicatore d'impatto (cioè nello stesso anno in cui si verifica l'aumento) di 0,3; un valore basso, perché negli ultimi anni tre quarti dei nostri armamenti sono stati importati dagli Stati Uniti.[6] Inoltre, in linea con le stime disponibili nella letteratura economica sull'andamento nel tempo del moltiplicatore, assumiamo che questo diminuisca linearmente fino ad azzerarsi dopo cinque anni.[7] L'impatto complessivo sul Pil di ogni anno è dato dalla somma dei singoli effetti, generati in quell'anno, da ciascun aumento di spesa corrente e passato (Tav. 1). Dal 2034, esauritosi l'impatto diretto della maggiore spesa, il Pil tornerebbe sul livello della *baseline* del PSB.
- Le entrate dello stato aumentino, rispetto alla *baseline*, per effetto del maggiore Pil. Per stimare l'aumento delle entrate utilizziamo un coefficiente di 0,4, coerente col livello della pressione fiscale in Italia.
- La spesa per interessi aumenti al crescere del debito. Per calcolare i maggiori interessi utilizziamo, per ogni anno, il tasso di interesse implicito sul debito indicato nel PSB applicato alla differenza nell'anno precedente tra il livello del debito nello scenario con maggiore spesa e nella *baseline*.[8]

Ne risulta una maggiore spesa per la difesa cumulata di 128 miliardi nel periodo 2025-2031. Nel solo quadriennio 2025-28, la spesa sarebbe di 101 miliardi, ossia circa un terzo in meno dello spazio corrispondente a un aumento del tetto dell'1,5% in ogni anno (quello teoricamente proposto dalla Commissione). All'aumento della spesa militare si aggiungerebbero 12 miliardi di spesa per interessi (2025-2031). Questi aumenti di spesa sarebbero in parte compensati da 37 miliardi di maggiori entrate. Il deficit totale aumenterebbe di circa 15 miliardi in media ogni anno, cioè 0,6 punti percentuali di Pil (Fig. 1).

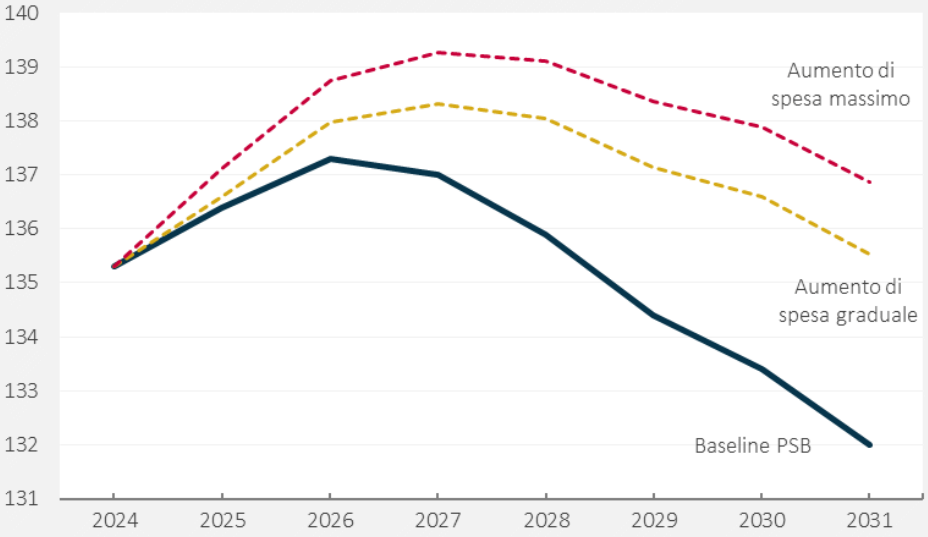
Fig. 1: Deficit di bilancio con e senza maggiore spesa per la difesa
(asse sx: miliardi di euro; asse dx: valori in % al Pil)




Fonte: elaborazioni OCPI su dati del Piano Strutturale di Bilancio (settembre 2024).
Nota: il maggior deficit rispetto alle previsioni del PSB comprende sia la maggiore spesa per la difesa che la maggiore spesa per interessi, incluse le maggiori entrate conseguenti alla crescita del Pil. Dal 2025 si assume un aumento progressivo della spesa per la difesa rispetto al livello attuale, fino a raggiungere un +1,5% del Pil nel 2028. Nel 2029 e nel 2030 si assume che l'impatto sul deficit sia di 0,75% e 0,3% rispettivamente. Nel 2031 il maggior deficit è quasi nullo perché la maggiore spesa per interessi (+3,5 mld) è quasi interamente compensata dalle maggiori entrate (+3 mld).

Passiamo al rapporto tra debito pubblico e Pil. In ciascun anno, l'aumento del volume del debito rispetto alla *baseline* (Fig. 2, linea blu) è dato, in termini cumulati, dalla maggior spesa per la difesa più la maggiore spesa per interessi, meno le maggiori entrate.[9]
Nello scenario con un aumento graduale della spesa militare il rapporto debito/Pil crescerebbe fino al 2027, raggiungendo il 138,3%, ritardando di un anno l'inversione della tendenza rispetto alle previsioni del PSB, e con una modesta riduzione nel 2028 (Fig. 2, linea gialla; vedi Tav. 2 e 3 per un confronto dettagliato dei saldi di finanza pubblica).
Tra il 2028 e il 2031, pur diminuendo, il rapporto resterebbe tra 2 e 4 punti percentuali sopra le previsioni.[10]
In particolare, nel 2031, al termine dell'orizzonte settennale di aggiustamento dei conti previsto dal PSB, il rapporto debito/Pil sarebbe, seppur di poco, superiore a quello del 2024 (135,5%, +0,2 punti percentuali; +3,5 punti percentuali in più rispetto alla *baseline* nello stesso anno).
Se, invece, si utilizzasse tutto lo spazio di bilancio proposto dalla Commissione, aumentando la spesa di 1,5 punti percentuali all'anno nel 2025-28 (per poi ridurla gradualmente a +0,75 nel 2029 e a +0,3 nel 2030, come nello scenario considerato sopra), il rapporto debito/Pil nel 2031 arriverebbe al 136,9%, un punto e mezzo sopra il livello del 2024 (Fig. 2, linea rossa) e quasi cinque punti in più della *baseline*.

Fig. 2: Rapporto debito/Pil con e senza l'aumento della spesa per la difesa
(valori in percentuale)




Fonte: elaborazioni OCPI su dati del Piano Strutturale di Bilancio.
Nota: nello scenario con aumento massimo, si assume una maggiore spesa in deficit dell'1,5% del Pil dal 2025 al 2028, per poi scendere allo 0,75% nel 2029, allo 0,3% nel 2030 e azzerarsi nel 2031. Nello scenario con aumento graduale, dal 2025 si assume una maggiore spesa in deficit che raggiunge gradualmente l'1,5% del Pil nel 2028, per poi decrescere come nell'altro scenario. In ogni anno l'aumento del deficit ha un effetto moltiplicatore sul Pil pari allo 0,3, che decresce linearmente nei quattro anni successivi. Vedi il testo per la metodologia di calcolo della *baseline*.

Tav. 1: Impatto degli aumenti della spesa militare sul Pil
(valori in miliardi di euro)

| | | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 | 2031 | 2032 | 2033 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| (a) Pil *baseline* | | 2.265 | 2.335 | 2.395 | 2.462 | 2.527 | 2.580 | 2.636 | 2.708 | 2.781 |
| (b) Pil con aumento spesa militare | | 2.267 | 2.344 | 2.411 | 2.485 | 2.547 | 2.594 | 2.644 | 2.710 | 2.781 |
| (c)=(b)-(a) Effetto sul Pil | | 2,7 | 9,1 | 16,0 | 22,4 | 20,6 | 14,6 | 7,4 | 2,6 | 0,6 |
| Effetto su Pil* | 2025 | 2,7 | 2,0 | 1,4 | 0,7 | | | | | |
| | 2026 | | 7,0 | 5,3 | 3,5 | 1,8 | | | | |
| | 2027 | | | 9,3 | 7,1 | 4,7 | 2,4 | | | |
| | 2028 | | | | 11,2 | 8,4 | 5,6 | 2,8 | | |
| | 2029 | | | | | 5,7 | 4,3 | 2,9 | 1,4 | |
| | 2030 | | | | | | 2,3 | 1,8 | 1,2 | 0,6 |

Fonte: elaborazioni OCPI su dati del Piano Strutturale di Bilancio (settembre 2024).

*Nota: l'impatto sul Pil nell'anno *t* è ottenuto assumendo un moltiplicatore della spesa pari a 0,3 che diminuisce linearmente nei quattro anni successivi. Ad esempio, nel 2025 l'impatto sul Pil è dato dall'aumento della spesa in deficit (9,1 mld) moltiplicato per 0,3; nel 2026 l'impatto complessivo è dato dal nuovo aumento di spesa del 2026 (quindi 0,3 moltiplicato per l'aumento in deficit di quell'anno) più l'effetto dell'aumento del 2025, che diminuisce nel tempo (0,225*9,1). Il livello del Pil della *baseline* è calcolato applicando i tassi di crescita del Pil nominale previsti nel PSB al livello del Pil del 2024 stimato da Istat nelle revisioni più recenti (marzo 2025).

Tav. 2: Principali aggregati di finanza pubblica, PSBMT e nuove previsioni
(valori in percentuale al Pil)

| | unità | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 | 2031 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PSB - baseline | | | | | | | | | |
| Debito/Pil (*baseline*) | % | 135,3 | 136,4 | 137,3 | 137 | 135,9 | 134,4 | 133,4 | 132 |
| Saldo di bilancio | % Pil | -3,4 | -3,3 | -2,8 | -2,6 | -2,3 | -1,8 | -1,7 | -1,5 |
| Saldo primario | % Pil | 0,4 | 0,6 | 1,1 | 1,5 | 1,9 | 2,4 | 2,6 | 3 |
| Spesa per interessi | % Pil | 3,9 | 3,9 | 3,9 | 4,1 | 4,2 | 4,2 | 4,3 | 4,5 |
| Tasso di interesse implicito | % | | 3,0 | 2,9 | 3,0 | 3,1 | 3,2 | 3,3 | 3,4 |
| Pil nominale | mld | 2.192 | 2.265 | 2.335 | 2.395 | 2.462 | 2.527 | 2.580 | 2.636 |
| Scenario con aumento graduale di spesa | | | | | | | | | |
| Debito/Pil | % | 135,3 | 136,6 | 138 | 138,3 | 138 | 137,1 | 136,6 | 135,5 |
| Maggiore spesa per difesa | %Pil | | 0,40 | 1,00 | 1,30 | 1,50 | 0,75 | 0,30 | 0,00 |
| Maggiore spesa per interessi | %Pil | | | 0,01 | 0,04 | 0,07 | 0,10 | 0,12 | 0,13 |
| Maggiori entrate | %Pil | | 0,05 | 0,15 | 0,27 | 0,36 | 0,32 | 0,22 | 0,11 |
| Saldo di bilancio | %Pil | | -3,7 | -3,7 | -3,7 | -3,5 | -2,3 | -1,9 | -1,5 |
| Pil nominale | mld | 2.192 | 2.267 | 2.344 | 2.411 | 2.485 | 2.547 | 2.594 | 2.644 |
| Δ saldo di bilancio | p.p. | | -0,4 | -0,9 | -1,1 | -1,2 | -0,5 | -0,2 | 0,0 |
| Δ debito/Pil | p.p. | | 0,2 | 0,7 | 1,3 | 2,1 | 2,7 | 3,2 | 3,5 |

Fonte: elaborazioni OCPI su dati del Piano Strutturale di Bilancio (settembre 2024).

Nota: nello scenario con aumento graduale di spesa, si ipotizza una maggiore spesa militare finanziata interamente a deficit dello 0,4% del Pil nel 2025, 1,0% nel 2026, 1,3% nel 2027, 1,5% nel 2028, 0,75% nel 2029 e 0,3% nel 2030. Vedi la Tav. 1 per un dettaglio degli effetti della maggiore spesa sul Pil. Il rapporto debito/Pil della *baseline* è quello del PSB meno 0,5 punti in ogni anno, per tenere conto della revisione Istat più recente (marzo 2025) del dato del 2024. Il livello del Pil del PSB è aggiustato come descritto nel testo.

Tav. 3: Principali aggregati di finanza pubblica, PSBMT e nuove previsioni

(valori in miliardi di euro)

| | unità | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 | 2031 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PSB - baseline | | | | | | | | | |
| Debito (*baseline*) | mld | 2.966,0 | 3.088,8 | 3.205,6 | 3.281,7 | 3.346,5 | 3.395,6 | 3.441,2 | 3.480,0 |
| Saldo di bilancio | mld | -74,5 | -74,7 | -65,4 | -62,3 | -56,6 | -45,5 | -43,9 | -39,5 |
| Saldo primario | mld | 8,8 | 13,6 | 25,7 | 35,9 | 46,8 | 60,6 | 67,1 | 79,1 |
| Spesa per interessi | mld | 85,495 | 88,3 | 91,1 | 98,2 | 103,42 | 106,11 | 110,92 | 118,63 |
| Tasso di interesse implicito | % | | 3,0 | 2,9 | 3,0 | 3,1 | 3,2 | 3,3 | 3,4 |
| Pil nominale | mld | 2.192,2 | 2.264,5 | 2.334,7 | 2.395,4 | 2.462,5 | 2.526,5 | 2.579,6 | 2.636,3 |
| Scenario con aumento graduale di spesa | | | | | | | | | |
| Debito | mld | 2.966,0 | 3.096,8 | 3.233,6 | 3.335,5 | 3.430,3 | 3.493,0 | 3.543,6 | 3.582,9 |
| Saldo di bilancio | mld | | -82,7 | -85,4 | -88,1 | -86,6 | -59,0 | -49,0 | -40,1 |
| Maggiore spesa per difesa | mld | | 9,1 | 23,4 | 31,3 | 37,3 | 19,1 | 7,8 | 0,0 |
| Maggiore spesa per interessi | mld | | 0 | 0,2 | 0,9 | 1,7 | 2,6 | 3,2 | 3,5 |
| Maggiori entrate | mld | | 1,1 | 3,6 | 6,4 | 9,0 | 8,2 | 5,8 | 3,0 |
| Pil nominale | mld | 2.192,2 | 2.267,2 | 2.343,8 | 2.411,5 | 2.484,9 | 2.547,1 | 2.594,2 | 2.643,7 |
| Δ saldo di bilancio | mld | | -8,0 | -20,0 | -25,8 | -30,0 | -13,5 | -5,1 | -0,5 |
| Δ debito | mld | | 8,0 | 28,0 | 53,8 | 83,8 | 97,3 | 102,4 | 103,0 |

Fonte: elaborazioni OCPI su dati del Piano Strutturale di Bilancio (settembre 2024).

Nota: nello scenario con aumento graduale di spesa, si ipotizza una maggiore spesa militare finanziata interamente a deficit dello 0,4% del Pil nel 2025, 1,0% nel 2026, 1,3% nel 2027, 1,5% nel 2028, 0,75% nel 2029 e 0,3% nel 2030. Vedi la Tav. 1 per un dettaglio degli effetti della maggiore spesa sul Pil. Il volume del debito della *baseline* è calcolato sottraendo 0,5 punti in ogni anno dal rapporto debito/Pil del PSB, per tenere conto della revisione Istat più recente (marzo 2025) del dato del 2024. Il livello del Pil del PSB è aggiustato come descritto nel testo.

**Riferimenti**

[1] Vedi il comunicato stampa dello scorso 4 marzo. Prima della plenaria del Parlamento, Il Consiglio europeo straordinario di giovedì 6 marzo aveva "accolto con favore" oppure "preso atto" delle proposte che compongono il Piano, pur senza approvarle formalmente (vedi il link).

[2] Vedi la nostra nota sui piani di rientro dei Paesi europei: "Le nuove regole europee sui conti pubblici: effetti su deficit, debito e Pil", 13 dicembre 2024.

[3] Vedi il link.

[4] Alla luce di questa revisione, nel seguito abbiamo sottratto in ogni anno 0,5 punti percentuali alla serie del rapporto debito/Pil del PSB. La nuova serie rappresenta la nostra *baseline*. Il livello del Pil baseline è aggiustato applicando i tassi di crescita del Pil nominale previsti dal PSB al livello del Pil del 2024 stimato da Istat.

[5] Si assume implicitamente che le clausole di salvaguardia verrebbero rinnovate, per simili importi.

[6] Occorre anche considerare che, nelle stime del governo, l'Italia si trova attualmente con un Pil effettivo leggermente superiore al Pil potenziale (quindi con un output gap positivo). Nello specifico, era stimato un *output gap* dell'1% nel 2024, decrescente negli anni successivi, vedi la Tavola II.1.3 del PSB al link. In queste condizioni un aumento della domanda causato dal maggiore deficit avrebbe un basso impatto sul Pil.

[7] Vedi N. Batini, L. Eyraud, L. Forni, A. Weber, "Fiscal Multipliers: Size, Determinants, and Use in Macroeconomic Projections" International Monetary Fund – Technical Notes and Manuals, No. 2014/004, 2 ottobre 2014. Nello specifico, si ipotizza che il moltiplicatore per i quattro anni sia 0,3; 0,225; 0,15; 0,075.

[8] La maggiore spesa per interessi non dovrebbe essere finanziata da misure compensative, nonostante la clausola di salvaguardia si applichi solo alle spese militari, perché il tetto alla spesa del PSB si riferisce alla spesa primaria.

[9] L'aumento del rapporto debito/Pil dipende anche dall'aggiustamento stock-flussi (la differenza tra aumento del debito e il deficit), che consideriamo invariato rispetto al PSB.

[10] Le previsioni del PSB per l'Italia si estendono fino al 2041, cioè dieci anni dopo la fine del piano di aggiustamento settennale dei conti pubblici (2025-2031). Nel periodo 2032-2041, il rapporto debito/Pil nelle nostre previsioni rimarrebbe di circa 4 punti sopra le previsioni del PSB, una volta esaurita la spinta della maggiore spesa sul Pil.

**https://osservatoriocpi.unicatt.it/ocpi-pubblicazioni-con-rearm-europe-il-debito-pubblico-italiano-potrebbe-non-scendere-nei-prossimi-sette**

quotidianosanità.it

## Finanziamenti, incentivi economici per i risultati e integrazione ospedale-territorio: la ricetta dei sistemi sanitari di successo.

**Ecco i migliori e i peggiori secondo l'Ocse. L'Italia con il suo Ssn tra luci e ombre**

*di G.R.*

*Paesi Bassi, Svizzera, Germani, Israele e Repubblica Slovacca hanno mostrato le migliori performance sono caratterizzati da una combinazione di incentivi finanziari mirati a migliorare la qualità delle cure, forti meccanismi di gatekeeping e un'efficace integrazione dei servizi sanitari primari. Male Estonia, Lettonia e Lituania. Dall'Italia dati contrastanti: promossa per continuità delle cure, protezione economica dei pazienti; ma c'è ancora molto da fare in digitalizzazione e incentivi economici per il personale.*

**24 MAR** -
Un'analisi dettagliata dei sistemi sanitari dei Paesi Ocse ha evidenziato significative differenze in termini di efficienza, qualità delle cure ed esiti per la salute. Lo studio, che si basa su dati aggiornati al 2023, ha identificato quali sono le migliori buone pratiche che possono essere adottate per migliorare l'efficienza e la qualità delle cure.

**I migliori sistemi sanitari**
I Paesi che hanno mostrato le migliori performance sono caratterizzati da una combinazione di incentivi finanziari mirati a migliorare la qualità delle cure, forti meccanismi di gatekeeping (gestione dell'accesso ai servizi specialistici attraverso i medici di base) e un'efficace integrazione dei servizi sanitari primari. Tra questi, in particolare, spiccano:
**- Paesi Bassi**
**- Svizzera**
**- Germania**
**- Israele**
**- Repubblica Slovacca**
Questi Paesi si distinguono per l'adozione di modelli misti che combinano assicurazioni sanitarie e sistemi di gestione decentralizzata, favorendo così una maggiore efficienza.

**I peggiori sistemi sanitari**
All'estremo opposto, i Paesi con le performance meno soddisfacenti sono caratterizzati da una bassa regolamentazione del settore sanitario, minori incentivi per migliorare la qualità delle cure e una maggiore frammentazione dei servizi. Tra i meno efficienti si collocano:
**- Estonia**
**- Lettonia**
**- Lituania**
Questi Paesi registrano un'efficienza significativamente inferiore rispetto alla media Ocse, soprattutto in termini di mortalità evitabile e utilizzo efficace delle risorse.

L'analisi ha messo in evidenza come alcuni fattori influenzino direttamente le performance dei sistemi sanitari. Tra questi:
**- Livello di spesa sanitaria:** i Paesi con spesa sanitaria elevata tendono a ottenere risultati migliori, ma non sempre questa correlazione è diretta. Alcuni Stati, come la Turchia, hanno mostrato una sorprendente efficienza nonostante una spesa relativamente contenuta.
**- Gestione del personale medico:** i sistemi che adottano incentivi finanziari per i medici di base e promuovono la continuità delle cure ottengono risultati migliori.
**- Integrazione dei servizi:** i sistemi che favoriscono la collaborazione tra medici di base, specialisti e strutture ospedaliere risultano più efficienti.

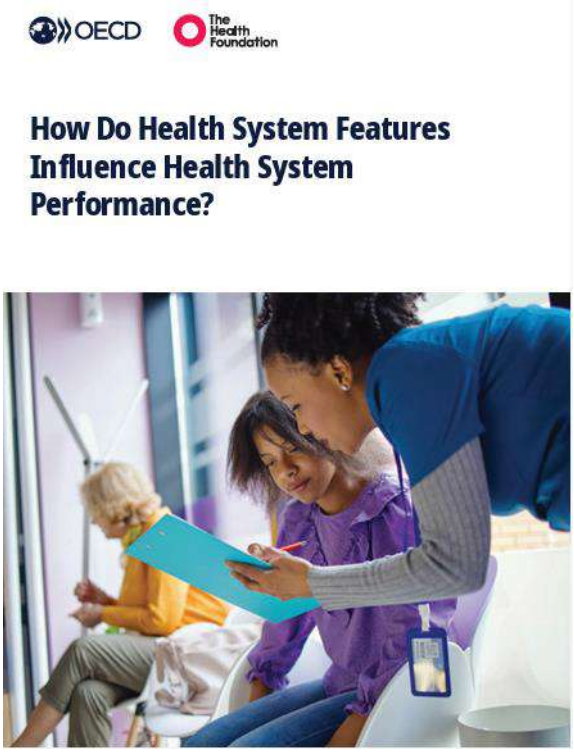
**E l'Italia? Per il nostro Paese emergono risultati contrastanti nel panorama dei sistemi sanitari Ocse** che mostrano, tra luci ed ombre, punti di forza e criticità dai dati riportati nello studio.

**Tra i punti di forza del sistema sanitario italiano vengono elencati:**
**- Alto livello di continuità delle cure:** il sistema sanitario italiano garantisce che la maggior parte della popolazione abbia un medico di riferimento per le cure abituali, offrendo così una buona continuità assistenziale.
**- Regolamentazione del personale medico:** l'Italia adotta una regolamentazione parziale del personale medico ospedaliero, garantendo una struttura organizzativa che bilancia flessibilità e controllo.
**- Buona protezione finanziaria per gli utenti**: Il sistema italiano offre una discreta protezione economica ai cittadini rispetto ai costi sanitari, mantenendo relativamente basso il ricorso a spese dirette da parte delle famiglie.

**Di contro, queste le maggiori criticità del sistema sanitario italiano:**
**- Limitato utilizzo delle cartelle cliniche elettroniche:** l'Italia ha ottenuto un punteggio modesto in termini di digitalizzazione, con un utilizzo delle cartelle cliniche elettroniche inferiore rispetto alla media Ocse.
**- Incentivi finanziari limitati per migliorare la qualità delle cure:** il sistema sanitario italiano non presenta forti incentivi economici per i medici di base volti a migliorare la qualità dell'assistenza, il che potrebbe ostacolare l'adozione di pratiche innovative e di alto standard.
**- Spesa sanitaria non sempre proporzionata ai risultati:** nonostante la spesa sanitaria sia moderatamente alta, i risultati in termini di mortalità evitabile e aspettativa di vita non sempre riflettono un'efficienza ottimale

Il sistema sanitario italiano presenta dunque elementi solidi in termini di accesso alle cure e continuità assistenziale, ma deve migliorare l'efficienza gestionale e l'adozione di tecnologie digitali per competere con i Paesi leader in ambito sanitario. Gli investimenti mirati e le riforme nei settori della digitalizzazione e degli incentivi alla qualità delle cure potrebbero colmare questo divario, rendendo il sistema sanitario italiano più competitivo a livello internazionale.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=128572




https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1742812222.pdf

quotidianosanità.it

# Salute globale. Il direttore dell'Oms: "Da Hiv a vaccinazioni, con taglio fondi Usa stop assistenza e a rischio 20 anni di progressi"

*di B.D.C.*

*"L'amministrazione statunitense - ha ricordato Tedros Adhanom Ghebreyesus - è stata estremamente generosa per molti anni e, naturalmente, è nel suo diritto decidere cosa sostenere e in quale misura. Ma gli Stati Uniti hanno anche la responsabilità di garantire che chi ritira i finanziamenti diretti ai paesi, lo faccia in modo ordinato e umano, che consenta di trovare fonti di finanziamento alternative".*

**17 MAR** - "Molti dei progressi nella lotta alla malaria che sono stati fatti negli ultimi 20 anni sono ora a rischio a causa dei tagli ai finanziamenti degli Stati Uniti per la salute globale. Non sto parlando della decisione degli Stati Uniti di ritirarsi dall'Oms, che oggi non commenterò. Sto parlando di tagli ai finanziamenti diretti degli Stati Uniti per i paesi tramite Usaid, Cdc e altre agenzie. L'impatto di questi tagli sarà ancora maggiore, lo stiamo già vedendo". Ad esempio, "ci sono gravi interruzioni nella fornitura di diagnosi della malaria, medicinali e zanzariere trattate con insetticidi a causa di scorte esaurite, consegne ritardate o mancanza di finanziamenti". A parlarne è stato il direttore generale dell'Organizzazione mondiale della Sanità **Tedros Adhanom Ghebreyesus**, durante un briefing con la stampa.

"Negli ultimi due decenni, gli Stati Uniti sono stati il più grande donatore bilaterale nella lotta contro la malaria, contribuendo a prevenire circa 2,2 miliardi di casi e 12,7 milioni di decessi. Se le interruzioni continueranno, potremmo assistere a ulteriori 15 milioni di casi di malaria e 107.000 decessi solo quest'anno, invertendo 15 anni di progressi. È una storia simile con l'Hiv. La sospensione della maggior parte dei finanziamenti al Pepfar, il President's Emergency Plan for Aids Relief, ha causato un'immediata interruzione dei servizi per il trattamento, i test e la prevenzione dell'Hiv in oltre 50 paesi. Otto paesi hanno ora notevoli interruzioni nella terapia antiretrovirale e nei prossimi mesi esauriranno i medicinali. Le interruzioni dei programmi per l'Hiv potrebbero annullare 20 anni di progressi, portando a più di 10 milioni di casi aggiuntivi di Hiv e 3 milioni di decessi correlati all'Hiv, più del triplo del numero di decessi dell'anno scorso. Per quanto riguarda la tubercolosi, 27 paesi in Africa e Asia stanno affrontando paralizzanti interruzioni nelle loro potenzialità di risposta, con carenze di risorse umane, rallentamenti nella diagnosi e nel trattamento, sistemi di dati e sorveglianza al collasso e un fondamentale lavoro di coinvolgimento della comunità in deterioramento. Nove paesi hanno segnalato carenze nell'approvvigionamento e nelle catene di fornitura di farmaci per la tubercolosi, mettendo a repentaglio la vita delle persone affette da tubercolosi. Negli ultimi due decenni il supporto degli Stati Uniti ai servizi per la tubercolosi ha contribuito a salvare quasi 80 milioni di vite. Anche quei progressi sono a rischio".

"Per quanto riguarda le vaccinazioni - ha ricordato **Tedros Adhanom Ghebreyesus** - la rete globale per il morbillo e la rosolia dell'Oms, composta da oltre 700 laboratori, finanziata esclusivamente dagli Stati Uniti, rischia l'imminente chiusura. Ciò avviene nel momento peggiore possibile, dato che il morbillo sta tornando. L'anno scorso si sono verificati 57 focolai di morbillo di grandi dimensioni e il numero è in aumento negli ultimi tre anni. Dal 1974, i vaccini contro il morbillo hanno salvato quasi 94 milioni di vite, ma anche questi progressi sono a rischio. I tagli improvvisi ai finanziamenti degli Stati Uniti stanno influenzando anche gli sforzi per sradicare la poliomielite, monitorare l'insorgenza di malattie come l'influenza aviaria e rispondere a focolai di malattie e crisi umanitarie. Quasi 24 milioni di persone rischiano di non essere in grado di accedere ai servizi sanitari essenziali. Oltre 2.600 strutture sanitarie in 12 crisi umanitarie hanno già sospeso i servizi almeno parzialmente, o lo faranno molto presto. In molti paesi, la brusca perdita dei finanziamenti degli Stati Uniti minaccia di invertire i progressi nel controllo delle malattie, nei tassi di immunizzazione, nella salute materna e infantile e nella preparazione alle emergenze. A Cox's Bazar in Bangladesh, il più grande campo profughi del mondo, la diagnosi e il trattamento dell'epatite C sono stati interrotti, così come la sorveglianza della malattia, l'assistenza sanitaria primaria e secondaria, i servizi di laboratorio, l'approvvigionamento di forniture e gli stipendi degli operatori sanitari".

“L’amministrazione statunitense - prosegue - è stata estremamente generosa per molti anni e, naturalmente, è nel suo diritto decidere cosa sostenere e in quale misura. Ma gli Stati Uniti hanno anche la responsabilità di garantire che chi ritira i finanziamenti diretti ai paesi, lo faccia in modo ordinato e umano, che consenta di trovare fonti di finanziamento alternative. Chiediamo agli Stati Uniti di riconsiderare il loro sostegno alla salute globale, che non solo salva vite in tutto il mondo, ma rende gli stessi Stati Uniti più sicuri, impedendo alle epidemie di diffondersi a livello internazionale.
E poiché la salute è ricchezza, combattere le malattie in tutto il mondo sostiene la crescita economica e la stabilità globali, il che avvantaggia gli Stati Uniti. Se gli Stati Uniti decidono di non ripristinare questi finanziamenti, chiediamo loro di avviare un dialogo con i paesi interessati, in modo che si possano elaborare piani per passare dalla dipendenza dai finanziamenti statunitensi a soluzioni più sostenibili, senza interruzioni che costino vite umane. Che i finanziamenti statunitensi ritornino o meno, altri donatori dovranno farsi avanti, ma lo stesso devono fare i paesi che hanno fatto affidamento sui finanziamenti statunitensi, nella misura in cui possono. L'Oms ha da tempo chiesto a tutti i paesi di aumentare progressivamente la spesa sanitaria interna, e questo è ora più importante che mai”.

https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=128435

quotidianosanità.it

## Il 15% delle diagnosi è sbagliato, mancato o tardivo.

**L’allarme dell’Ocse: “Errori costano miliardi e mettono a rischio la vita delle persone”**

*Un nuovo rapporto rivela che gli errori diagnostici costano miliardi ogni anno e mettono a rischio la vita dei pazienti. Ma intervenire si può, e conviene a tutti. Solo riducendo le diagnosi errate della metà si potrebbero risparmiare quasi 700 miliardi di dollari*

**28 MAR** -
Un dolore persistente, sintomi vaghi che cambiano nel tempo, visite su visite senza una risposta chiara. Per tanti pazienti, il percorso verso una diagnosi corretta può essere lungo e tortuoso. Ma quello che spesso si sottovaluta è quanto un errore, o anche solo un ritardo nella diagnosi, potrebbe compromettere la salute e la vita delle persone. A ricordarcelo è un recente rapporto dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), intitolato **"The Economics of Diagnostic Safety"** , che affronta in modo dettagliato un tema ancora troppo poco discusso: **l'impatto economico e umano degli errori nella diagnosi medica** .
Secondo l'OCSE, **fino al 15% delle diagnosi effettuate nei Paesi membri è errata o avviene troppo tardi**. Un dato impressionante, che si traduce non solo in enormi sofferenze per i pazienti, ma anche in costi elevatissimi per i sistemi sanitari. L'organizzazione stima che il peso economico complessivo di questi errori possa raggiungere **il 17,5% della spesa sanitaria**, pari a circa **1,8% del PIL** .
In altre parole, gli errori di diagnosi non sono solo un problema clinico, ma un gigantesco “buco nero” per le casse pubbliche.

**Un risparmio possibile: fino a 676 miliardi di dollari l'anno**
Il dato che più colpisce è però un altro: **migliorare l'accuratezza diagnostica conviene** . Secondo l'analisi, se i Paesi riuscissero a **dimezzare la frequenza degli errori** , si potrebbe ridurre **fino all'8% della spesa sanitaria annuale** , con un risparmio globale che supera i **676 miliardi di dollari** ogni anno. Risorse che potrebbero essere reinvestite in cure migliori, tecnologie avanzate e personale sanitario.

**Tre facce dello stesso problema**
Ma cosa si intende, esattamente, per errore diagnostico? Il rapporto li suddivide in tre categorie principali:

- **Sovradiagnosi**: quando si individuano malattie che non avrebbero mai dato sintomi o problemi. È il caso, ad esempio, di alcuni tumori diagnosticati grazie a screening sempre più precoci, che però portano a trattamenti inutili ea volte dannosi.
- **Sottodiagnosi** : quando la malattia non viene riconosciuta o viene liquidata come qualcosa di meno grave. Succede spesso con i disturbi psichiatrici o con patologie nuove e complesse come il Long COVID.
- **La diagnosi è errata**: quando si individua la malattia sbagliata, portando il paziente su un percorso terapeutico inefficace o addirittura nocivo.

A essere particolarmente a rischio sono le patologie complesse e "silenziose" come la sepsi, le malattie rare, i tumori a sviluppo lento, i problemi cardiovascolari nei giovani e, come accennato, le sindromi post-virali come il Long COVID.

**Non siamo tutti uguali davanti alla diagnosi**
Un altro dato che fa riflettere è che **non tutti i cittadini hanno le stesse probabilità di ricevere una diagnosi corretta**. Secondo l'OCSE, chi appartiene a fasce sociali più deboli, con minore accesso a cure specialistiche, ha un rischio maggiore di sottodiagnosi. Al contrario, chi può permettersi più visite ed esami rischiando una sovradiagnosi, spesso guidata da una medicina sempre più difensiva e tecnologica, ma non sempre efficace.

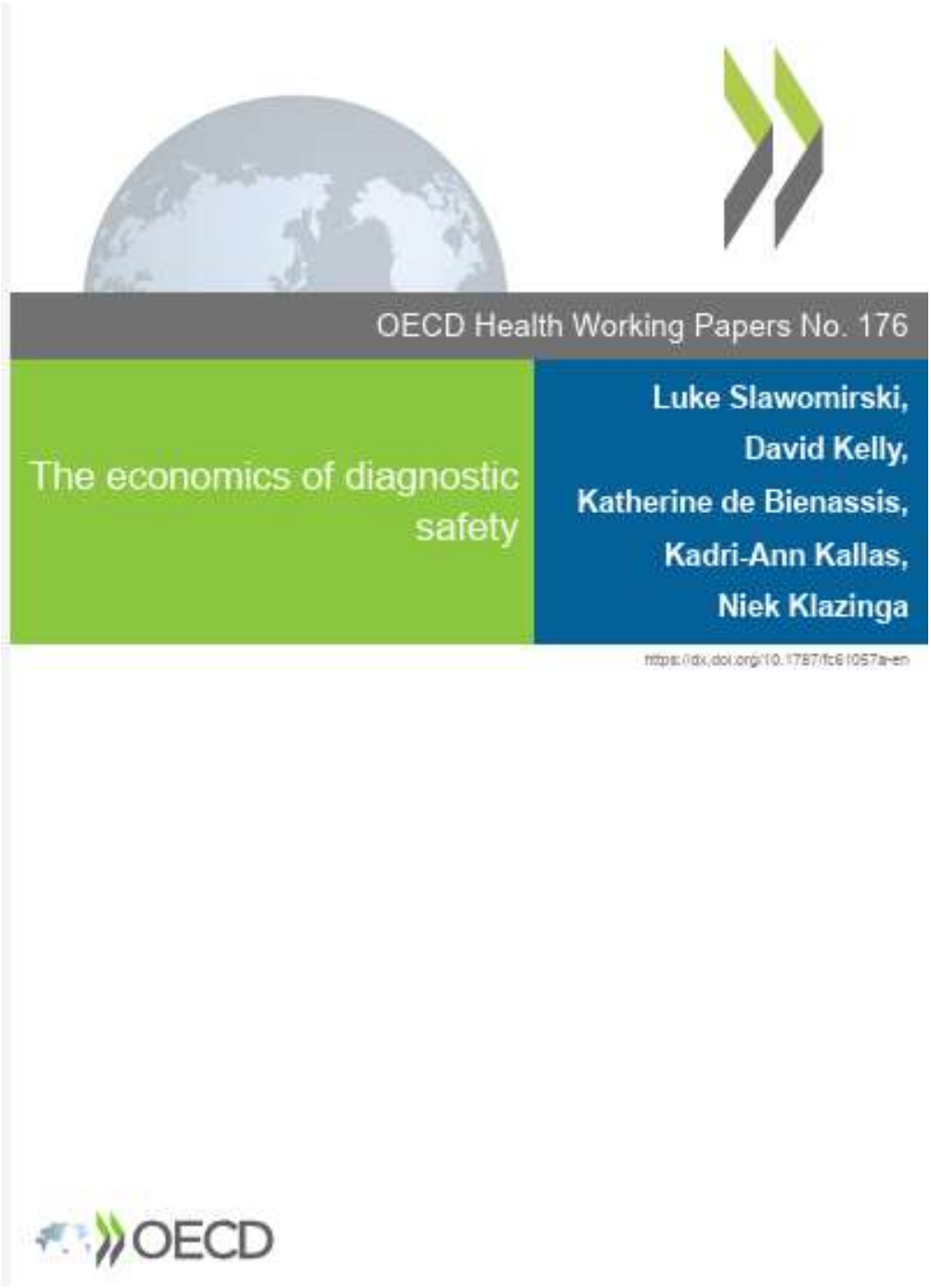
**Le cause: sistema sotto pressione e formazione da ripensare**
Tra le cause principali degli errori diagnostici ci sono la **complessità crescente del sapere medico**, la **frammentazione delle cure** , la **pressione sugli operatori sanitari** e, non da ultimo, **una formazione spesso incentrata più sulla malattia che sul paziente** . Inoltre, molti sistemi sanitari non hanno ancora strumenti efficaci per rilevare e correggere sistematicamente questi errori.

**Le proposte dell'OCSE: investire nella sicurezza diagnostica**
Il rapporto non si limita a fotografare il problema, ma propone anche una serie di interventi concreti, rivolti a governi, ospedali, professionisti e pazienti stessi. Tra questi:

- **Migliorare la formazione clinica**, includendo il tema dell'errore come parte integrante del percorso di crescita professionale;
- **Coinvolgere di più i pazienti**, rendendoli partecipi del processo diagnostico e informandoli sui rischi legati a diagnosi eccessive o mancate;
- **Utilizzare meglio le tecnologie digitali**, incluse le soluzioni di intelligenza artificiale, ma sempre con validazioni rigorose;
- **Creare linee guida e standard nazionali** per garantire uniformità nella lettura dei test e nella comunicazione delle diagnosi;
- **Costruire sistemi integrati di raccolta dati**, per monitorare in modo trasparente e costante la qualità delle diagnosi.

**Una sfida che riguarda anche l'Italia**
Anche nel nostro Paese il tema è quanto mai attuale. Il Servizio Sanitario Nazionale, già messo alla prova dalla pandemia e dalla carenza di personale, deve affrontare il nodo della sicurezza diagnostica con urgenza. Aumentare il tempo a disposizione dei medici per i colloqui con i pazienti, rafforzare l'assistenza territoriale e valorizzare la medicina generale sono solo alcuni dei tasselli necessari.
Come sottolinea il rapporto, **non si tratta solo di evitare gli errori, ma di costruire un sistema in cui sbagliare diventi sempre più difficile**. E per farlo, serve un investimento condiviso da tutti gli attori della sanità: istituzioni, professionisti e cittadini.
"Investire nella diagnosi sicura - conclude il rapporto - è una scelta lungimirante, perché salva vite, migliora la qualità dell'assistenza e consente di risparmiare risorse preziose".

**https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=128702**




https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1743155269.pdf

quotidianosanità.it

# 8 marzo. Il Servizio sanitario nazionale è sempre più 'rosa

## Le donne sono quasi 460 mila (il 69%) ma ai vertici ci sono gli uomini

**Luciano Fassari**

*In 10 anni sono passate dal 64% al 69% del totale e rappresentano inequivocabilmente la spina dorsale della nostra sanità. Ma poi se si guarda a quante donne ricoprono posizioni apicali il dato con gli uomini praticamente s'inverte. Ad esempio tra i medici solo il 21,1% delle donne dirige una struttura complessa e il 38,2% una struttura semplice. E anche alla guida di Asl e Ospedali le donne ai vertici sono appena un terzo.*

**07 MAR** -

Rappresentano il 69% della forza lavoro del Servizio sanitario nazionale ma se si guarda ai ruoli di vertici il dato praticamente si ribalta. Stiamo parlando delle 458.685 donne che lavorano a tempo indeterminato nel Servizio sanitario nazionale. "La crescente presenza femminile nel mondo della sanità italiana – scrive il Ministero della Salute nel suo ultimo focus sul personal del Ssn relativo all'anno 2022 - , grazie al suo apporto peculiare e specifico, contribuisce in maniera fattiva e costante all'incremento della qualità, della sicurezza, del gradimento dell'assistenza, e ad un rinnovato approccio alle cure sanitarie".

**Un Ssn sempre più rosa.**

Il confronto temporale dei dati disponibili sul personale in servizio presso le strutture del SSN mostra un quadro di riferimento in continua evoluzione nel quale la presenza femminile si fa sempre più importante in tutte le categorie professionale inclusa quella medica. Al 31/12/2022, sono 458.685 le donne che lavorano con contratto a tempo indeterminato presso le strutture del SSN, ossia il 69,3% circa del personale del Servizio Sanitario Nazionale (fonte Conto Annuale IGOP – Ragioneria Generale dello Stato) è costituito da donne. L'informazione più interessante è messa in luce dall'andamento del trend che risulta costantemente crescente negli ultimi anni (dal 64% dell'anno 2010 ad oltre il 69% del 2022).

Il peso percentuale del genere femminile sul totale differisce tuttavia, nei diversi ruoli in cui il personale del SSN è inquadrato. La quota più elevata di donne sul totale, pari al 72,7% corrisponde ai profili del ruolo amministrativo, immediatamente seguito dal ruolo sanitario con il 70,2% di personale di genere femminile e dal ruolo tecnico cui corrisponde una percentuale di donne del 64,5%. Decisamente in minoranza rispetto agli uomini le donne del ruolo professionale che rappresentano il 26,7% del totale.

3.1.1 Personale a tempo indeterminato per categoria e tipo rapporto di lavoro trend anni 2013-2022

| CATEGORIA | PERSONALE ANNO DI RIFERIMENTO 2013 | | | PERSONALE ANNO DI RIFERIMENTO 2014 | | | PERSONALE ANNO DI RIFERIMENTO 2015 | | | PERSONALE ANNO DI RIFERIMENTO 2016 | | | PERSONALE ANNO DI RIFERIMENTO 2017 | | | PERSONALE ANNO DI RIFERIMENTO 2018 | | | PERSONALE ANNO DI RIFERIMENTO 2019 | | | PERSONALE ANNO DI RIFERIMENTO 2020 | | | PERSONALE ANNO DI RIFERIMENTO 2021 | | | PERSONALE ANNO DI RIFERIMENTO 2022 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Uomini | Donne | Totale | Uomini | Donne | Totale | Uomini | Donne | Totale | Uomini | Donne | Totale | Uomini | Donne | Totale | Uomini | Donne | Totale | Uomini | Donne | Totale | Uomini | Donne | Totale | Uomini | Donne | Totale | Uomini | Donne | Totale |
| EDICI | 63.791 | 43.798 | 107.589 | 62.880 | 43.979 | 106.859 | 60.829 | 43.963 | 104.792 | 59.806 | 44.860 | 104.666 | 59.338 | 46.844 | 104.979 | 58.676 | 46.220 | 105.696 | 55.219 | 51.225 | 106.444 | 53.811 | 53.956 | 107.376 | 52.424 | 55.233 | 107.657 | 50.982 | 56.285 | 107.167 |
| ETERINARI | 4.321 | 977 | 5.098 | 4.169 | 984 | 5.004 | 4.000 | 967 | 4.947 | 3.907 | 968 | 4.875 | 3.881 | 934 | 4.796 | 3.644 | 998 | 4.642 | 3.472 | 1.075 | 4.547 | 3.283 | 1.222 | 4.505 | 3.062 | 1.415 | 4.477 | 2.933 | 1.600 | 4.533 |
| DONTOIATRI | 116 | 38 | 154 | 119 | 39 | 158 | 110 | 32 | 142 | 91 | 20 | 101 | 73 | 18 | 91 | 76 | 20 | 96 | 82 | 28 | 110 | 62 | 36 | 118 | 87 | 45 | 132 | 93 | 49 | 142 |
| RMACISTI | 591 | 2.004 | 2.625 | 589 | 2.029 | 2.618 | 580 | 2.005 | 2.594 | 591 | 2.044 | 2.635 | 591 | 2.125 | 2.686 | 571 | 2.291 | 2.862 | 591 | 2.301 | 2.842 | 603 | 2.307 | 2.910 | 639 | 2.506 | 3.145 | 644 | 2.580 | 3.224 |
| OLOGI | 848 | 3.033 | 3.881 | 809 | 2.957 | 3.766 | 764 | 2.908 | 3.672 | 716 | 2.820 | 3.536 | 674 | 2.763 | 3.437 | 646 | 2.782 | 3.427 | 636 | 2.877 | 3.513 | 633 | 3.009 | 3.642 | 662 | 3.160 | 3.822 | 703 | 3.281 | 4.064 |
| MICI | 188 | 149 | 337 | 177 | 141 | 318 | 165 | 128 | 293 | 128 | 111 | 239 | 119 | 101 | 220 | 113 | 98 | 211 | 102 | 90 | 192 | 85 | 94 | 179 | 82 | 89 | 171 | 78 | 91 | 167 |
| SICI | 354 | 203 | 557 | 365 | 226 | 591 | 282 | 208 | 590 | 354 | 318 | 672 | 258 | 318 | 576 | 281 | 316 | 620 | 286 | 362 | 648 | 269 | 378 | 677 | 314 | 399 | 713 | 318 | 423 | 741 |
| SICOLOGI | 1.377 | 4.349 | 5.723 | 1.362 | 4.279 | 5.639 | 1.328 | 4.108 | 5.436 | 1.306 | 4.160 | 5.466 | 1.228 | 3.993 | 5.221 | 1.186 | 3.903 | 5.089 | 1.085 | 3.888 | 4.973 | 1.031 | 3.925 | 4.956 | 992 | 4.077 | 5.069 | 978 | 4.313 | 5.291 |
| R. PROFESSIONI SANITARIE | 133 | 237 | 370 | 131 | 222 | 353 | 130 | 222 | 352 | 131 | 233 | 364 | 148 | 240 | 388 | 153 | 260 | 413 | 180 | 287 | 470 | 216 | 352 | 568 | 247 | 398 | 645 | 265 | 426 | 691 |
| ERS. INFERMIERISTICO | 60.858 | 208.679 | 269.537 | 59.445 | 207.239 | 267.684 | 58.780 | 205.344 | 264.124 | 59.437 | 203.669 | 263.106 | 59.508 | 203.697 | 263.232 | 59.816 | 206.175 | 265.991 | 59.284 | 207.423 | 266.707 | 61.360 | 214.141 | 275.501 | 62.029 | 216.206 | 278.235 | 63.012 | 219.035 | 282.047 |
| ERS. TECNICO SANITARIO | 13.494 | 21.347 | 34.841 | 13.379 | 21.224 | 34.603 | 13.142 | 21.017 | 34.159 | 12.931 | 21.074 | 34.005 | 12.755 | 21.313 | 34.068 | 12.657 | 21.697 | 34.354 | 12.543 | 22.352 | 34.895 | 12.466 | 22.955 | 35.421 | 12.646 | 23.391 | 36.037 | 12.921 | 23.975 | 36.896 |
| ERS. VIGILANZA ED ISPEZIONE | 5.838 | 4.199 | 10.037 | 5.762 | 4.133 | 9.895 | 5.617 | 3.965 | 9.582 | 5.527 | 3.884 | 9.411 | 5.434 | 3.845 | 9.279 | 5.227 | 3.956 | 9.236 | 5.038 | 4.054 | 9.132 | 4.968 | 4.394 | 9.362 | 4.847 | 4.484 | 9.331 | 4.846 | 4.635 | 9.481 |
| ERS. RIAZ. RIABILITATIVE | 3.904 | 16.597 | 20.121 | 3.829 | 16.327 | 20.000 | 3.696 | 16.124 | 19.720 | 3.591 | 16.926 | 19.477 | 3.538 | 16.784 | 19.324 | 3.586 | 16.804 | 19.414 | 3.571 | 16.941 | 19.512 | 3.625 | 16.959 | 19.984 | 3.777 | 16.824 | 20.601 | 3.859 | 17.186 | 20.945 |
| ROFILO RUOLO PROFESSIONALE | 253 | 26 | 279 | 269 | 27 | 296 | 240 | 26 | 266 | 237 | 19 | 256 | 238 | 21 | 259 | 232 | 24 | 256 | 229 | 24 | 253 | 232 | 27 | 259 | 229 | 29 | 258 | 239 | 40 | 279 |
| R. RUOLO PROFESSIONALE | 954 | 231 | 1.185 | 928 | 225 | 1.153 | 895 | 227 | 1.122 | 881 | 240 | 1.121 | 868 | 246 | 1.114 | 841 | 266 | 1.107 | 838 | 299 | 1.137 | 878 | 318 | 1.196 | 889 | 370 | 1.259 | 924 | 384 | 1.308 |
| ROFILO RUOLO TECNICO | 43.154 | 68.022 | 115.176 | 45.313 | 68.445 | 113.758 | 44.005 | 68.303 | 112.307 | 43.865 | 68.163 | 111.265 | 42.667 | 68.472 | 111.068 | 41.596 | 68.468 | 109.994 | 40.597 | 69.712 | 110.290 | 41.053 | 73.524 | 114.578 | 41.229 | 74.351 | 115.580 | 41.521 | 78.448 | 119.969 |
| R. RUOLO TECNICO | 488 | 506 | 993 | 474 | 493 | 964 | 456 | 474 | 930 | 442 | 461 | 904 | 428 | 460 | 888 | 424 | 425 | 850 | 386 | 394 | 780 | 375 | 366 | 741 | 353 | 355 | 708 | 370 | 332 | 702 |
| ROFILO RUOLO AMMINISTRATIVO | 19.508 | 50.653 | 70.248 | 19.203 | 49.849 | 69.049 | 18.782 | 48.203 | 66.985 | 18.005 | 47.909 | 65.914 | 17.881 | 46.819 | 64.700 | 17.500 | 46.905 | 64.405 | 16.735 | 44.709 | 61.445 | 16.367 | 44.322 | 60.689 | 16.346 | 44.295 | 60.641 | 16.639 | 45.459 | 62.098 |
| R. RUOLO AMMINISTRATIVO | 1.181 | 1.290 | 2.471 | 1.127 | 1.260 | 2.387 | 1.076 | 1.214 | 2.290 | 1.048 | 1.269 | 2.249 | 1.004 | 1.224 | 2.228 | 957 | 1.224 | 2.181 | 933 | 1.251 | 2.184 | 911 | 1.272 | 2.183 | 972 | 1.391 | 2.363 | 980 | 1.438 | 2.418 |
| TROPERSONALE | 918 | 203 | 1.122 | 855 | 229 | 1.084 | 747 | 198 | 937 | 716 | 223 | 939 | 634 | 213 | 847 | 544 | 189 | 733 | 524 | 194 | 718 | 511 | 198 | 707 | 473 | 218 | 691 | 488 | 231 | 699 |
| ROFILO RUOLO RICERCA SANITARIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 206 | 372 | 1.080 | 843 | 972 | 1.215 |
| TALE | 204.741 | 427.623 | 632.364 | 201.623 | 424.156 | 645.779 | 216.471 | 419.161 | 635.632 | 212.886 | 417.931 | 630.817 | 210.851 | 419.491 | 630.342 | 208.685 | 424.182 | 632.767 | 202.304 | 426.506 | 628.810 | 202.717 | 442.445 | 645.162 | 202.537 | 450.066 | 652.573 | 203.253 | 455.935 | 659.208 |

*Elaborazioni su dati del conto annuale - Tab.1 (ASL, AO, AOU, IRCCS PUBBLICI, ESTAR TOSCANA, ISPO, ARES LAZIO E LOMBARDIA, AZIENDA VENETO E LIGURIA)*

**Ma ai vertici ci sono sempre più uomini.**

Andando a spulciare i dati dell'Annuario si scopre ad esempio che tra i medici solo il 21,1% delle donne dirige una struttura complessa e il 38,2% una struttura semplice. Per quanto riguarda i veterinari solo il 7,7% dirige una struttura complessa e per gli odontoiatri le donne alla guida sono il 33,3%. Anche per quanto riguarda le direzioni di ruolo professionale sono solo il 21,5% le donne alla guida di strutture complesse. Per quanto riguarda i dirigenti sanitari non medici sono le donne a primeggiare invece con il 60,1% al vertice. Anche nella dirigenza amministrativa le donne alla guida di strutture complesse sono in maggioranza (54,2%) così come nella dirigenza delle professioni sanitarie (53,9%). Un magro risultato però se rapportiamo il numero di donne in servizio rispetto agli uomini.

Il trend è negativo anche se guardiamo ai vertici di Asl e ospedali. Secondo gli ultimi dati forniti dalla Fiaso le donne ricoprono oggi un terzo del totale degli incarichi di vertice, ma dal 2024 sono passate dal 34,3% al 33% (pari a -1,3%), segnando un'inversione di tendenza rispetto alla crescita costante registrata negli ultimi anni.

*3.1.6* Personale dirigente per categoria, tipo incarico e genere al 31/12/2022

*Valori percentuali*

| CATEGORIA | STRUTTURA COMPLESSA | | STRUTTURA SEMPLICE | | ALTRO | | CON INCARICHI STRUTTURA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Uomini | Donne | Uomini | Donne | Uomini | Donne | Uomini | Donne |
| MEDICI | 78,9 | 21,1 | 61,8 | 38,2 | 43,9 | 56,1 | 8,6% | 21,0% |
| ODONTOIATRI | 66,7 | 33,3 | 85,7 | 14,3 | 63,2 | 36,8 | 6,1% | 15,1% |
| VETERINARI | 92,3 | 7,7 | 80,5 | 19,5 | 61,5 | 38,5 | 6,1% | 18,2% |
| DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI | 39,9 | 60,1 | 29,3 | 70,7 | 18,7 | 81,3 | 9,3% | 17,6% |
| DIR. RUOLO PROFESSIONALE | 78,5 | 21,5 | 68,6 | 31,4 | 67,1 | 32,9 | 39,8% | 49,0% |
| DIR. RUOLO TECNICO | 62,3 | 37,7 | 51,8 | 48,2 | 49,6 | 50,4 | 36,4% | 43,8% |
| DIR. RUOLO AMMINISTRATIVO | 45,8 | 54,2 | 37,4 | 62,6 | 36,8 | 63,2 | 59,7% | 65,6% |
| DIRIGENTI PROFESSIONI SANITARIE | 46,1 | 53,9 | 29,0 | 71,0 | 41,4 | 58,6 | 29,3% | 28,2% |

*Elaborazioni su dati del conto annuale - Tab. 1 (ASL, AO, AOU, IRCCS PUBBLICI, ESTAR TOSCANA, ISPO, ARES LAZIO E LOMBARDIA, AZIENDA VENETO E LIGURIA)*

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=128228

quotidianosanità.it

## Tumori. Oms: "Da oggi al 2050 il cancro costerà all'economia globale più di 25 trilioni di dollari. Profonde disuguaglianze nella risposta globale"

*di E.M.*

*"Da oggi al 2050 il cancro costerà all'economia globale più di 25 trilioni di dollari. Ma il costo economico impallidisce in confronto a quello umano. Ogni ora 280 bambini perdono un genitore a causa del cancro. Solo il 25% delle donne affette da tumore al seno ha accesso ai farmaci salvavita e quasi il 50% con un tumore cervicale vengono abbandonate dai propri partner" ha detto il Dg dell'Oms all'evento della Lancet Oncology Commission on Cancer in the Commonwealth*

“Da oggi al 2050 il cancro costerà all’economia globale più di 25 trilioni di dollari. Ma il costo economico impallidisce in confronto a quello umano. Ogni ora 280 bambini perdono un genitore a causa del cancro.
Solo il 25% delle donne affette da tumore al seno in tutto il mondo ha accesso ai farmaci salvavita e quasi il 50% con un tumore cervicale vengono abbandonate dai propri partner” ha detto il Dg dell’Oms all’evento della Lancet Oncology Commission on Cancer in the Commonwealth
“Il cancro non fa distinzioni. Colpisce persone in tutti i paesi e in tutti gli stili di vita. È la seconda causa di morte a livello mondiale, con circa 9,6 milioni di decessi all’anno, ovvero più della popolazione di Londra. Si stima che da oggi al 2050 il cancro costerà all’economia globale più di 25 trilioni di dollari in costi di cura e perdita di produttività, il che equivale a un’imposta annuale dello 0,55% sul PIL mondiale. Ma il costo economico del cancro impallidisce in confronto al suo costo umano, all’impatto che ha sulle persone colpite, sui loro cari, sulle famiglie, sugli amici e su altri. La loro sofferenza è l’unica ragione per cui abbiamo bisogno di un’azione globale. Ogni ora 280 bambini perdono un genitore a causa del cancro. E quasi il 50% delle donne a cui viene diagnosticato un tumore cervicale vengono abbandonate dai propri partner”.
È quanto ha ricordato **Tedros Adhanom Ghebreyesus** il Direttore generale dell’Oms nel suo discorso all’evento della Lancet Oncology Commission on Cancer in the Commonwealth.
Per centinaia di milioni di persone in tutto il mondo e nel Commonwealth, una diagnosi di cancro continua a essere una condanna a morte, un fattore scatenante della povertà o una causa di disagio sociale e stigma, ha sottolineato Tedros che ha aggiunto: “Il cancro è un grande strumento di uguaglianza, ma la risposta globale a questo fenomeno è caratterizzata da profonde disuguaglianze. Nei paesi ad alto reddito, quasi il 90% dei bambini affetti da cancro sopravvive. Nei paesi a basso e medio reddito, i tassi di sopravvivenza sono spesso inferiori al 30%. Solo il 16% dei paesi del Commonwealth include servizi essenziali di gestione del cancro nel pacchetto di servizi sanitari di base che forniscono alle loro popolazioni”.
Non solo, per molte famiglie vulnerabili che devono pagare di tasca propria le cure, il cancro porta alla povertà generazionale, ha aggiunto ricordando che molte persone per mancanza di soldi devono rinunciare alle cure: “Nessuno dovrebbe mai dover fare una scelta del genere. Eppure sono in tanti a farlo”.
Anche molte innovazioni celebrate nei paesi ad alto reddito restano inaccessibili alla maggior parte delle persone affette da cancro nel mondo. Ad esempio, si stima che solo il 25% delle donne affette da tumore al seno in tutto il mondo abbia accesso ai farmaci salvavita, che nei paesi ad alto reddito rappresentano da 25 anni lo standard di cura. E i trattamenti più recenti, come l’immunoterapia, offrono enormi progressi, ma spesso hanno un prezzo altrettanto elevato.
“Per il momento – ha spiegato – l’Oms include l’immunoterapia per il melanoma nell’elenco dei medicinali essenziali, ma non per altri tumori, a causa del compromesso tra impatto sul bilancio e impatto clinico. Stiamo valutando altre indicazioni e presto pubblicheremo un rapporto sulla rivista *Lancet* sull’impatto sul bilancio dei paesi a basso e medio reddito dell’inclusione dell’immunoterapia per il cancro ai polmoni, insieme alle opzioni politiche per migliorare l’accessibilità e la convenienza economica”.
**Per questo il Dg Oms ha chiesto ai ricercatori di includere i Paesi a basso e medio reddito nelle sperimentazioni cliniche sull’immunoterapia.**
Ma mentre la cura del cancro è percepita come costosa, non deve esserlo. “L’Oms ha sviluppato strumenti per aiutare i governi a definire e finanziare i servizi prioritari per il cancro, concentrandosi su rapporto costi-efficacia ed equità. Come ha scoperto la *Lancet Commission*, migliorare la prevenzione e il controllo del cancro non è solo un imperativo sanitario, ma un’opportunità sociale, politica ed economica, con notevoli ritorni sugli investimenti: 12 dollari per ogni dollaro investito”.

**https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=128458**

## *Il Caos in sanità: gli USA oggi*

SALUTE INTERNAZIONALE

### USA. Cosa vogliono gli oligarchi.

Discorso tenuto al Senato dal **Sen. Bernie Sanders** (1) l'11 febbraio 2025, sul modo con cui Elon Musk e i suoi colleghi oligarchi stanno conducendo una guerra contro la classe operaia americana.

**Signor Presidente, viviamo in un periodo estremamente pericoloso. Le generazioni future guarderanno indietro a questo momento, a ciò che stiamo facendo adesso, e ricorderanno se abbiamo avuto il coraggio di difendere la nostra democrazia dalle crescenti minacce dell'oligarchia e dell'autoritarismo.** Ricorderanno se siamo stati al fianco del Presidente Abraham Lincoln a Gettysburg che nel 1863, guardando un campo di battaglia dove migliaia di persone morirono nella lotta contro la schiavitù, affermò che: "questa nazione, sotto Dio, avrà una nuova nascita di libertà, e che un governo del popolo, dal popolo, per il popolo non morirà". Siamo con la visione di Lincoln dell'America o permettiamo a questo Paese di passare a un governo dei miliardari, dai miliardari e per i miliardari?

**Ma non è solo l'oligarchia di cui dovremmo preoccuparci, e la realtà che le tre persone più ricche d'America ora possiedono più ricchezza della metà più povera della nostra società**, 170 milioni di persone. Non è solo che il divario tra i molto ricchi e tutti gli altri si sta allargando, e che oggi abbiamo più disuguaglianze di reddito e ricchezza di quante ne abbiamo mai avute.
È anche perché stiamo assistendo a un rapido movimento, sotto il presidente Trump, verso l'autoritarismo. Sempre più potere in sempre meno mani.

**Signor Presidente, mentre parliamo, proprio ora, Elon Musk, l'uomo più ricco del mondo, sta tentando di smantellare le principali agenzie del governo federale che sono progettate per proteggere le esigenze delle famiglie lavoratrici e degli svantaggiati.** Queste agenzie sono state create dal Congresso degli Stati Uniti ed è responsabilità del Congresso mantenerle, riformarle o chiuderle. Non è responsabilità del signor Musk. Ciò che sta facendo il signor Musk è palesemente illegale e incostituzionale, e deve essere fermato.

**Presidente. Due settimane fa, il Presidente Trump ha tentato di sospendere tutte le sovvenzioni e i prestiti federali, un atto scandaloso e chiaramente incostituzionale**. Come spero sappia ogni studente di sesta elementare in America, secondo la Costituzione e la nostra forma di governo, il Presidente può raccomandare una legge, può sostenere una legge, può porre il veto sulla legge, ma non ha il potere di interrompere unilateralmente i finanziamenti approvati dal Congresso. Sono il Congresso, la Camera e il Senato a controllare i cordoni della borsa.
Ma non è solo il Congresso ad essere sotto attacco. È la nostra magistratura.

**Questo fine settimana, il Vice Presidente, laureato alla Yale Law School, che ha lavorato come impiegato per un giudice della Corte Suprema, ha detto che: "ai giudici non è consentito controllare il legittimo potere esecutivo"**.
Davvero? Pensavo che una delle principali funzioni delle corti federali fosse quella di interpretare la nostra Costituzione e, quando appropriato, fungere da controllo sul potere esecutivo incostituzionale.
Nel frattempo, il signor Musk ha proposto che "il peggior 1% dei giudici nominati venga licenziato ogni anno" e ha chiesto l'impeachment dei giudici che gli hanno impedito di accedere ai file sensibili del Dipartimento del Tesoro. Senza dubbio, sotto il governo del signor Musk, saranno lui e i suoi amici miliardari a stabilire chi sono i "peggiori" giudici. E no, signor Musk, non si mettono sotto accusa i giudici che si pronunciano contro

di lei. Forse lo sa o no, ma secondo la Costituzione degli Stati Uniti, abbiamo una separazione dei poteri, brillantemente elaborata dai padri fondatori di questo paese negli anni '70 del Settecento.
Stiamo assistendo a un attacco organizzato al Congresso e ai tribunali.
Ma Trump e i suoi amici non stanno solo cercando di indebolire due dei tre pilastri del nostro governo costituzionale, il Congresso e le corti.

**Stanno anche attaccando i media in un modo che non abbiamo mai visto nella storia moderna di questo paese.**
Ogni membro del Congresso vi dirà che le persone nei media e le organizzazioni mediatiche non sono perfette. Loro, come tutti gli altri, commettono errori ogni giorno. Ma spero che ogni membro del Congresso capisca che non si può avere una democrazia funzionante senza una stampa indipendente, giornalisti non intimiditi che sappiano scrivere e dire le cose come le vedono loro. E a questo proposito, voglio ricordare ai miei colleghi cosa ha fatto questo presidente negli ultimi mesi.
Il presidente Trump ha fatto causa alla ABC e ha ricevuto un risarcimento di 15 milioni di dollari. Ha fatto causa alla Meta, la società madre di Facebook e Instagram, e ha ricevuto un risarcimento di 25 milioni di dollari. Ha fatto causa alla CBS, e la sua società madre Paramount, apparentemente, è in trattative per un risarcimento. Ha fatto causa al Des Moines Register, e la sua FCC ora minaccia di indagare su PBS e NPR.

**In altre parole, abbiamo un Presidente degli Stati Uniti che sta usando il suo potere per attaccare i media di questo paese che dicono e fanno cose che non gli piacciono.** Come potremo avere dei media indipendenti se i giornalisti si guardano alle spalle, timorosi che il loro lavoro possa scatenare una causa legale da parte dell'uomo più potente del mondo?
Presidente. Ora è il momento di porre una domanda molto semplice. Cosa vogliono davvero il signor Musk, il signor Trump e i loro colleghi miliardari? Qual è il loro obiettivo finale?
E secondo me, la risposta non è complicata. Non è nuova. Non è nuova. È ciò che le classi dominanti nel corso della storia hanno sempre voluto e hanno sempre creduto fosse loro di diritto: più potere, più controllo e più ricchezza. E sono determinate a non permettere alla democrazia e allo stato di diritto di ostacolarli.
Per il signor Musk e i suoi colleghi oligarchi, i bisogni, le preoccupazioni, le idee, i sogni della gente comune sono semplicemente un impedimento a ciò a cui loro, gli oligarchi, hanno diritto. Questo è ciò in cui credono veramente.

**Non è la prima volta che assistiamo a una situazione del genere nella storia del nostro Paese.**
Nell'America prerivoluzionaria, prima del 1770, la classe dirigente di quel tempo governava attraverso una dottrina chiamata "diritto divino dei re", la convinzione che il re d'Inghilterra fosse un agente di Dio, che Dio lo avesse nominato e che non dovesse essere messo in discussione dai semplici mortali.

**Nei tempi moderni non abbiamo più il "diritto divino dei re". Ciò che abbiamo ORA è un'ideologia spinta dagli oligarch**i che afferma che come persone molto, molto ricche, spesso self-made, spesso padroni di nuove tecnologie rivoluzionarie e come "individui con un QI elevato", è LORO diritto assoluto governare. In altre parole, gli oligarchi di oggi sono i nostri re moderni.

**E non è solo il potere che vogliono. Nonostante l'incredibile ricchezza che hanno, ne vogliono di più, sempre di più**. La loro avidità non ha fine. Oggi, il signor Musk vale 402 miliardi di dollari, il signor Zuckerberg vale 252 miliardi di dollari e il signor Bezos vale 249 miliardi di dollari. Con una ricchezza complessiva di 903 miliardi di dollari, queste tre persone possiedono più ricchezza della metà inferiore della società americana, 170 milioni di persone. Non sorprende che da quando Trump è stato eletto, la loro ricchezza sia aumentata vertiginosamente. Elon Musk è diventato più ricco di 138 miliardi di dollari, Zuckerberg è diventato più ricco di 49 miliardi di dollari e Bezos è diventato più ricco di 28 miliardi di dollari, dal giorno delle elezioni.
Nel frattempo, mentre i ricchissimi diventano molto più ricchi, il 60% degli americani vive di stipendio in stipendio, 85 milioni sono senza assicurazione o sottoassicurati, il 25% degli anziani cerca di sopravvivere con 15.000 $ o meno, 800.000 sono senza casa e abbiamo il più alto tasso di povertà infantile di quasi tutti i

principali paesi del mondo. E i salari reali, adeguati all'inflazione, per il lavoratore americano medio sono stagnanti da 50 anni.

**Credi che agli oligarchi importi qualcosa di queste persone? Fidati, non gliene frega niente. La decisione di Musk di smantellare l'US AID significa che decine di migliaia di persone tra le più povere del mondo soffriranno la fame o moriranno di malattie prevenibili.**

**Ma non è solo all'estero**. Qui negli Stati Uniti presto si scaglieranno contro i programmi di assistenza sanitaria, nutrizione, edilizia abitativa ed educazione che proteggono le persone più vulnerabili del nostro Paese, tutto questo affinché il Congresso possa fornire enormi agevolazioni fiscali per loro e per i loro colleghi miliardari. Come re moderni, che credono di avere il diritto assoluto di governare, sacrificheranno, senza esitazione, il benessere dei lavoratori per proteggere i loro privilegi. Inoltre, useranno le enormi operazioni mediatiche di loro proprietà per distogliere l'attenzione dall'impatto delle loro politiche mentre "ci intrattengono fino alla morte". Il signor Musk possiede Twitter. Il signor Zuckerberg possiede Meta, che include Facebook e Instagram, e il signor Bezos possiede il Washington Post. Inoltre, loro e i loro colleghi oligarchi continueranno a spendere enormi quantità di denaro per acquistare politici in entrambi i principali partiti politici.

**In conclusione: gli oligarchi, con le loro enormi risorse, stanno conducendo una guerra contro la classe operaia di questo Paese, e sono intenzionati a vincerla.**
Ora, non scherzo: i problemi che questo paese sta affrontando in questo momento sono seri e non sono facili da risolvere. L'economia è truccata, il nostro sistema di finanziamento delle campagne elettorali è corrotto e stiamo lottando per controllare il cambiamento climatico, tra molti altri problemi importanti.
Ma questo è quello che so:
La paura più grande che ha la classe dirigente di questo Paese è che gli americani (neri, bianchi, latini, cittadini e rurali, gay ed eterosessuali, giovani e anziani) si uniscano per chiedere un governo che rappresenti tutti noi, non solo i pochi ricchi.
Il loro incubo è che non ci lasceremo dividere in base a razza, religione, orientamento sessuale o paese di origine e che, insieme, avremo il coraggio di affrontarli.

**Questa lotta sarà facile? Assolutamente no.**
E uno dei motivi per cui non sarà facile è che la classe dirigente di questo paese vi ricorderà costantemente che LORO hanno tutto il potere. Controllano il governo, possiedono i media.
Ma il nostro compito adesso, in questi tempi difficili, è non dimenticare le grandi lotte e i sacrifici che milioni di persone hanno sostenuto nel corso di diversi secoli per creare una società più democratica, giusta e umana.

**Pensate a cosa diceva la gente ALLORA.**

- Rovesciare il re d'Inghilterra per creare una nuova nazione e autogovernarsi. Impossibile.
- Istituire il suffragio universale. Impossibile.
- Porre fine alla schiavitù e alla segregazione. Impossibile.
- Concedere ai lavoratori il diritto di formare sindacati e porre fine al lavoro minorile. Impossibile.
- Dare alle donne il controllo sui propri corpi. Impossibile.
- Approvare una legge per stabilire la previdenza sociale, Medicare, Medicaid, un salario minimo, standard di aria pulita e acqua. Impossibile.

In altre parole, come ci ha detto Nelson Mandela, tutto è impossibile finché non viene fatto.

(1) ***Bernard Sanders*** *è un senatore per lo stato del Vermont dal 2007 ed in precedenza membro della Camera dei Rappresentanti per lo stesso stato dal 1991 al 2007. Sanders è formalmente indipendente, ma è inserito nel caucus del Partito Democratico al Senato. Sanders si configura come il più importante esponente della corrente progressista del Partito Democratico e si qualifica come un socialista democratico.*

**https://www.saluteinternazionale.info/2025/03/usa-cosa-vogliono-veramente-gli-oligarchi/**

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE



EDITORIALE

# Aggiornamento sulle epidemie del NEJM — H5N1: una visione dagli Stati Uniti

**Autori** : Eric J. Rubin , MD, Ph.D. , Lindsey R. Baden , MD , Robert Goldstein , MD, Ph.D. , Jennifer A. Shuford , MD,

In questa intervista audio, il caporedattore Eric Rubin e il vicedirettore Lindsey Baden sono affiancati dai responsabili della sanità pubblica statale Robbie Goldstein e Jennifer Shuford per discutere delle azioni da intraprendere contro l'H5N1 in Massachusetts, Texas e in tutto il Paese.

*Stephen Morrissey* : Benvenuti all'aggiornamento NEJM Outbreaks. Sono Stephen Morrissey, Executive Managing Editor del *Journal* , e sono qui con Eric Rubin, Editor-in-Chief, e Lindsey Baden, Deputy Editor. Oggi siamo raggiunti da due persone che sono profondamente coinvolte nelle risposte dei loro stati all'influenza H5N1. Jennifer Shuford è la Commissaria del Texas Department of State Health Services e in precedenza ha ricoperto il ruolo di Chief State Epidemiologist del Texas.
Robbie Goldstein è il Commissario per la Salute Pubblica del Commonwealth del Massachusetts. Sia Jen che Robbie sono medici specializzati in malattie infettive con un lungo interesse per la salute pubblica. Eric, prima di iniziare con le domande per i nostri ospiti, cosa abbiamo imparato nel nostro ultimo podcast sull'H5N1?

*Eric Rubin* : Bene, Steve, abbiamo sentito dire che l'H5N1 è principalmente un virus animale.
Circola da tempo nelle popolazioni animali, in particolare negli uccelli dove è endemico. Ma di recente c'è stata un'epidemia e una malattia diffusa nel bestiame negli Stati Uniti. Finora, ci sono stati un numero limitato di infezioni umane qui, e la maggior parte delle malattie umane che si sono verificate negli Stati Uniti sono state lievi, anche se ci sono stati un paio di casi gravi e un decesso.
Il virus H5N1 presente negli uccelli di altri Paesi può essere trasmesso occasionalmente anche agli esseri umani, spesso però con conseguenze relativamente gravi.

*Stephen Morrissey* : E ora passiamo ai nostri ospiti. Vorrei chiedere a ciascuno di voi, a partire da Jen, qual è la situazione sia per quanto riguarda la fauna selvatica che per gli animali domestici nel vostro stato?

*Jennifer Shuford* : Fortunatamente, in Texas, abbiamo avuto meno casi di H5N1 nei nostri animali domestici. Di recente, circa un anno fa, siamo stati il primo stato a rilevare l'H5N1 nei bovini da latte e abbiamo davvero visto quella trasmissione tra animali e tra allevamenti di bovini da latte. Ora, quasi un anno dopo, stiamo assistendo a un minor numero di mandrie colpite in Texas, il che è fantastico.
Ma poiché si tratta di un panzootic negli uccelli migratori che dura da un paio d'anni, lo stiamo ancora osservando negli uccelli selvatici in tutto il Texas. Abbiamo una rotta migratoria importante che attraversa proprio il centro del Texas e gli uccelli migratori sono su quella rotta migratoria, quindi continuiamo a rilevare l'H5N1, soprattutto in quegli uccelli selvatici, ma molto meno nei nostri animali domestici in questo momento.

*Stephen Morrissey* : E Robbie, che ne dici del Massachusetts?

*Robbie Goldstein* : Qui nel Massachusetts, abbiamo avuto l'influenza aviaria altamente patogena H5N1 dal 2022, quando il nostro dipartimento agricolo l'ha notata per la prima volta. E da allora, i test di sorveglianza in tutto lo stato hanno confermato che gli uccelli selvatici sono sicuramente infetti da H5N1.

Fortunatamente, anche noi non abbiamo visto molto nei nostri allevamenti domestici qui nel Massachusetts, ma stiamo assistendo a una certa trasmissione ad altri mammiferi nel Massachusetts. Abbiamo fatto molto intorno al nostro bestiame da latte specificamente per cercare la presenza di H5N1 qui nel Massachusetts. A differenza di quanto hai sentito in Texas, qui nel Massachusetts non abbiamo aziende agricole con H5N1 presente, e lo sappiamo per certo perché abbiamo lavorato a stretto contatto con i nostri partner accademici per testare le 95 aziende agricole autorizzate nello stato da agosto 2024. Eseguiamo test genomici mensili sul latte che proviene da quelle aziende agricole. Ci assicuriamo che vadano direttamente al laboratorio di analisi e poi al Dipartimento della Salute Pubblica e al Dipartimento delle Risorse Agricole del Massachusetts.
Quel test mensile ha confermato mese dopo mese che non c'è H5N1 nelle nostre fattorie. Ma penso sia importante dire che qui in Massachusetts restiamo molto vigili e siamo davvero fortunati ad avere colleghi come quelli in Texas che hanno sperimentato questo nelle fattorie, sperimentato questo in alcuni dei loro altri animali nello stato e possiamo imparare dalla loro esperienza e assicurarci di mettere in atto misure proattive.

*Eric Rubin* : Posso chiedere a ciascuno di voi se l'epidemia ha portato a cambiamenti nella politica di gestione degli animali domestici? Ad esempio, Robbie, ci sono importazioni di bovini da latte da altri stati in questo momento o sono più limitate?

*Robbie Goldstein* : Sì, quindi attraverso questo processo ho imparato molto sulla migrazione delle mucche in America, che è qualcosa che non si impara a scuola di medicina, te lo dico. Si scopre che c'è un intero mercato che porta le mucche nel Nordest, e le nostre mucche in realtà provengono da un mercato che non ha avuto molto H5N1, quindi siamo stati fortunati che le nostre mucche che importiamo nel Massachusetts, e direi più ampiamente in tutto il New England, siano a basso rischio in generale per l'H5N1.
E poi abbiamo implementato, in collaborazione con il Dipartimento delle risorse agricole e anche con il governo federale, dei test sulle mucche che migrano nello Stato, sia per essere vendute, in modo che possano essere utilizzate in un allevamento di bovini da latte, sia perché arrivano nel nostro Stato per essere macellate. Siamo un luogo centrale per la migrazione delle mucche da macello qui nel New England, quindi ne portiamo molte e poi le portiamo alla sede successiva.

*Eric Rubin* : Jen, il Texas è famoso per il bestiame migratorio. Ci sono delle restrizioni lì?

*Jennifer Shuford* : Ora sono in atto politiche e procedure per testare le mandrie che hanno intenzione di spostarsi e, prima di poterlo fare, devono avere un test H5N1 negativo. Ciò ha contribuito a ridurre in parte la trasmissione attraverso lo spostamento del bestiame.
Ma anche noi abbiamo imparato molto su come il bestiame viene spostato attraverso il paese su base davvero regolare, e ciò ha causato una trasmissione di malattie piuttosto interessante durante quei primi mesi in cui abbiamo potuto davvero "collegare" l'H5N1 al bestiame da latte di altri stati fino al Texas, a causa di tutti gli spostamenti di bestiame che avvengono in tutti gli Stati Uniti.

*Lindsey Baden* : Quindi, giusto per capirci un po' meglio, la trasmissione avviene tra bovini tra mandrie o è una nuova introduzione da parte dei volatili che volano intorno a tutti noi? Quanto è importante ogni modalità di trasmissione nella diffusione di questo?

*Jennifer Shuford* : Penso che uno degli aspetti più affascinanti di ciò a cui abbiamo assistito nell'ultimo anno sia stato quando, nel marzo 2024, abbiamo identificato per la prima volta l'H5N1 nei bovini da latte in Texas: abbiamo osservato la trasmissione tra animali e abbiamo scoperto che avevano concentrazioni molto elevate del virus nel tessuto mammario e che quindi veniva trasmesso nel latte; potevamo vederlo passare da un animale all'altro.
Potevamo vedere gli umani andare da una fattoria all'altra e potenzialmente diffonderlo in quel modo. E così vedevamo solo questo genotipo di H5N1 diffondersi in tutto questo bestiame e in tutto il paese. E quindi quello era il genotipo B3.13. E quindi pensavamo che provenisse da un evento di spillover che si è verificato probabilmente alla fine del 2023, all'inizio del 2024, e ha causato la malattia di molte mandrie in Texas prima che fosse finalmente identificato.

Questo era il genotipo che è stato isolato dal bestiame in tutto il paese per mesi fino a poco tempo fa. E di recente è stato identificato il genotipo D1.1 in un paio di mandrie da latte. E quindi ora sembra che ci siano stati più eventi di spillover che si sono verificati solo negli ultimi due mesi di questo diverso genotipo.
Ed è affascinante perché penso che la prima volta che abbiamo identificato l'H5N1 nel bestiame sia stato un anno fa, e quel genotipo era quello che veniva trasmesso da mammifero a mammifero. Ma all'improvviso stiamo assistendo a questi altri eventi di spillover, e certamente parte di ciò è dovuto al fatto che li stiamo rilevando. Li stiamo rilevando in questo studio sui silos del latte che sta avvenendo, e possiamo trovare quell'H5N1 nel latte e risalire al caseificio e riuscire davvero a identificare questi eventi di spillover.
Ma è anche interessante il ritmo con cui tutto questo sta avvenendo, cosa di cui prima non eravamo a conoscenza.

*Stephen Morrissey* : La maggior parte dei casi umani di cui ha parlato Eric sono stati causati dall'esposizione dei lavoratori delle aziende lattiero-casearie. Quindi, a partire da te, Robbie, stai raccomandando misure speciali per le persone che hanno contatti con il bestiame da latte?

*Robbie Goldstein* : In questo momento nel Massachusetts, stiamo concentrando molti dei nostri sforzi sull'istruzione di coloro che lavorano nelle fattorie lattiero-casearie, quindi assicurandoci che capiscano come identificare gli animali malati. Conoscono i percorsi per allertare le agenzie agricole e di sanità pubblica se notano qualcosa di anomalo nella fattoria: una diminuzione della produzione di latte, un animale malato per qualsiasi motivo.
Ma lavorando a stretto contatto con l'agricoltura, riconosciamo che è davvero molto difficile indossare i DPI quando ci si trova in una fattoria di produzione di latte, e non è una prassi di routine indossare i DPI in una fattoria di produzione di latte. E quindi, piuttosto che costringere gli allevatori di mucche da latte a fare qualcosa che sarà molto difficile da rispettare, ci siamo invece appoggiati molto sul nostro programma di test. Se possiamo effettuare test mensili, se possiamo assicurarci che non ci sia H5N1 presente nello stato, e ancora più ampiamente, in tutto il New England, possiamo quindi rassicurarci che queste persone stanno andando nelle fattorie e si stanno proteggendo.
Nelle fattorie c'è sempre stato un certo livello di protezione personale, come cambiarsi i vestiti quando si arriva alla fattoria e quando si esce dalla fattoria. Queste cose restano in atto. Ma non stiamo istituendo un nuovo programma di DPI qui in Massachusetts per i bovini da latte.

*Stephen Morrissey* : E Jen, qual è la situazione in Texas?

*Jennifer Shuford* : Abbiamo collaborato con la nostra Divisione di gestione delle emergenze del Texas e ci siamo assicurati di distribuire i DPI in tutto lo Stato, in modo che siano disponibili per le aziende agricole che desiderano avere un maggiore accesso a questi DPI.
Anche noi sappiamo che forse è un'aspettativa irrealistica che questi lavoratori delle fattorie lattiero-casearie indosseranno tutti questi DPI. Viviamo in Texas, sapete, durante i mesi estivi, qui si superano regolarmente i cento gradi, e indossare la quantità di indumenti raccomandata è probabilmente, come ho detto, irrealistico. Quindi, anche se lo abbiamo reso ampiamente disponibile, non siamo certi che venga utilizzato su larga scala.

*Stephen Morrissey* : E poi che dire degli allevamenti di pollame? I lavoratori lì sono a maggior rischio e dovrebbero fare qualcosa di speciale? Jen, inizia dal Texas.

*Jennifer Shuford* : Quindi, i lavoratori degli allevamenti di pollame sono sicuramente a rischio, considerando che si tratta di un'influenza aviaria altamente patogena e quindi prevediamo che si trasmetta agli uccelli e li infetti.
È interessante notare che, nei casi umani negli Stati Uniti nell'ultimo anno, molti di questi sono stati riscontrati tra i lavoratori delle fattorie lattiero-casearie e non tra i lavoratori del pollame. E penso che i lavoratori del pollame siano abituati a cercare i segni di questa malattia e che anche i lavoratori che spopolano i greggi infetti siano abituati a questo tipo di attività.

Ci sono molti lavoratori a contratto che lo fanno. Sanno come usare i loro DPI. Lo fanno in modo molto efficace, di solito. Sono collegati al sistema sanitario pubblico in modo che possiamo aiutare con quel monitoraggio in modo che il sistema che questi lavoratori negli allevamenti di pollame interessati hanno sia stato ben praticato e che lo istituiscano bene, e abbiamo visto molte meno infezioni negli esseri umani di quanto ci aspetteremmo considerando che oltre 160 milioni di pollame negli Stati Uniti sono stati colpiti.
Considerando questo fatto, abbiamo visto pochissimi casi umani.

*Stephen Morrissey* : E Robbie, Massachusetts?

*Robbie Goldstein* : Sì, qui in Massachusetts abbiamo un'industria avicola commerciale piuttosto limitata. Chiunque abbia guidato attraverso il Massachusetts probabilmente lo riconoscerebbe. Ma in realtà abbiamo molti allevamenti da cortile in Massachusetts, e sembra che gli allevamenti da cortile siano a un rischio leggermente inferiore rispetto ai nostri allevamenti commerciali, ma dobbiamo comunque sensibilizzare coloro che hanno allevamenti da cortile per assicurarci che capiscano cosa possono fare per proteggersi.
Cose come tenere i loro greggi al chiuso e non lasciarli "liberi", dove potrebbero essere esposti a uccelli selvatici o al virus. Assicurarsi che le persone sappiano come prendersi cura dell'acqua stagnante nella loro proprietà, che è dove gli uccelli possono radunarsi e dove il virus può amplificarsi.
Stiamo anche limitando molto il movimento del pollame all'interno dello stato, da un allevamento all'altro, per cercare di assicurarci di poter monitorare cosa sta succedendo e, se c'è un uccello malato, assicurarci che non vada in un'altra parte dello stato. Ma penso che siamo un po' fortunati qui nel Massachusetts a non avere grandi allevamenti di pollame in cui questo potrebbe rappresentare un rischio potenziale.

*Eric Rubin* : Robbie, hai sollevato un punto interessante. I casi gravi che sono stati osservati provengono da allevamenti di animali da cortile, e penso che rispecchino l'esperienza in Asia, dove molte delle infezioni da pollame a uomo avvengono in piccoli allevamenti domestici di uccelli. Mi chiedo quale sia la sfida di fare formazione in questo gruppo di agricoltori non professionisti.

*Robbie Goldstein* : È dura. Ammetto che è davvero dura. Non hai, sai, una corporazione che viene giù e dice, devi indossare un certo equipaggiamento protettivo personale, o devi controllare gli uccelli con una certa frequenza. Ciò che abbiamo trovato più utile è collaborare con l'agricoltura, ma anche con i nostri consigli sanitari locali.
Quindi qui nel Massachusetts abbiamo 351 città e paesi, 351 consigli sanitari locali. In realtà conoscono ogni cortile che ha un gregge. Conoscono quegli individui. Deve esserci un permesso ed è rilasciato dal consiglio sanitario locale. Quindi ci siamo rivolti al consiglio sanitario locale per essere in grado di fornire informazioni dirette e istruzione alle famiglie che hanno greggi nel cortile, e vediamo che funziona davvero qui nel Massachusetts, vediamo persone che seguono quell'istruzione, cambiano la pratica, si assicurano di proteggere se stesse e i loro greggi.

*Eric Rubin* : Jen, dev'essere una sfida molto, molto più grande in uno stato enorme come il Texas.

*Jennifer Shuford* : Lo è. Di sicuro non abbiamo quel livello di visibilità su tutti gli allevamenti di pollame da cortile in Texas, quindi comunicare con il pubblico, e in particolare prendere di mira le persone che potrebbero avere quegli allevamenti di pollame da cortile, è stato davvero impegnativo.

*Lindsey Baden* : Voglio dire, credo che un corollario a tutto questo sia il problema degli uccelli malati e il modo in cui lo si identifica e come il pubblico dovrebbe interagire con gli uccelli malati.

*Robbie Goldstein* : Direi di no. Non dovrebbero interagire con gli uccelli malati. Ed è proprio questo il messaggio che stiamo trasmettendo, ovvero se vedete un uccello malato, lasciatelo stare e chiamate le autorità in modo che possano venire a controllare le sue condizioni.
E abbiamo pubblicato delle linee guida aggiuntive per dire che se vedete cinque uccelli insieme che sono tutti morti o cinque uccelli insieme che sembrano malati, è molto probabile che si tratti di H5N1. Quindi, per

favore, state alla larga. Chiamate subito le autorità. Ma la maggior parte di noi non è veterinaria. Non sappiamo cosa cercare e alcuni dei segnali di malattia possono essere impercettibili.
*Lindsey Baden* : E in termini di diffusione in altre specie, abbiamo sentito parlare di morie di foche. Colpisce i gatti, i grandi felini, i piccoli felini. Come dovremmo pensare ai nostri gatti domestici e agli altri animali domestici intorno a noi che potrebbero essere al chiuso o all'aperto?

*Jennifer Shuford* : Comunicare tutto questo al pubblico è stato davvero difficile, ma sappiamo che questi altri animali sono a rischio.
Abbiamo visto di recente diversi resoconti di gatti morti dopo aver bevuto latte crudo o mangiato cibo crudo, e quindi sappiamo che gli animali domestici sono a rischio. Altri animali nell'ambiente sono a rischio, in particolare quelli che potrebbero mangiare un uccello malato o abbattuto. Ma far arrivare questo messaggio alle persone di stare attente a quegli animali malati e di non contattarli, ma di contattare invece una delle agenzie statali per aiutarli in questo, oltre a comunicare agli operatori sanitari, ai medici, che questo dovrebbe far parte della loro storia se vedono qualcuno con l'influenza.
Tutto questo è davvero difficile da trasmettere e da far arrivare in modo chiaro.

*Stephen Morrissey* : In questo momento, i medici stanno assistendo a molti casi di malattie simil-influenzali. Dovrebbero stare attenti a qualcosa in particolare? Robbie, inizia da te.

*Robbie Goldstein* : Vorrei iniziare sottolineando qualcosa a cui abbiamo già accennato qui.
Ci sono stati 160 milioni di uccelli domestici che sono stati infettati. Quasi un migliaio di mandrie di bovini da latte infettate, milioni di uccelli selvatici e, nonostante tutto ciò, ci sono stati solo 70 casi umani qui negli Stati Uniti. Quindi è importante che la gente ricordi che il rischio per gli esseri umani qui negli Stati Uniti rimane basso.
Detto questo, le persone che si presentano con gravi sintomi influenzali, chiunque si presenti con la congiuntivite, chiunque si presenti con una malattia simil-influenzale dovrebbe avere una buona anamnesi epidemiologica, in modo da poter capire: c'è una potenziale esposizione al virus H5N1 che giustificherebbe ulteriori indagini e anche l'isolamento di quell'individuo per motivi di sicurezza sul lavoro?
Non posso non menzionare che qui in Massachusetts, e in tutto il paese, stiamo vivendo un'ondata di influenza davvero grave quest'inverno. Anche se i casi stanno diminuendo in Massachusetts, siamo ancora più alti della maggior parte dei nostri picchi degli ultimi 5 anni. Abbiamo avuto 242 decessi in Massachusetts quest'anno.
Otto di questi sono bambini. Questa è una stagione di influenza molto grave, quindi è importante per tutti, uno, vaccinarsi e, due, che i medici e gli specialisti siano proattivi nel chiedere la storia dell'epi, capire chi potrebbe essere a rischio, far testare le persone e farle seguire il trattamento.

*Stephen Morrissey* : E Jen, c'è qualcosa in Texas?

*Jennifer Shuford* : Direi la stessa cosa che ha appena detto Robbie, ovvero che stiamo incoraggiando gli operatori sanitari a raccogliere ulteriori dati sulla storia delle esposizioni ad animali o se lavorano in fattorie per capire davvero quali sono le loro possibili esposizioni. È difficile per un medico che fa una visita di terapia intensiva avere il tempo di entrare in quel genere di dettagli, soprattutto con il numero limitato di casi umani. Tuttavia, ci sono momenti in cui sarebbe molto utile per noi farci un'idea. Sappiamo che con i test per l'influenza questi casi di H5N1 salteranno fuori come influenza A, e senza un'ulteriore immersione nella storia o senza fare qualche sottotipizzazione, molti di questi casi potrebbero non essere identificati, anche se stiamo assistendo a un aumento della popolazione umana.

*Eric Rubin* : Quanto sono disponibili i test per il virus H5N1 in ciascuno dei vostri stati?

*Jennifer Shuford* : Quindi posso iniziare dal Texas. I centri sanitari, gli ospedali hanno la possibilità di fare una sottotipizzazione dei loro virus influenzali e di sapere se si tratterà semplicemente di un virus influenzale stagionale o se si tratta di un'influenza A che altrimenti non rientra in uno di quei gruppi stagionali, a quel

punto abbiamo diversi laboratori di sanità pubblica in tutto il Texas che possono fare quella sottotipizzazione aggiuntiva e scoprire se si tratta di un virus H5, così come un importante laboratorio di sanità pubblica statale qui ad Austin che può fare quel test.
Questo è un test preliminare. Dopo aver identificato l'H5, spediamo il campione al CDC per i test di conferma, e sono loro a confermare che si tratta di un H5N1, ma quel sistema per i test è forte in Texas e siamo in grado di farlo abbastanza rapidamente e poi ottenere quel test di conferma al CDC.

*Robbie Goldstein* : Direi che è abbastanza simile qui in Massachusetts. Siamo fortunati ad avere un gran numero di centri medici accademici che hanno la capacità di fare quella sottotipizzazione e di fare quella sottotipizzazione su certi casi che arrivano tramite il laboratorio di sanità pubblica dello stato, che si trova a Boston. Chiediamo casi gravi di influenza, quelli che richiedono il ricovero in terapia intensiva o che possono avere una presentazione atipica di campioni da inviare al laboratorio di sanità pubblica dello stato oltre a un sottoinsieme di altri campioni respiratori. E facciamo una sorveglianza di routine per vedere se questa è un'influenza stagionale di routine o un'influenza H5. E poi abbiamo lo stesso processo se identifichiamo l'H5, ovvero lavoreremo a stretto contatto con il CDC per inviare un campione per test di conferma mentre ci occupiamo delle parti di sanità pubblica qui in Massachusetts: isolamento, quarantena e profilassi.

*Lindsey Baden* : Riflettendoci, mentre la stagione dell'influenza stagionale volge al termine, auspicabilmente nel giro di un mese o due, la strategia dei test dovrebbe essere diversa durante la primavera e l'estate, quando l'influenza stagionale potrebbe non essere in circolazione?

*Robbie Goldstein* : Vorrei far notare che qui nel Massachusetts abbiamo un avviso che dice che, indipendentemente dalla stagione, se si riscontra un'influenza grave o una malattia respiratoria che richiede il ricovero in terapia intensiva, bisogna inviare un campione al laboratorio di sanità pubblica dello Stato.
Ma in realtà sappiamo dalla storia che il numero di campioni che arrivano nei mesi di tarda primavera, inizio estate diminuisce drasticamente. Ma penso che sia importante per tutti noi rimanere vigili, per incoraggiare davvero le persone a inviare campioni al laboratorio statale. Possiamo fare quella sorveglianza di routine. Non costa nulla né all'individuo né all'istituzione, ed è l'unico modo in cui saremo in grado di rimanere vigili per vedere se qualcosa sta circolando nel Massachusetts.

*Lindsey Baden* : Approcci simili in Texas, Jen?

*Jennifer Shuford* : Sì. Una cosa su cui facevamo affidamento durante l'estate era la sorveglianza sindromica e cercavamo davvero di vedere se vedevamo picchi di malattie simil-influenzali, che colpivano i pronto soccorso in tutto il Texas, sapendo che sarebbe stato insolito al di fuori della stagione influenzale.
Ma poi, quando abbiamo raggiunto questa stagione influenzale più grave e siamo stati sommersi da oceani di test influenzali positivi e da molte visite al pronto soccorso, quella sorveglianza sindromica è diventata meno utile per noi. E ci siamo affidati davvero al fatto di chiedere agli ospedali e ai medici privati di inviare campioni ai nostri laboratori di sanità pubblica in modo da poter effettuare una sottotipizzazione più ampia di quei campioni.
E l'altra cosa che abbiamo aggiunto, e Robbie, sono sicuro che lo state facendo anche voi, è un po' di sorveglianza delle acque reflue, per vedere se abbiamo segnali in tutto il Texas di H5N1. Sapevamo che quando avevamo molte più infezioni e mandrie da latte, vedevamo davvero un aumento del segnale di H5N1 nelle nostre acque reflue in tutto lo stato. E quindi stiamo cercando anche quello, come un segnale aggiuntivo per noi che c'è un po' di attività in corso nel nostro stato e che dobbiamo raddoppiare un po' la nostra sorveglianza per capire esattamente cosa sta succedendo.

*Eric Rubin* : Mi piace molto il fatto che tu usi la parola y'all, così sappiamo che qui c'è qualcuno del Texas.

*Jennifer Shuford* : [Ride] Grazie.

*Lindsey Baden* : Quindi Jen, con la sorveglianza delle acque reflue, che penso abbia rappresentato un vero progresso nel tentativo di monitorare le intrusioni di agenti patogeni nelle nostre comunità, sei in grado di distinguere l'H5N1 dalle acque reflue provenienti da mandrie e riserve animali dall'infezione umana?

*Jennifer Shuford* : No, è stato molto complicato. Sappiamo che possono esserci diverse introduzioni nelle acque reflue che potrebbero fornire quel segnale. Lo stiamo usando per vedere se vediamo qualche prova di infezioni umane, ma sapendo che gli uccelli selvatici potrebbero depositarlo in alcuni di questi sistemi di acque reflue, che le mandrie da latte potrebbero trovarsi in luoghi in cui non c'è nemmeno un impianto di trattamento delle acque reflue, e che in realtà il segnale che stiamo vedendo proviene dai trasformatori del latte, dove quel latte non pastorizzato è stato spedito attraverso lo stato a un trasformatore, e stiamo vedendo il segnale lì dopo che hanno lavato un camion o lavato una cisterna.
E quindi, no, non ci dà una chiara indicazione di cosa ha depositato quell'H5N1 nel sistema fognario, qual è stato l'animale che l'ha fatto e quale dovrebbe essere la nostra risposta di sanità pubblica. Sappiamo solo che vediamo un segnale aumentato nelle acque reflue quando vediamo un'attività aumentata dell'H5N1 nel bestiame nel nostro stato.
Quindi confido che sia un buon segnale che qualcosa sta succedendo, ma quanto possa essere preciso e quanto possa indirizzare azioni di sanità pubblica davvero precise è ancora da determinare.

*Lindsey Baden* : E pensando al controllo, hai menzionato l'abbattimento delle mandrie e l'abbattimento dei greggi. Quanto funziona bene?

*Robbie Goldstein* : Beh, sai, qui nel Massachusetts ha funzionato per noi. Quando abbiamo un gregge di animali da cortile che sappiamo essere infetto e ci siamo mossi con le giuste risorse e le giuste autorità, possiamo ridurre il rischio che quel gregge di animali da cortile diffonda la malattia a un altro gregge di animali da cortile. Non abbiamo dovuto farlo per il bestiame nel Massachusetts perché non abbiamo malattie nei nostri allevamenti di bovini.
Abbiamo dovuto farlo per alcuni allevamenti di pollame domestico che abbiamo, e abbiamo scoperto che è efficace quando questi uccelli si ammalano, e sappiamo che quando iniziano a morire, la malattia inizierà a diffondersi e quindi possiamo contenerla. Penso che l'abbiamo visto a livello nazionale. Ha avuto un impatto enorme, giusto?
Abbiamo dovuto abbattere molti polli, il che ha causato non solo una carenza di pollame, ma anche una carenza di uova da esso prodotte. Ciò ha rappresentato una sfida per la nazione, ma è stata probabilmente la cosa giusta da fare per la salute pubblica.

*Lindsey Baden* : E per quanto riguarda la sicurezza pubblica, Jen, hai detto che è nel tessuto mammario delle mucche da latte, che entra nel latte. Come possiamo mantenere il latte sicuro?

*Jennifer Shuford* : Penso che il modo migliore per mantenere il latte sicuro sia la pastorizzazione. Ci sono dati preesistenti e nuovi dati che dimostrano che la pastorizzazione inattiva questo virus e quindi impedisce la trasmissione della malattia attraverso questi prodotti lattiero-caseari pastorizzati.
C'è ancora la preoccupazione che in Texas e nel resto degli Stati Uniti si stia verificando un consumo significativo di latte crudo e che le persone in questione sarebbero a rischio se le aziende agricole che producono latte crudo venissero colpite dal virus H5N1.
Quindi è un aspetto che ci preoccupa e stiamo cercando di effettuare dei test per garantire che i caseifici che producono latte crudo, se si trovano in aree in cui sappiamo che si sono verificati altri focolai, non vendano latte contenente il virus H5N1, che può essere trasmesso agli esseri umani.

*Stephen Morrissey* : Quindi, come hai detto, finora si sono verificati un numero piuttosto limitato di casi umani.
C'è qualcosa che ti tiene sveglio la notte? Forse dovresti iniziare da te, Robbie.

*Robbie Goldstein* : Direi che come medico infettivologo e operatore sanitario pubblico, ci sono tante, tante cose che mi tengono sveglio la notte. Ma quando si tratta specificamente dell'H5N1, ciò che mi preoccupa di più è la nostra capacità di comunicare su questa malattia.
E credo che ci siano preoccupazioni da un po' di tempo sulla capacità della sanità pubblica di essere considerata affidabile nel diffondere comunicazioni trasparenti che informino il pubblico, e ora più che mai abbiamo bisogno di quella fiducia. Abbiamo bisogno di quella trasparenza. Abbiamo bisogno della capacità di condividere il nostro messaggio con le persone, e poi quando sentono il messaggio, di agire.
Questo è vero se gestisci una grande fattoria di latticini in Texas, ed è vero se sei il proprietario di una casa in una piccola città nel Massachusetts con un gregge di animali da cortile che potrebbe essere a rischio. Abbiamo bisogno che le persone ascoltino persone come Jen e me e si fidino di ciò che sentono, e poi agiscano in base a ciò che sentono.

*Stephen Morrissey* : E Jen?

*Jennifer Shuford* : Ci sono così tante preoccupazioni, e Robbie ne ha appena accennato una, ovvero che stiamo affrontando non solo l'H5N1, ma anche alcune epidemie di morbillo in questo momento.
Ma so che il riassortimento è davvero la cosa che mi preoccupa qui. Certo, abbiamo avuto infezioni umane limitate, non abbiamo identificato la diffusione da uomo a uomo. Ciò potrebbe cambiare. Ciò potrebbe cambiare solo con le mutazioni all'interno del virus, ma potrebbe anche cambiare con un evento di riassortimento, che sappiamo accadere con l'influenza A. E di recente in Oregon, c'era una documentazione di H5N1 nei suini dove c'era un ambiente in cui maiali e pollame e ovviamente gli esseri umani erano tutti insieme nello stesso spazio.
Ed è esattamente il tipo di situazione in cui potremmo vedere questo virus cambiare e cambiare in peggio. Potrebbe creare un'altra situazione in cui abbiamo una pandemia, e il nostro paese non è preparato ad avere un'altra pandemia in questo momento. La nostra forza lavoro sanitaria pubblica non è preparata per un'altra pandemia. La forza lavoro sanitaria non è preparata e nemmeno il pubblico.
Siamo stati tutti molto traumatizzati dall'ultima pandemia e il pensiero che possa verificarsi un'altra mi preoccupa molto e non mi fa dormire la notte.

*Eric Rubin* : Jen, non posso lasciarti andare: anche se è un podcast sull'influenza, è nella pagina delle epidemie e in questo momento c'è un'epidemia in corso in Texas.
Quindi mi chiedevo se potessi darci un aggiornamento sulla situazione attuale del morbillo.

*Jennifer Shuford* : Certo. La nostra epidemia di morbillo qui in Texas è in corso da metà gennaio. Abbiamo avuto un rapido aumento del numero di casi confermati. So che in questo momento abbiamo più di 190 casi confermati in quel periodo di tempo di meno di 2 mesi.
E quindi stiamo assistendo a un rapido aumento dei casi confermati, e sappiamo che non stiamo facendo testare tutte quelle persone che hanno sintomi là fuori. Ci sono molte persone che non si stanno presentando per il test. Ci sono molti più casi di quelli che stiamo effettivamente identificando, e quindi stiamo davvero cercando di far passare quel messaggio sui vaccini come strumento che ci ha aiutato a controllare questo in passato.
Il vaccino MPR è ciò che ci ha aiutato a eliminare il morbillo dagli Stati Uniti, dichiarato nell'anno 2000. E il vaccino MPR è ciò che ci aiuterà a contenerlo e a impedire che si verifichino altre epidemie. Ma come abbiamo detto, è un momento difficile in questo momento. Le persone sono ancora traumatizzate dalla pandemia.
Ci sono molte domande e incertezze, sfiducia nei vaccini. E quindi spingere un messaggio davvero provocatorio è difficile, e stiamo cercando di gestirlo nel miglior modo possibile. Ma è una sfida enorme per la salute pubblica. Lo era prima della pandemia, e lo è sicuramente ora. E quindi stiamo cercando di lavorarci mentre cerchiamo di contenere l'epidemia di morbillo.

*Eric Rubin* : Voglio davvero darci una possibilità, come gruppo di medici infettivi qui, e penso che Robbie e Jen, l'abbiate detto bene. Ci sono molte cose che ci hanno tenuto svegli la notte, ma non voglio concludere

con una nota così catastrofica. Voi ragazzi pensate di avere gli strumenti in questo momento che possono fare una grande differenza in epidemie come l'attuale situazione influenzale?

*Robbie Goldstein* : Penso che stiamo costruendo quegli strumenti. Penso che abbiamo imparato molto. Sono passati quasi 5 anni dalla dichiarazione dell'emergenza sanitaria pubblica Covid-19 e in questi 5 anni abbiamo imparato moltissimo su come rispondere alle pandemie, su come collaborare tra medicina, mondo accademico e sanità pubblica.
Penso che stiamo investendo risorse negli spazi giusti e qui in Massachusetts abbiamo una rete davvero fantastica che viene spinta fuori attraverso il Pathogen Genomic Center of Excellence, finanziato dal CDC. Riunisce non solo il Massachusetts, ma anche il Connecticut e il Rhode Island, e ci porta tutti in uno spazio in cui possiamo condividere il sequenziamento genomico.
Possiamo comprendere gli impatti dei virus mentre iniziano a diffondersi nei nostri stati, e poi possiamo condividere queste informazioni con il CDC e il resto della nazione. Quindi penso che il toolkit sia più grande e più ampio 5 anni dopo l'arrivo del Covid-19. La domanda che tutti ci poniamo in questo momento è: quali risorse avremo nei prossimi 4 anni per supportare quel toolkit? Cosa non sappiamo in questo momento che potrebbe presentarci e potrebbe sfidarci?
Ancora una volta, nel modo in cui il Covid ci ha messo alla prova, c'è ancora molto da scoprire, e quindi è davvero difficile dire con certezza, se dovesse verificarsi di nuovo una pandemia, se abbiamo tutto ciò che ci serve per rispondere.

*Jennifer Shuford* : Penso che un'altra delle cose grandiose che sono successe, proprio durante questa esperienza con l'H5N1 che abbiamo vissuto negli ultimi anni, è che abbiamo, e posso parlare a nome del Texas, acquisito consapevolezza di tutte le diverse giurisdizioni, di tutte le diverse agenzie che sono effettivamente coinvolte nei diversi aspetti dell'influenza aviaria ad alta patogenicità in questa particolare esperienza con l'H5N1 che stiamo vivendo in questo momento.
Ad esempio, il Texas Department of State Health Services è il dipartimento di sanità pubblica del Texas, ma la Texas Animal Health Commission si occupa di sanità pubblica per gli animali. Il Texas Parks and Wildlife è quello che si occupa della sorveglianza degli animali selvatici. E quindi quando riceviamo i nostri dati, non vengono automaticamente condivisi. Non vengono necessariamente pubblicati.
E quindi, prima di tutto, si tratta di capire come le diverse mansioni lavorative delle persone giochino una parte in tutto questo. E poi sviluppare relazioni in cui condividiamo informazioni e lavoriamo davvero insieme per il bene comune, quell'approccio sanitario. Ma ciò che stiamo sperimentando a livello statale, lo sta sperimentando anche ogni altro stato.
E il governo federale lo è, e quindi l'USDA gioca un ruolo, la FDA gioca un ruolo, il CDC gioca un ruolo. E quindi dover costruire queste relazioni è stato impegnativo, la consapevolezza e poi la costruzione effettiva delle relazioni. Ma poiché questo è proceduto lentamente dall'aspetto della diffusione tra mammiferi, ci ha dato questa pista dove possiamo capire dove i lavori di tutti si sovrappongono, dove le giurisdizioni delle agenzie si sovrappongono e ci ha dato la possibilità di costruire queste relazioni, così da essere meglio preparati se questa situazione H5 si intensifica e diventa più un problema di salute umana.

*Stephen Morrissey* : Grazie, Jen, e grazie Robbie, per essere stati con noi oggi.
*Eric Rubin* : Sì, grazie. È stato grandioso. È stato fantastico.
*Robbie Goldstein* : Grazie per averci ospitati.
*Jennifer Shuford* : Sì. Grazie mille per avermi invitato qui oggi.
*Stephen Morrissey* : E grazie Eric. Grazie, Lindsey.

**https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMe2502863?query=TOC**

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

# Il ritiro degli Stati Uniti dall'OMS: come il presidente Trump sta indebolendo la salute pubblica

**Gavin Yamey , e Boghuma K. Titanji**

**Pubblicato il 5 marzo 2025**
**DOI: 10.1056/NEJMp2501790**

Il 6 luglio 2020, durante la sua prima presidenza, Donald Trump ha notificato al segretario generale delle Nazioni Unite che gli Stati Uniti si sarebbero ritirati dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS). Il ritiro non è mai avvenuto perché il processo richiede un anno, come delineato in una risoluzione congiunta del Congresso del 1948, 1 e il presidente Joe Biden ha annullato la decisione il suo primo giorno in carica.

Ma Trump l'ha fatto di nuovo: il giorno della sua seconda inaugurazione, il 20 gennaio 2025, ha emesso un ordine esecutivo affermando che gli Stati Uniti si sarebbero ritirati dall'OMS e avrebbero sospeso il futuro trasferimento dei finanziamenti statunitensi all'organizzazione. L'ordine richiama anche il personale statunitense che lavora con l'OMS a qualsiasi titolo.

In questo secondo giro, c'è tutto il tempo perché i suoi desideri vengano esauditi. La risoluzione congiunta del 1948 non è chiara sul fatto che il ritiro degli Stati Uniti richiederebbe l'approvazione del Congresso, 1 ma anche se lo facesse, sembra improbabile che il Congresso controllato dai repubblicani lo fermerebbe.

La risoluzione richiede che gli Stati Uniti rispettino i propri obblighi finanziari nei confronti dell'OMS prima del ritiro, e devono ancora pagare le quote stabilite per il 2024 e il 2025.

Riteniamo che interrompere i legami di lunga data e le collaborazioni scientifiche tra gli Stati Uniti e l'OMS e tagliare il futuro sostegno finanziario degli Stati Uniti all'OMS avrà effetti catastrofici sulla salute sia nazionale che globale.

Trump vuole punire l'OMS per quella che sostiene essere stata una mancata rapida attivazione dell'allarme quando è emerso il nuovo coronavirus. La sua argomentazione è infondata: il 23 gennaio 2020, l'OMS ha detto a tutte le nazioni di prepararsi all'arrivo del virus. "Siate preparati", ha detto, "per il contenimento, inclusa la sorveglianza attiva, la diagnosi precoce, l'isolamento e la gestione dei casi, il tracciamento dei contatti e la prevenzione della diffusione successiva". 2

Il 30 gennaio 2020, il direttore generale dell'OMS ha dichiarato un'emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale (PHEIC), il più forte appello che l'OMS può lanciare per sollecitare un'azione urgente. Trump non ha tenuto conto degli avvertimenti; le sue azioni ritardate sono costate innumerevoli vite americane.

Sebbene l'Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response, istituito per imparare lezioni dalla risposta globale al Covid-19, abbia identificato carenze nelle prestazioni dell'OMS durante la pandemia e abbia proposto riforme all'agenzia, il ritiro degli Stati Uniti non fa nulla per supportare un processo di riforma.

Di fronte a molteplici crisi sanitarie che trascendono i confini nazionali (epidemie e pandemie sempre più frequenti, resistenza antimicrobica, impatti sulla salute del cambiamento climatico), abbiamo bisogno di un'OMS rafforzata ora più che mai. Ritirare i finanziamenti e il sostegno degli Stati Uniti dall'OMS sarebbe sconsiderato.

Nessun'altra agenzia ha la stessa legittimità, rappresentanza globale o portata internazionale. Nessun altro organismo ha lo stesso potere di convocare esperti internazionali per soppesare le prove scientifiche e aiutare a determinare le migliori pratiche. Le funzioni principali dell'OMS sono il fondamento della salute globale: promuove la cooperazione sanitaria e lo scambio scientifico tra i suoi 194 paesi membri, conduce la sorveglianza globale delle malattie per infezioni e malattie non trasmissibili e coordina le risposte alle epidemie e i programmi globali di controllo delle malattie.

La decisione di Trump indebolirà gli sforzi per la salute globale in due modi principali. In primo luogo, gli Stati Uniti sono di gran lunga il più grande donatore dell'OMS, avendo contribuito da 163 milioni a 816 milioni di dollari ogni anno nell'ultimo decennio.

La perdita di questi finanziamenti ostacolerà gravemente le attività e le operazioni dell'OMS. 3 Nel 2022-2023, gli Stati Uniti hanno contribuito con 1,28 miliardi di dollari, pari al 16% delle entrate totali dell'OMS. 3

In particolare, il 79% di questa cifra è arrivato sotto forma di contributi volontari destinati a iniziative specifiche: la quota maggiore è stata destinata a rispondere a emergenze sanitarie acute, seguita dagli sforzi per espandere i servizi sanitari, sradicare la poliomielite e prevenire epidemie e pandemie.
Uno dei programmi più vulnerabili è la Global Polio Eradication Initiative, che affronta gravi pericoli senza il supporto degli Stati Uniti (vedi tabella ). Più in generale, il taglio dei finanziamenti degli Stati Uniti lascerà un vuoto critico nella capacità dell'OMS di rispondere efficacemente alle crisi sanitarie globali, alle emergenze e alle epidemie, vuoti che potrebbero ritorcersi contro aumentando il rischio di minacce di malattie infettive per gli Stati Uniti. Le conseguenze immediate di questa decisione si stanno già manifestando: i contributi volontari degli Stati Uniti all'OMS sono stati sospesi. **3**

**Examples of Public Health Campaigns Enabled by Cooperation between the United States and the WHO.**

| Campaign | Forms of Collaboration |
|---|---|
| Eradication of smallpox | After a global vaccination campaign led by the World Health Organization (WHO), on May 8, 1980, the 33rd World Health Assembly declared that smallpox had been eradicated. The disease had killed an estimated 300 million people in the 20th century. As a key plank of the eradication campaign, the United States spearheaded the Intensified Smallpox Eradication Program, providing research, funding, technical assistance, and personnel. The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) provided leadership and staff support. |
| Global Polio Eradication Initiative (GPEI) | Global efforts to protect people from polio led to a 99.9% reduction in yearly cases of wild poliovirus between 1988, when there were 350,000 cases in more than 125 endemic countries, and 2023, when there were just 12 cases in 2 endemic countries, Afghanistan and Pakistan. Until Trump's move to withdraw from the WHO, the CDC was a key partner in the WHO-led GPEI, and the United States was one of its largest funders. Trump's recent freeze on U.S. support for the GPEI comes at a perilous moment: the incidence of wild poliovirus rose in Afghanistan and Pakistan between 2023 and 2024. |
| Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS) | Established in 1952, the WHO's GISRS is a global network of laboratories that collaborate to monitor influenza viruses and share information, a critical resource for pandemic preparedness and response. The network includes 151 national influenza centers in 127 countries and seven WHO collaborating centers; the CDC hosts one of these, the WHO Collaborating Center for Surveillance, Epidemiology and Control of Influenza, which maintains a global repository of influenza specimens and virus isolates. The United States has provided financial and technical support to the GISRS and relies on the system to develop its own annual seasonal influenza vaccines. |
| Control of neglected tropical diseases (NTDs) | The WHO has designated a diverse group of 20 conditions as NTDs. These diseases affect impoverished communities in tropical regions, are highly stigmatizing, and have major health, social, and economic consequences. The 73rd World Health Assembly in November 2020 endorsed a global technical plan to control NTDs, outlining "a road map for neglected tropical diseases 2021–2030." The United States funds multiple NTD control campaigns and works in close coordination with the WHO in these efforts; the CDC is a key partner in this collaboration. U.S. funding for NTD control rose from $15 million in fiscal year 2006 to about $115 million in fiscal year 2024. |
| Malaria control and elimination | The President's Malaria Initiative (PMI) was launched in 2005 by the George W. Bush administration with the goal of reducing malaria deaths by 50% in 15 high-burden African countries. PMI has worked closely with the WHO to implement evidence-based strategies to control malaria, resulting in a nearly 50% drop in malaria-related deaths since 2000. PMI and the WHO have distributed more than 3 billion insecticide-treated bed nets, reducing malaria transmission in Africa, Southeast Asia, and Latin America. The United States has provided funding and research support for the rollout of newly licensed malaria vaccines, and the CDC has provided support for malaria surveillance programs and helped track malaria outbreaks. |
| Ending the HIV–AIDS pandemic | The United States and the WHO have been pivotal in the global fight against HIV–AIDS, driving significant reductions in new infections and AIDS-related deaths. Central to this effort is the President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), which collaborates closely with the WHO, the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), the Global Fund, and other international partners to expand access to HIV prevention, treatment, and care worldwide. This partnership has saved an estimated 25 million lives, prevented 5.5 million children from being born with HIV, strengthened health care systems, and brought the world closer to ending the HIV–AIDS pandemic. |

*Esempi di campagne di sanità pubblica rese possibili dalla cooperazione tra gli Stati Uniti e l'OMS.*

In secondo luogo, l'amministrazione Trump ha ordinato ai Centers for Disease Control and Prevention (CDC) di cessare tutte le comunicazioni con l'OMS, senza una chiara indicazione se o quando le comunicazioni riprenderanno. Questa brusca rottura minaccia lo scambio tempestivo di dati e competenze critiche. La perdita immediata delle competenze scientifiche e del contributo collaborativo del CDC presso l'OMS ostacola le risposte in corso alle epidemie emergenti, una sfida sempre più grande in un mondo sempre più interconnesso.

Cosa ne sarà degli studi in corso del CDC-OMS sull'mpox, soprattutto in risposta all'ultima dichiarazione PHEIC in Africa? In che modo gli sforzi dell'Uganda per contenere l'ultima epidemia di Ebola saranno influenzati dall'assenza del supporto tecnico degli Stati Uniti?

Avendo lavorato con gli uffici nazionali dell'OMS, abbiamo visto in prima persona quanto sia apprezzata la guida tecnica dell'agenzia. Le linee guida, i manuali e i report che produce sono strumenti affidabili per dare forma alle politiche sanitarie nazionali e migliorare i risultati di salute pubblica.

La perdita di finanziamenti e competenze tecniche degli Stati Uniti ostacolerà la capacità dell'OMS di generare risorse così cruciali e la capacità dei paesi che contano su di loro di rispondere efficacemente alle crisi sanitarie.

Il CDC ha storicamente svolto un ruolo essenziale nel supportare gli sforzi di sorveglianza e controllo delle malattie globali dell'OMS (vedere la tabella ). Ha fornito assistenza tecnica essenziale nel tracciamento delle malattie non trasmissibili e infettive e ha rapidamente mobilitato personale e risorse per aiutare nelle risposte sanitarie di emergenza.

Ad esempio, il CDC ospita il WHO Collaborating Center for Surveillance, Epidemiology, and Control of Influenza, che gestisce un archivio globale di campioni di influenza e isolati di virus. In qualità di centro designato dall'OMS, la divisione influenza del CDC è stata determinante nella sorveglianza durante tutto l'anno, consentendo la rilevazione precoce della deriva antigenica nei virus influenzali stagionali e l'identificazione di nuovi ceppi di influenza A con potenziale pandemico. **4**

La tempistica dell'ordine di Trump di interrompere le comunicazioni tra le agenzie è particolarmente allarmante, poiché diverse regioni, tra cui il Nord America, sono alle prese con preoccupanti focolai di influenza aviaria negli stormi di uccelli selvatici e nel bestiame. Interrompere le comunicazioni tra il CDC e l'OMS minaccia direttamente la preparazione globale e la salute e la sicurezza degli americani.

Se gli Stati Uniti non saranno più membri dell'OMS, perderanno l'accesso ai dati critici sui focolai e alle linee guida dell'OMS sulle minacce emergenti per la salute. In caso di un focolaio all'estero, gli esperti del CDC verrebbero esclusi dalle deliberazioni globali sulle strategie di contenimento e risposta. Senza questa partnership, il CDC sarebbe notevolmente ostacolato nella sua capacità di fornire una guida tempestiva e basata sulle prove ai professionisti sanitari statunitensi e al pubblico sui focolai che si stanno sviluppando in tutto il mondo.

Immaginate quanto diversamente si sarebbero potute sviluppare le epidemie passate senza una forte collaborazione tra Stati Uniti e OMS. Durante l'epidemia di Ebola del 2014-2016 nell'Africa occidentale, ad esempio, il CDC ha dispiegato più di 1400 persone in Liberia, Sierra Leone e Guinea, molte delle quali hanno lavorato insieme ai team sul campo guidati dall'OMS.

Questi sforzi congiunti sono stati determinanti nel tracciare le catene di trasmissione, stabilire strutture di trattamento ed espandere la capacità diagnostica, misure critiche che hanno contribuito a contenere l'epidemia e a prevenire un'ulteriore diffusione internazionale.

L'importanza di questa partnership era evidente anche sul suolo statunitense. Durante l'epidemia, solo quattro casi sono stati diagnosticati negli Stati Uniti. Senza lo stretto coordinamento del CDC con l'OMS, la situazione avrebbe potuto essere molto peggiore.

Come possono rispondere gli Stati Uniti e la comunità sanitaria globale? Negli Stati Uniti, i professionisti sanitari devono svolgere un ruolo nel comunicare perché il ritiro dall'OMS rappresenta una grave minaccia per la salute pubblica statunitense. Devono comunicare attivamente i rischi ai decisori politici, ai media e al pubblico, spiegando al contempo i vantaggi della collaborazione tra Stati Uniti e OMS.

Sebbene le azioni di Trump siano altamente imprevedibili, si dice che sia aperto alla possibilità di tornare indietro sulla sua decisione, a condizione che l'OMS attui delle riforme e scelga un americano come suo prossimo direttore generale. **5** (Trump non può fare questa scelta, poiché il direttore generale viene scelto

tramite un processo elettorale consolidato che coinvolge gli stati membri, il comitato esecutivo dell'OMS e l'Assemblea mondiale della sanità).
Nel frattempo, i centri collaboranti dell'OMS con sede negli Stati Uniti dovrebbero rafforzare i loro legami con l'OMS per mantenere aperti canali vitali di comunicazione scientifica.
L'OMS elenca 70 di questi centri attivi; sebbene i 19 che hanno sede presso il CDC o altre agenzie federali probabilmente subiranno restrizioni sotto l'amministrazione Trump, i restanti centri presso università e ospedali di ricerca potrebbero svolgere un ruolo fondamentale nel mantenere l'impegno.
Sulla scena globale, l'OMS si trova ora ad affrontare una sfida ardua: colmare l'enorme divario di finanziamento lasciato dall'uscita degli Stati Uniti.
Già in difficoltà nel finanziare il suo programma di lavoro globale 2025-2028 con contributi valutati dagli stati membri, l'anno scorso l'organizzazione ha lanciato il suo primo "round di investimenti" per attrarre promesse di donatori. Il ritiro degli Stati Uniti rappresenta una battuta d'arresto significativa per questi sforzi. Idealmente, organizzazioni filantropiche, come la Bill and Melinda Gates Foundation, e altri paesi donatori interverrebbero per rafforzare la stabilità finanziaria dell'OMS.
Ma resta incerto chi potrebbe colmare il vuoto.
Ad aumentare l'incertezza, il recente annuncio dell'Argentina che si ritirerà anche dall'OMS solleva lo spettro di un effetto domino, incoraggiando potenzialmente altri governi populisti a seguire l'esempio.
L'OMS svolge un lavoro straordinario con finanziamenti sorprendentemente bassi: il suo bilancio 2024-2025 è di 6,83 miliardi di dollari, meno di quanto lo stato del Rhode Island ha speso per l'assistenza sanitaria nel 2022 (9 miliardi di dollari).
La comunità internazionale deve cogliere questo momento per rafforzare la cooperazione sanitaria globale, contrastare il ritiro degli Stati Uniti e garantire che il mondo non diventi più vulnerabile a future pandemie. La necessità di unità e solidarietà non è mai stata così urgente.

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2501790?query=TOC&ssotoken=U2FsdGVkX1%2BxMrRxut0iTPU66rx4XSRPsY%2FuCtirZ%2FkNaq16oq8BYc0N%2B%2FEAkRfybTB916zIkHckOxWBnZergWHFp40nLeI65sR5%2F%2FdT9Ga0f5IohH%2FsQEHKRnocDr55vi%2B2JxwpKHPF2CShbiv5DK45CZK8hsGPhhTOTn%2BmWz741BJGCJSE4aABoSsMlUdNXu6s1qC7469R%2FkMZVdVrtw%3D%3D&cid=DM2389663_Non_Subscriber&bid=-1460177109

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

## Affrontare gli attacchi politici all'istruzione medica: il futuro della diversità, dell'equità e dell'inclusione in medicina

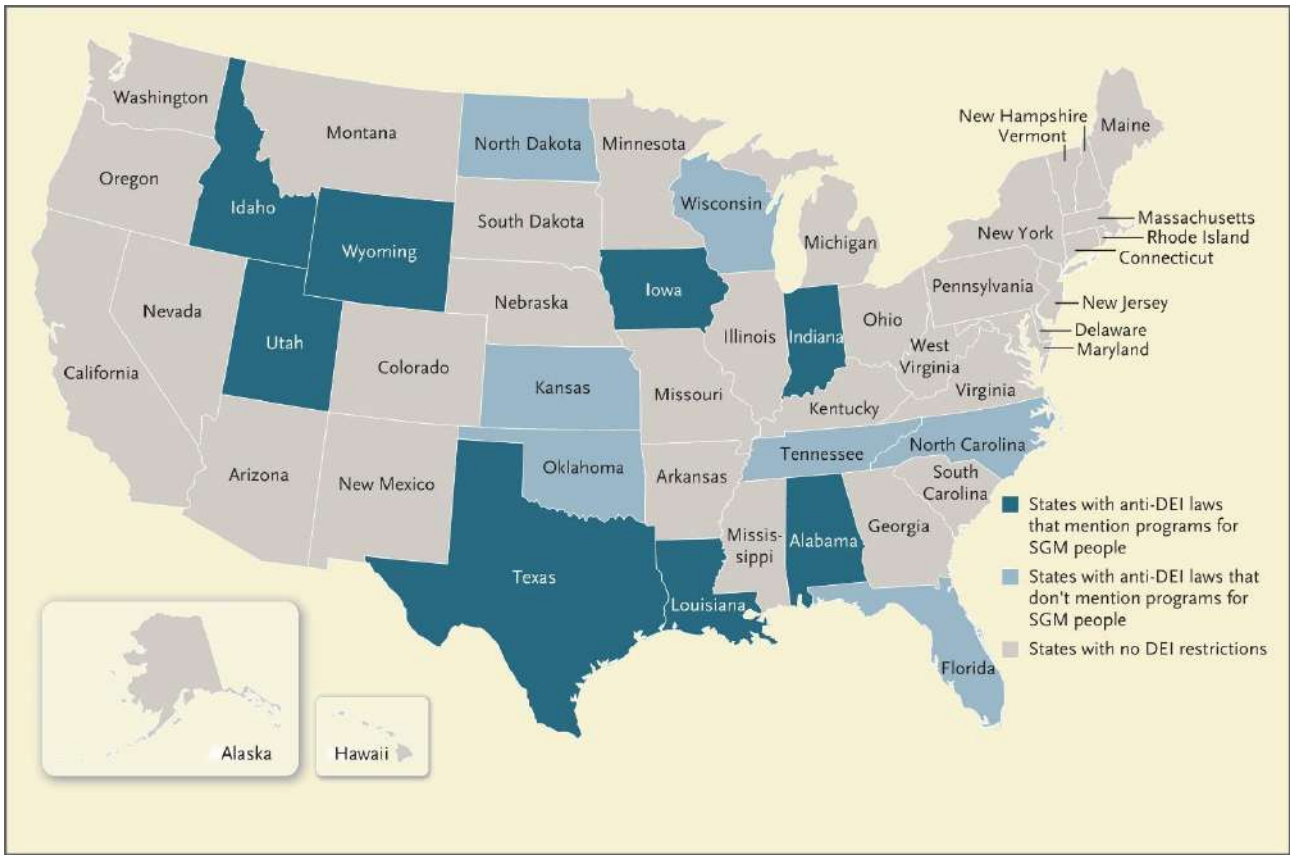
**Pamela Guerra, Fernando De Maio**

**Pubblicato il 12 febbraio 2025, N inglese J Med 2025 ; 392 : 941 – 944, DOI: 10.1056/NEJMp2500489**

Negli ultimi anni, gli Stati Uniti hanno assistito a un'ondata di leggi volte a smantellare le iniziative di diversità, equità e inclusione (DEI) nell'istruzione superiore, inclusa l'istruzione medica. 1
Sebbene queste azioni legislative siano spesso interpretate come incentrate solo sulla razza, prendono di mira anche esplicitamente o implicitamente i membri di gruppi di minoranze sessuali e di genere (SGM).

La valanga di attacchi legislativi e politici, tra cui una serie di ordini esecutivi nell'attuale amministrazione, è una componente di un movimento politico più ampio che cerca di escludere persone che sono state storicamente sottorappresentate ed emarginate in molti settori della società, inclusa la medicina.
Queste politiche minacciano la composizione e l'integrità della forza lavoro sanitaria e alla fine peggioreranno la salute della popolazione.
L'obiettivo della DEI nell'assistenza sanitaria e nella sanità pubblica è garantire che i leader dei sistemi sanitari diano valore a tutte le persone in egual modo e che tutte le persone possano ottenere il potere, la conoscenza, le risorse, le condizioni e le opportunità che consentono loro di raggiungere una salute ottimale. Nell'istruzione medica, questo obiettivo richiede di affrontare le disparità nel reclutamento e nel mantenimento delle persone che sono state storicamente escluse dalla professione, nonché di affrontare direttamente le disuguaglianze nei risultati dei pazienti.
Nell'assistenza sanitaria, una forza lavoro diversificata che includa persone con una gamma di identità razziali, etniche, sessuali e di genere può servire i pazienti meglio di una forza lavoro che è molto più omogenea della popolazione stessa.
Certamente, tutti i medici dovrebbero essere in grado di fornire cure di alta qualità a tutti i pazienti, indipendentemente dalla loro identità.
Ma la ricerca ha dimostrato che la concordanza paziente-operatore sanitario è correlata a una comunicazione più forte, a una maggiore fiducia e a una maggiore soddisfazione del paziente, soprattutto nelle comunità che sono state, e spesso continuano a essere, maltrattate dal sistema sanitario. Questi benefici si traducono in miglioramenti misurabili nei risultati per i pazienti e la popolazione; gli adulti neri, ad esempio, vivono più a lungo nelle contee degli Stati Uniti che hanno più medici neri. **2**
Ma per i membri delle comunità che sono state ampiamente escluse dalla forza lavoro dei medici, spesso non c'è la possibilità di vedere un operatore sanitario con un'identità concordante.
Chiaramente, sono necessari cambiamenti sistemici per affrontare le ingiustizie su larga scala: come ha sostenuto Aletha Maybank, le iniziative DEI possono agire solo "come lacci emostatici che rallentano l'emorragia che è il segno esteriore di un danno più profondo", ma i loro risultati "contribuiscono comunque al progresso verso l'equità". **3**
I vantaggi della concordanza dell'identità si applicano anche ai pazienti e ai medici SGM: uno studio del 2024 ha rilevato che il 20% degli adulti delle minoranze sessuali e oltre il 30% degli adulti delle minoranze di genere negli Stati Uniti hanno riferito di evitare di cercare assistenza a causa delle differenze di identità percepite dai loro medici. **4**
Nonostante il fatto che le donne bianche siano state tra le maggiori beneficiarie dell'azione affermativa, un caso della Corte Suprema del 2023 che contesta l'azione affermativa ha dato il via a un'allarmante ondata di leggi.
Da quella decisione, sono state presentate almeno 256 proposte di legge che attaccano la DEI, con 157 proposte di legge in 34 stati specificamente mirate a limitare la DEI nell'istruzione.
Almeno 15 stati hanno promulgato tali leggi (vedi mappa ), rendendo difficile per le istituzioni investire negli sforzi per la DEI.
Le implicazioni per l'istruzione medica sono evidenti in un disegno di legge del 2024 presentato in North Carolina che modificherebbe l'Higher Education Act del 1965 (PL 89-329) e proibirebbe alle scuole di medicina di ricevere finanziamenti federali se adottassero politiche DEI. Il linguaggio del disegno di legge impedirebbe specificamente alle scuole di medicina pubbliche di avere uffici DEI e proibirebbe l'uso di qualsiasi materiale didattico obbligatorio sul razzismo sistemico.
Analogamente, una legge del Texas entrata in vigore il 1° gennaio 2024, impedisce alle istituzioni pubbliche di istruzione superiore di stabilire iniziative DEI, vietando esplicitamente programmi correlati alla razza o all'identità di genere.
Questi attacchi coincidono con un aumento schiacciante della legislazione che attacca le persone SGM; solo nel 2023 sono state proposte 167 proposte di legge statali volte a limitare l'assistenza sanitaria per i pazienti SGM. **5** Queste proposte di legge spesso prendono di mira l'assistenza affermativa di genere, ignorando la ricerca che dimostra che tale assistenza migliora i risultati in materia di salute mentale.

Minacciano azioni legali contro i medici che forniscono assistenza affermativa di genere e, negli stati in cui vengono approvate, le strutture sanitarie sono costrette a interrompere la fornitura di questi servizi, mettendo a rischio ancora maggiore la salute dei pazienti transgender.
Tali attacchi ai pazienti SGM sono paralleli alle tendenze anti-DEI nell'istruzione medica; fanno parte di sforzi più ampi sia per politicizzare la libertà dei pazienti di accedere alle cure basate sulle prove sia per escludere gli operatori sanitari dai gruppi minoritari. I politici usano un linguaggio infiammatorio nel formulare queste iniziative per provocare risposte emotive e fuorviare l'opinione pubblica.
Spesso descrivono in modo assurdo e scandaloso le cure di affermazione di genere come "abuso sui minori", "sperimentazione" o "mutilazione" per accendere la paura tra i loro elettori. Le proposte di legge che vietano o limitano le cure di affermazione di genere, come il Missouri Save Adolescents from Experimentation (SAFE) Act e l'Alabama Vulnerable Child Compassion and Protection Act, sono formulate come "protezione" dei bambini, quando in realtà impediscono ai giovani transgender di accedere a cure sanitarie potenzialmente salvavita.



*Mappatura degli attacchi politici alla DEI nell'istruzione negli Stati Uniti.*

Allo stesso modo, i decisori politici manipolano il pubblico statunitense usando termini come "segregazione", "discriminazione" e "razzista" per travisare gli sforzi verso la giustizia razziale e la DEI.
L'uso di tale linguaggio è calcolato: la ricerca ha dimostrato che quando al pubblico viene chiesto di approcci antirazzisti altamente politicizzati usando un linguaggio che invece descrive semplicemente i suoi obiettivi, come "insegnare gli effetti in corso della schiavitù e del razzismo", l'approvazione aumenta dal 40% al 70%. [1]
La comunità medica svolge un ruolo in questo movimento dannoso.
Alcune associazioni di professionisti medici si battono contro l'assistenza che afferma il genere e negano l'esistenza di razzismo sistemico, istituzionale e interpersonale nell'assistenza sanitaria.
E alcuni membri della comunità medica usano una retorica dannosa nel mettere pubblicamente in discussione le qualifiche degli studenti ammessi alle scuole di medicina che hanno programmi DEI.
Queste azioni e dichiarazioni da parte di professionisti sanitari anti-DEI incitano la paura tra i loro potenziali sostenitori che potrebbero sentire che la loro posizione di potere è minacciata dai crescenti sforzi per reclutare persone che sono state storicamente sottorappresentate, escluse ed emarginate nella medicina.

Tali risposte mirano a sostenere uno status quo in medicina che riflette una cultura più ampia di supremazia bianca, omofobia e patriarcato.
Tentano di garantire che i futuri medici provenienti da gruppi razziali ed etnici storicamente e intenzionalmente esclusi continuino ad affrontare difficoltà sproporzionate nel perseguire una carriera in medicina e creano un ambiente ostile per gli studenti SGM così come per quelli provenienti da gruppi razziali ed etnici emarginati.
Questi sforzi continueranno molto probabilmente a guadagnare slancio, con gravi conseguenze. Il presidente Trump ha fatto campagna usando una retorica dannosa per le persone SGM, e lui e i membri della sua amministrazione sono stati espliciti sui loro obiettivi di smantellare gli sforzi DEI e revocare il sostegno federale per l'assistenza affermativa di genere.
Trump ha già usato azioni esecutive per dare seguito a quelle promesse della campagna. Eliminando i programmi DEI nelle agenzie federali che supportano gli sforzi per creare una forza lavoro medica giusta che rifletta la popolazione, l'amministrazione sta perpetuando danni alle comunità nella stessa scala di quanto fece il Flexner Report una volta causando la chiusura delle scuole di medicina nere.
Creare e salvaguardare una comunità medica diversificata e inclusiva richiede programmi di formazione per incorporare principi di giustizia; farlo è positivo per la salute di tutti i pazienti e delle comunità in cui vivono.
Per evitare danni, crediamo che i funzionari eletti dovrebbero dare priorità alla legislazione che protegga pazienti, tirocinanti medici e operatori sanitari.
Le istituzioni di istruzione superiore dovrebbero continuare a perseguire e supportare programmi DEI per studenti e tirocinanti, investendo al contempo nella ricerca sulle best practice per queste iniziative.
I medici di tutte le identità devono essere solidali, utilizzando le loro conoscenze, risorse e influenza per sostenere i tentativi di minare la nostra preparazione della prossima generazione di medici. Il mancato superamento dell'attuale crisi avrà conseguenze allarmanti per le generazioni future.

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2500489?query=TOC&ssotoken=U2FsdGVkX1%2BxMrRxut0iTPU66rx4XSRPsY%2FuCtirZ%2FkNaq16oq8BYc0N%2B%2FEAkRfybTB916zIkHckOxWBnZergWHFp40nLeI65sR5%2F%2FdT9Ga0f5IohH%2FsQEHKRnocDr55vi%2B2JxwpKHPF2CShbiv5DK45CZK8hsGPhhTOTn%2BmWz741BJGCJSE4aABoSsMlUdNXu6s1qC7469R%2FkMZVdVrtw%3D%3D&cid=DM2389663_Non_Subscriber&bid=-1460177109




Il 20 gennaio 2025, il presidente degli Stati Uniti Donald Trump ha assunto la carica dello Studio Ovale e ha iniziato firmando una serie di ordini esecutivi che vanno dal ritiro dall'OMS e dall'accordo di Parigi sul clima al congelamento di trilioni di dollari di finanziamenti federali e al divieto di programmi di diversità, equità e inclusione. L'assalto della nuova amministrazione statunitense ad alcune delle istituzioni scientifiche di sanità

pubblica più rispettate al mondo, come i Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e i National Institutes of Health, minaccia di minare decenni di progressi e leadership. I risultati immediati sono confusione, paura, incertezza, sconvolgimenti e caos; a lungo termine: un disastro per la salute pubblica nazionale e internazionale.

In questi primi 50 giorni, la Johns Hopkins University, uno dei principali centri di ricerca scientifica del paese, ha annunciato che avrebbe perso più di 2000 dipendenti; la Substance Abuse and Mental Health Services Administration ha chiuso gli uffici e ha in programma di ridurre il personale del 50%; sono stati tagliati i finanziamenti a Medicaid, che fornisce assistenza sanitaria a più di 70 milioni di americani con redditi bassi; e il *Morbidity and Mortality Weekly Report* (il compendio epidemiologico settimanale del CDC per gli Stati Uniti) non è stato pubblicato per la prima volta in 60 anni, mentre la nazione sta affrontando crescenti minacce alla salute pubblica, come il crescente rischio di influenza aviaria, i più alti tassi di influenza in un decennio e la ripresa di malattie prevenibili con vaccino, con il morbillo che si sta diffondendo in Texas. Smantellare programmi internazionali come USAID o PEPFAR, che hanno impedito la diffusione globale dell'HIV proteggendo indirettamente la salute pubblica negli Stati Uniti, non è solo catastrofico a livello globale, ma anche una minaccia a livello nazionale.

La Commissione Make America Healthy Again presieduta dal neo-nominato Segretario della Salute e dei Servizi Umani, Robert F Kennedy Jr, noto per aver negato o contraddetto le prove scientifiche, sarà una prova per l'amministrazione. Mentre il suo impegno nel contrastare le malattie croniche e la cattiva alimentazione è lodevole, non è certo se questa Commissione porterà a politiche significative basate sulle prove. I dettagli finora disponibili riflettono un approccio preoccupante che non si basa sulle competenze in materia di salute pubblica degli Stati Uniti e ignora i più ampi determinanti socioeconomici della salute inestricabilmente legati alle malattie croniche e alla cattiva salute.

Esiste un chiaro programma basato sulle prove per il rinnovamento della sanità pubblica negli Stati Uniti, come stabilito nel numero speciale di *The Lancet* sulla sanità pubblica negli Stati Uniti, un Presidential Briefing Book, che ha messo a nudo i problemi e le priorità della sanità pubblica per la nuova amministrazione: l'aspettativa di vita più breve tra i paesi ad alto reddito e le disparità geografiche, razziali, etniche, di genere e socioeconomiche. "Affrontare il livello di istruzione, l'epidemia di sovrappeso e obesità, altri rischi comportamentali e la copertura sanitaria universale sono obiettivi importanti che avranno benefici estesi", hanno scritto Ali Mokdad e Christopher Murray nel loro Viewpoint .

Tuttavia, ci sono dei limiti a ciò che l'amministrazione può fare. Le sentenze dei giudici della corte hanno almeno temporaneamente sospeso alcune delle iniziative del presidente, come il trasferimento delle donne transgender incarcerate in prigioni maschili o il congelamento dei finanziamenti federali agli stati. La Corte Suprema si è schierata una volta con l'amministrazione e due volte contro di essa, e in particolare ha confermato l'ordine di un giudice distrettuale di sbloccare i finanziamenti USAID. La Casa Bianca ha dovuto ritirare la nomina di Dave Weldon a capo del CDC poche ore prima che comparisse a un'udienza di conferma del Senato. Stand Up for Science, la manifestazione del 7 marzo, ha riunito ricercatori, dottori e società civile per promuovere la scienza e protestare contro i licenziamenti dei dipendenti federali e i tagli ai finanziamenti proposti dall'amministrazione Trump. L'American Public Health Association dà il buon esempio, sfidando politiche dannose, sostenendo approcci basati sulle prove e lanciando una nuova iniziativa *For Our Health* per offrire una voce unificata per difendere la scienza e salvaguardare la salute pubblica.

In questi ultimi 50 giorni abbiamo assistito a una serie di decisioni e politiche proposte o sospese che minano la scienza e la competenza, indeboliscono la protezione delle popolazioni vulnerabili, rischiano di peggiorare le disuguaglianze sanitarie e minacciano la salute pubblica negli Stati Uniti e all'estero. In quanto rivista dedicata alla salute pubblica e al miglioramento dell'equità sanitaria, presso *The Lancet Public Health* rappresentiamo le comunità che serviamo, continueremo a segnalare, documentare, supportare ricercatori e professionisti e a sostenere una salute migliore per tutti.

**https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(25)00071-4/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email**

FOREIGN AFFAIRS

# L'imminente crisi sanitaria globale

*L'America si sta ritirando e la Cina non riempirà il vuoto*

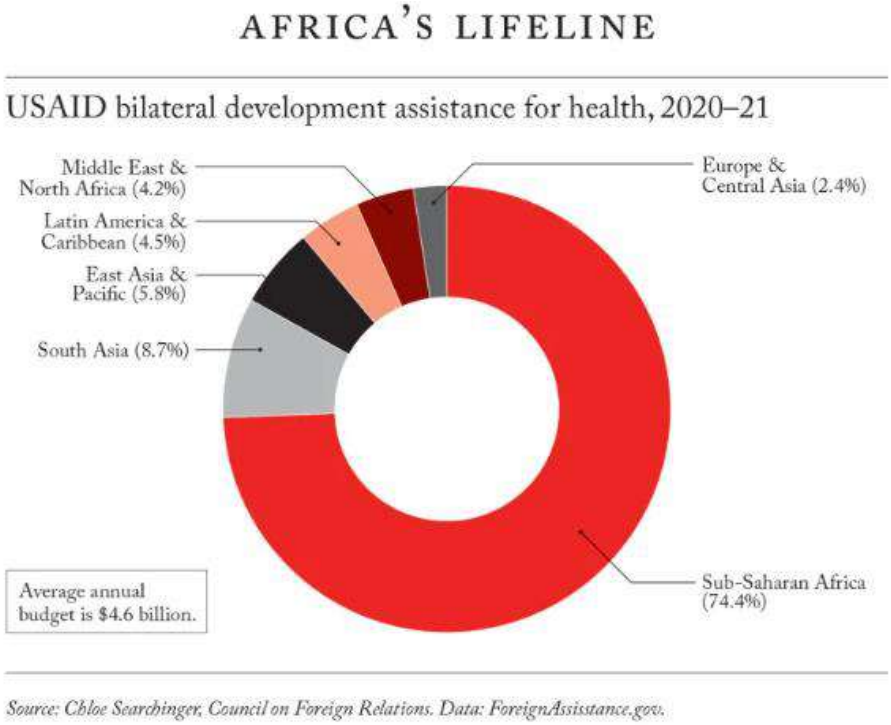
**Thomas J. Bollyky e Yanzhong Huang**

*24 marzo 2025*

critici delle prime azioni dell'amministrazione Trump sulla salute globale – il ritiro dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e la paralisi dei programmi sanitari internazionali finanziati dagli Stati Uniti – temono che queste mosse cederanno il ruolo di leadership di lunga data di Washington a Pechino. Il potere e il prestigio americani, accusano, diminuiranno e la Cina crescerà.
La realtà è peggiore.
Un arretramento degli Stati Uniti sulla salute globale, se sostenuto, aprirà davvero la porta alla Cina per sfruttare il brusco e caotico ritiro dei programmi statunitensi in alcune regioni strategiche. La Cina sta già fornendo finanziamenti sostitutivi nel sud-est asiatico e potrebbe fare lo stesso in America Latina.
Ma nella maggior parte dei luoghi a cui si rivolgono gli aiuti statunitensi, compresi quelli a più alto rischio di malattia, la Cina non interverrà.
I leader cinesi sono concentrati sull'uso degli aiuti per costruire influenza con i partner strategici; non hanno alcun desiderio di assumere il ruolo degli Stati Uniti nella prevenzione, nell'individuazione e nella risposta alle malattie più pericolose del mondo.
Senza un sostegno sostenuto alle istituzioni internazionali o ai programmi sanitari nei paesi più poveri del mondo, il risultato sarà un vuoto nella salute globale che renderà tutti meno sicuri. Il rischio più grande per gli americani non è che la Cina soppianterà gli Stati Uniti come leader mondiale nella salute globale. È che nessuno lo farà.

**LA CASA COSTRUITA DALL'AMERICA**

Per 25 anni, i finanziamenti statunitensi, il peso diplomatico e l'esperienza tecnica hanno permesso notevoli progressi nella salute globale.
Una sfilza di istituzioni e programmi internazionali, creati e finanziati principalmente dagli Stati Uniti, prendono di mira malattie che i paesi poveri non possono combattere da soli con soluzioni mediche che necessitano di dimensioni e infrastrutture che solo una coalizione internazionale
Il sostegno degli Stati Uniti alla salute globale è una piccola parte del suo bilancio interno, ma una parte enorme dei finanziamenti sanitari internazionali.
Nel 2023, la spesa sanitaria globale degli Stati Uniti ha rappresentato circa lo 0,3% della spesa federale (20,6 miliardi di dollari su un bilancio statunitense di 6,1 trilioni di dollari). Eppure, quello stesso anno, gli Stati Uniti erano responsabili di quasi tre quarti dell'assistenza internazionale allo sviluppo per l'HIV/AIDS, del 40% degli aiuti per la malaria e di più di un terzo dei finanziamenti per combattere la tubercolosi.
Fino a quest'anno, gli Stati Uniti erano anche il più grande finanziatore dell'OMS; il principale fornitore di vaccini per l'iniziativa multilaterale sui vaccini contro la COVID-19; e la forza trainante del Pandemic Fund, un veicolo della Banca Mondiale che investe nelle nazioni a basso reddito per prevenire le epidemie di malattie infettive.
Milioni di persone nei paesi più poveri del mondo beneficiano degli aiuti degli Stati Uniti.
Le organizzazioni e i programmi finanziati dagli Stati Uniti, tra cui l'OMS, l'alleanza per le vaccinazioni nota come Gavi e il Fondo globale per la lotta all'AIDS, alla tubercolosi e alla malaria, forniscono vaccini, cure e trattamenti e altri interventi salvavita in tutto il mondo.
Quasi 21 milioni di persone affette da HIV dipendono dal Piano di Emergenza per l'Aiuto all'AIDS (PEPFAR) del Presidente degli Stati Uniti per la terapia antiretrovirale salvavita.
Gavi aiuta a immunizzare quasi 70 milioni di bambini ogni anno contro malattie pediatriche mortali.
Quasi tre quarti degli aiuti sanitari bilaterali degli Stati Uniti sono andati a paesi di un'unica regione: l'Africa sub-sahariana.




I ritorni di questi investimenti sono stati spettacolari. Da quando il PEPFAR è iniziato nel 2003, i decessi globali per HIV/AIDS sono diminuiti di oltre il 50%. Il numero di persone che muoiono di tubercolosi e malaria è diminuito di un terzo nello stesso periodo. Nel 2000, c'erano 42 paesi, tra cui la maggior parte dell'Africa sub-sahariana, in cui almeno un bambino su dieci moriva prima del suo quinto compleanno. Oggi ci sono quattro di questi paesi.

I benefici degli aiuti statunitensi vanno oltre il minor numero di decessi per malattie specifiche oggetto di programmi individuali. Gli operatori umanitari americani aiutano anche il mondo a prepararsi meglio per tutti i tipi di future minacce per la salute. L'Agenzia degli Stati Uniti per lo Sviluppo Internazionale (USAID) e i Centri per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie hanno collaborato con i ministeri della salute di 90 paesi sullo sviluppo di sistemi per monitorare i focolai, dall'HIV all'influenza aviaria H5N1. I dollari statunitensi hanno finanziato i laboratori, la formazione e la ricerca che hanno permesso agli scienziati di lanciare l'allarme quando è stato identificato il primo caso di COVID-19 al di fuori della Cina. Un centro operativo di emergenza finanziato dagli aiuti americani per combattere la poliomielite ha contribuito a evitare il disastro nel 2014, quando il virus Ebola si è quasi diffuso nelle strade densamente popolate di Lagos, in Nigeria. E la ricerca finanziata dagli Stati Uniti ha sviluppato il vaccino da cui il mondo dipende attualmente per fermare la diffusione dell'mpox.

Ognuna di queste esperienze ha una lezione: se le epidemie di malattie mortali non vengono fermate alla fonte, rischiano di diffondersi in tutto il mondo, con risultati devastanti per tutti. Una salute migliore nei luoghi più poveri del mondo significa una salute migliore anche per altri paesi, compresi gli Stati Uniti.

**RELAZIONE MALSANA**

Mentre gli Stati Uniti hanno abbandonato il campo della salute globale, la Cina ha iniziato a sfruttare il caos che ne è derivato. In Nepal, i funzionari cinesi hanno rassicurato i politici locali che Pechino è "disposta ad assistere se il Nepal affronta sfide negli aiuti umanitari, nella salute e nell'istruzione".

In Cambogia, la Cina ha annunciato nuovi programmi di finanziamento per la salute, la nutrizione e i servizi igienico-sanitari dei bambini ed è intervenuta con una sovvenzione di 4,4 milioni di dollari per finanziare la rimozione delle mine antiuomo, il tutto nelle prime sei settimane dopo che il presidente degli Stati Uniti Donald Trump ha ordinato il congelamento dei finanziamenti USAID.

In Bangladesh, il direttore di un'associazione locale di agenzie per lo sviluppo ha detto ai giornalisti: "Dobbiamo diversificare i nostri finanziamenti.

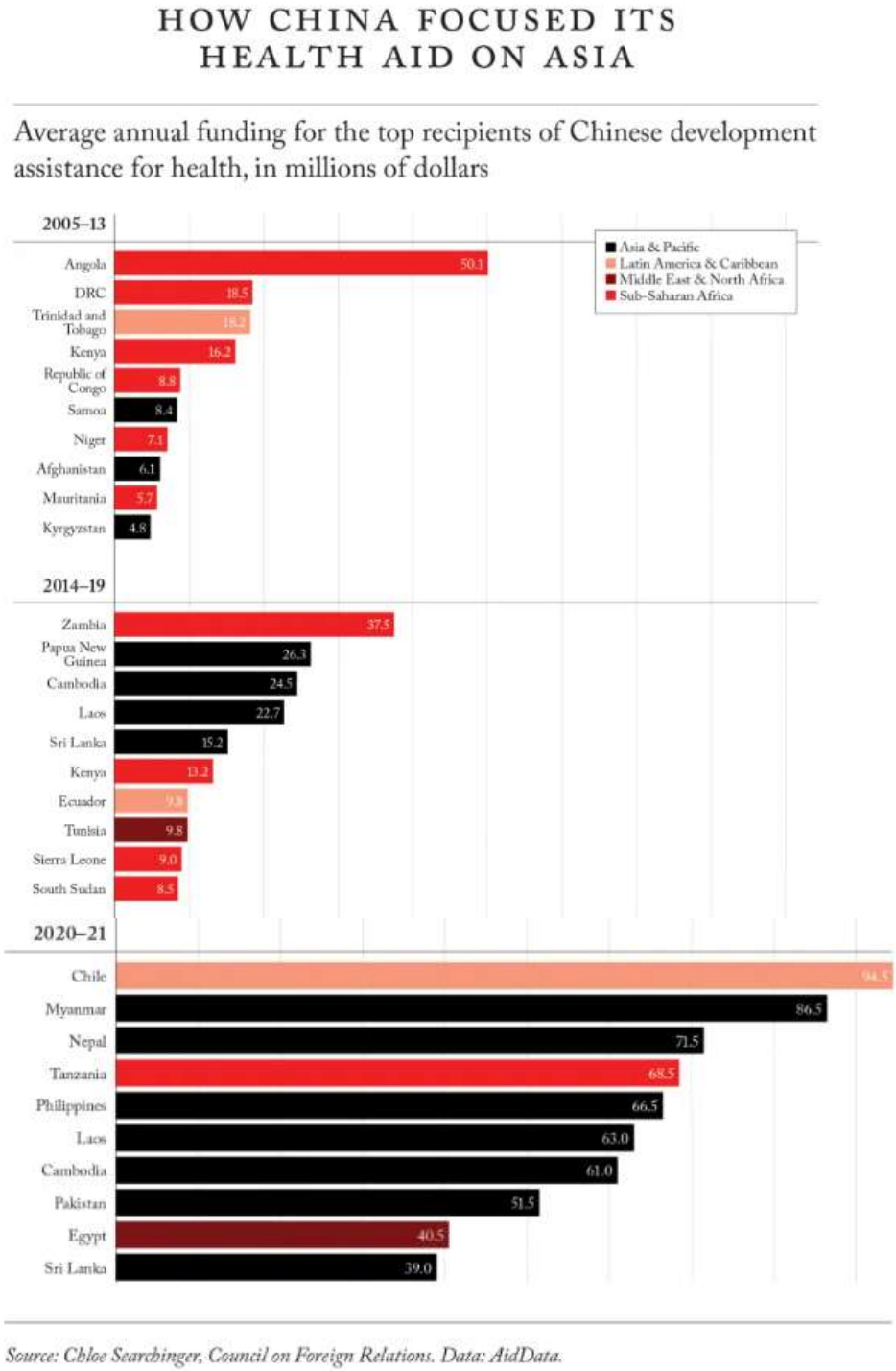
La Cina è anche un buon amico del Bangladesh". E Hu Zhangliang, vicepresidente dell'Agenzia cinese per la cooperazione internazionale allo sviluppo, ha promesso: "Non ci comporteremo come alcuni paesi che lasciano i destinatari degli aiuti impotenti, colti alla sprovvista o impreparati".
Tuttavia, i recenti risultati della Cina in materia di assistenza allo sviluppo non sono all'altezza della sua retorica. Il paese non ha dato priorità ai programmi multilaterali, alle minacce di malattie transfrontaliere o agli aiuti ai paesi più poveri. È anche scettico nei confronti degli organismi sanitari globali internazionali e ha un rapporto complesso, a volte teso, con l'OMS. Chi cerca salvezza da Pechino probabilmente rimarrà deluso.
Prendiamo l'OMS. Sebbene la Cina fosse un membro fondatore, è stato solo dopo l'epidemia di SARS del 2002-3 che il paese ha iniziato a prendere sul serio il suo rapporto con l'organizzazione.
Il Ministero della Salute cinese era a conoscenza di un nuovo pericoloso ceppo di polmonite nella provincia del Guangdong da mesi prima di condividere tale informazione con il popolo cinese o altri governi.
Mentre l'epidemia di SARS si espandeva, diffondendosi infine in 29 paesi e uccidendo quasi 800 persone, Gro Brundtland, allora direttore generale dell'OMS, rimproverò pubblicamente la Cina per la sua mancanza di trasparenza e dichiarò il primo avviso di viaggio dell'organizzazione, mettendo in guardia dal visitare il Guangdong e Hong Kong.
Sperando di riparare il danno reputazionale, la Cina ha intensificato il suo impegno con l'OMS. La Cina si è unita alla rete di laboratori virtuali dell'OMS, ha contribuito a riscrivere le normative sanitarie internazionali dell'organizzazione e ha investito nella sorveglianza delle malattie. Nel 2006, l'ex direttrice sanitaria di Hong Kong, la dott. ssa Margaret Chan, è stata eletta direttrice generale dell'OMS, la prima cinese a guidare una grande organizzazione delle Nazioni Unite.
I legami più stretti hanno dato i loro frutti per la Cina. Dal 2017, agendo sotto la pressione cinese, l'OMS ha evitato Taiwan, abbandonando la sua pratica di invitare il paese a partecipare come osservatore all'Assemblea mondiale della sanità. Nel 2017, l'OMS ha firmato un accordo con la Cina per implementare congiuntamente l'agenda di sviluppo del paese, la Belt and Road Initiative, e nel 2019, l'OMS ha aggiunto la medicina tradizionale cinese alla sua classificazione internazionale delle malattie.
I ritorni sugli investimenti degli Stati Uniti nella salute globale sono stati spettacolari. Quando a gennaio 2020 è emersa la notizia di un nuovo focolaio di coronavirus a Wuhan, l'OMS si è astenuta dal criticare la risposta di Pechino. La cautela non sorprendeva: l'organizzazione fa affidamento sulla cooperazione degli stati membri e premia la solidarietà in caso di crisi.
Ma la deferenza verso la Cina è andata oltre il normale. Presumibilmente sotto la pressione cinese, l'OMS ha ritardato di una settimana la dichiarazione dell'epidemia come emergenza sanitaria pubblica di interesse internazionale, fino alla fine di gennaio. La Cina era stata lenta nel condividere l'entità della trasmissione da uomo a uomo nella fase iniziale cruciale dell'epidemia e riluttante a fornire campioni biologici all'OMS, ma un funzionario dell'OMS ha elogiato Pechino per la sua "apertura alla condivisione di informazioni".
Sebbene questo supporto abbia fatto guadagnare la benevolenza dell'OMS in Cina (gli utenti di WeChat e Weibo hanno affettuosamente soprannominato il direttore generale etiope dell'OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, "Segretario Tan", un termine solitamente utilizzato per i funzionari del Partito comunista cinese), ha attirato l'ira degli Stati Uniti.
Desideroso di scaricare la colpa della risposta incerta della sua amministrazione al COVID-19, Trump ha sospeso i finanziamenti statunitensi all'OMS nell'aprile 2020 e in seguito ha annunciato che gli Stati Uniti si sarebbero ritirati dall'organizzazione. Era troppo "incentrato sulla Cina", ha dichiarato. Pechino ha rapidamente capitalizzato l'opportunità diplomatica, promettendo altri 30 milioni di dollari per contribuire a compensare il deficit di finanziamenti statunitensi.
Nonostante l'aumento dei finanziamenti cinesi, l'OMS ha risposto alla rabbia degli Stati Uniti prendendo le distanze da Pechino. Quando gli scienziati hanno criticato i risultati preliminari di uno studio congiunto dell'OMS e della Cina sulle origini del COVID-19, Tedros si è discostato dalla tipica deferenza dell'OMS nei confronti della Cina. Ha sostenuto che lo studio non aveva escluso la possibilità che il virus fosse trapelato da un laboratorio cinese e ha incoraggiato la cooperazione della Cina con una seconda fase dell'indagine.
La Cina ha respinto la richiesta e i media cinesi hanno accusato Tedros di essere diventato "il portavoce dell'America". Le tensioni sono continuate dopo la pandemia. Nel 2023, la Cina avrebbe rifiutato un aumento del 20 percento dei suoi contributi all'OMS.

Lo stesso anno, Tedros avrebbe respinto il candidato preferito dalla Cina per il posto di vicedirettore generale e avrebbe invece promosso un membro senior dello staff dell'OMS. La Cina è stata tiepida nei confronti di una proposta di nuovo trattato pandemico, una priorità dell'OMS, inviando funzionari di basso rango ai negoziati e adottando quella che un osservatore cinese ha definito una posizione di "non opposizione ma non speranza che accada".
Da quando Trump ha nuovamente promesso di ritirare gli Stati Uniti dall'OMS a gennaio, la Cina è sembrata riluttante a sostituire completamente il ruolo degli Stati Uniti. A febbraio, ha segnalato che intendeva opporsi a un aumento programmato delle quote associative che avrebbe portato i contributi più in linea con il PIL di ciascun paese. Sebbene la Cina diventerà il principale contributore di finanziamenti stimati dell'OMS dopo il ritiro degli Stati Uniti, le quote degli stati membri hanno rappresentato solo il 12 percento del budget dell'organizzazione.
La riluttanza della Cina a colmare il buco finanziario lasciato dagli Stati Uniti si estenderà probabilmente anche ad altre istituzioni multilaterali. Finora, Pechino ha contribuito relativamente poco alla maggior parte delle organizzazioni sanitarie globali, preferendo gli approcci bilaterali a quelli multilaterali. Prima della pandemia di COVID-19, Pechino spendeva tra i 600 e gli 800 milioni di dollari all'anno in aiuti esteri legati alla salute, con solo il 10% di quel totale che fluiva attraverso i canali multilaterali.
La Cina ha iniziato a donare a Gavi nel 2016, ma i suoi finanziamenti non COVID sono ammontati a soli 25 milioni di dollari in dieci anni, rispetto a un contributo degli Stati Uniti di oltre 2 miliardi di dollari solo negli ultimi cinque anni. Anche i contributi della Cina al Fondo Globale sono modesti: mentre gli Stati Uniti, il più grande donatore del fondo, hanno contribuito con più di 26 miliardi di dollari, la Cina ha stanziato solo 90 milioni di dollari, dietro ad altri 21 governi. Dei 3,6 miliardi di dollari che il mondo ha contribuito al Fondo di risposta all'Ebola delle Nazioni Unite, la Cina ha fornito 47 milioni di dollari (poco più dell'1% del totale) mentre gli Stati Uniti hanno donato 1,8 miliardi di dollari (49%).

**LA CINA PRIMA DI TUTTO**

Molti singoli paesi, come le organizzazioni internazionali, cercheranno l'aiuto della Cina per sostituire i finanziamenti statunitensi, ma le recenti tendenze negli aiuti bilaterali di Pechino suggeriscono che è improbabile che la maggior parte lo ottenga. Nel 2023, l'assistenza bilaterale allo sviluppo sanitario della Cina, fondi che fluiscono direttamente ai destinatari piuttosto che attraverso le organizzazioni internazionali, è scesa al livello più basso dal 2010. E poiché la sua spesa complessiva è diminuita, la Cina ha concentrato i suoi dollari meno sulle maggiori minacce alla salute globale e più sulla promozione dei suoi interessi nazionali.
A tal fine, gran parte della recente assistenza sanitaria della Cina ha preso di mira i paesi che partecipano alla sua Belt and Road Initiative.
Ciò ha significato spostare il suo sostegno iniziale dai progetti di aiuto per il controllo della malaria in Africa agli investimenti infrastrutturali nel sud-est asiatico e in America Latina.
L'aiuto della Cina in Africa non è scomparso del tutto: continua a contribuire ad alcuni progetti sanitari ad alta visibilità, come la sede appena completata e un laboratorio di alta sicurezza per i Centri africani per il controllo e la prevenzione delle malattie ad Addis Abeba.
Il Beijing Genomics Institute, il gigante cinese della ricerca genomica, ha fornito una tecnologia di sequenziamento genico a basso costo ad alcuni paesi africani per la sorveglianza delle malattie infettive, come parte dei suoi stessi sforzi per, secondo le sue stesse parole, "cogliere le vette dominanti della competizione internazionale delle biotecnologie".
Ma la tendenza è inconfondibile. Quindici anni fa, quattro dei primi cinque destinatari degli aiuti sanitari cinesi erano paesi africani; oggi solo uno lo è.
Gli aiuti della Cina per il COVID-19 hanno aderito ancora più strettamente agli interessi geopolitici del paese. A partire dall'aprile 2020, la Cina ha lanciato una campagna per affermarsi come leader della risposta globale alla pandemia, inviando mascherine, kit di test, team medici e, infine, vaccini all'estero prima che lo facessero gli Stati Uniti e la maggior parte degli altri donatori di forniture mediche essenziali.
Ma le donazioni della Cina sono andate in modo schiacciante ai paesi del suo cortile, non a quelli che ne avevano più bisogno. Nel primo anno dopo che i vaccini sono diventati disponibili, la Cina ha diretto quasi tre quarti delle sue dosi donate al sud-est asiatico, all'Asia meridionale e al Pacifico.

La Cambogia ha ricevuto così tante dosi cinesi che ha iniziato a donarle nuovamente altrove in Asia. La Guyana e il Nicaragua hanno ricevuto i vaccini cinesi poco dopo aver riaffermato il principio di "una sola Cina" o aver cambiato il loro riconoscimento diplomatico alla Cina rispetto a Taiwan durante la pandemia.




Mentre l'amministrazione Biden ha anche stanziato alcune delle prime dosi di vaccino statunitensi per la regione strategica dell'Indo-Pacifico, nel primo anno la maggior parte dei vaccini statunitensi donati è andata alle regioni in cui i tassi di mortalità erano più alti (America Latina) o le forniture erano più basse (Africa subsahariana).

**IL SUONO DEL SILENZIO**

Quando il 19 aprile si concluderà la revisione di 90 giorni dell'assistenza estera degli Stati Uniti da parte dell'amministrazione Trump, non è chiaro cosa rimarrà dell'ecosistema sanitario globale che la leadership

statunitense ha faticosamente costruito negli ultimi 25 anni. Per prima cosa, qualunque cosa facciano gli Stati Uniti dopo, la disgregazione che ha iniziato continuerà a diffondersi. L'Argentina, facendo eco a Trump, si è ritirata dall'OMS all'inizio di questo mese, e l'Ungheria e la Russia avrebbero esplorato la possibilità di fare lo stesso. Il Regno Unito, il più grande donatore di Gavi, ha recentemente annunciato che ridurrà l'assistenza allo sviluppo dallo 0,5% del PIL allo 0,3% entro il 2027 al fine di aumentare la spesa per la difesa in risposta all'impegno vacillante degli Stati Uniti nei confronti dell'Ucraina. Il governo di minoranza francese a corto di liquidità ha proposto di tagliare il budget per gli aiuti fino al 40 per cento. Il governo tedesco, recentemente eletto, potrebbe avere difficoltà a sostenere l'impegno della Germania nei confronti dell'OMS, in un contesto di crescente pressione economica e di maggiori spese per la difesa. Di fronte alla scarsa fiducia dei consumatori, a una crisi immobiliare di lunga data e a un'escalation della guerra commerciale con gli Stati Uniti, la Cina ha segnalato che concentrerà i suoi dollari meno sugli aiuti esteri e più sul progresso di "sviluppo di alta qualità e sicurezza di alto livello" in patria. La Fondazione Gates, sebbene sia una possibile fonte di finanziamenti aggiuntivi, tradizionalmente favorisce contributi stanziati (come per l'eradicazione della poliomielite) piuttosto che un sostegno generale alle operazioni dell'OMS. I governi locali stanno valutando come farsi carico di una parte maggiore dell'onere, ma questo potrebbe non essere possibile ovunque, soprattutto nell'Africa sub-sahariana, dove i paesi spendono, in media, solo 92 dollari a persona per la salute ogni anno.
In questo contesto, c'è il rischio reale che la Cina cerchi di sfruttare l'interruzione dell'assistenza estera degli Stati Uniti per rafforzare le relazioni con le principali nazioni del Sud-Est asiatico e dell'America Latina. Ma il rischio maggiore per gli americani e per le persone in tutto il mondo è che per la maggior parte delle malattie nella maggior parte dei luoghi, il sostegno degli Stati Uniti alla salute globale sarà sostituito da nulla.
Alcuni programmi specifici per le malattie negli Stati Uniti potrebbero sopravvivere, come la distribuzione di zanzariere antimalariche e la terapia antivirale e i farmaci per prevenire la trasmissione dell'HIV da madre a figlio.
Ma mentre i programmi di sicurezza sanitaria degli Stati Uniti si dissolvono e le istituzioni sanitarie multilaterali lottano per pagare le bollette, l'intricata rete di prevenzione, rilevamento e risposta alle malattie che protegge tutti, compresi gli americani, rischia di sgretolarsi.
Smantellando questa architettura di vigilanza, gli Stati Uniti creeranno punti ciechi in cui le malattie emergenti possono incubarsi prima di arrivare a pieno titolo alle porte del paese.
Questo creerà un'illusione di sicurezza, fino a quando non sarà troppo tardi.

**L'imminente crisi sanitaria globale: l'America si sta ritirando e la Cina non riempirà il vuoto**

la Repubblica

## Sulla sostenibilità si dividono le strade di Eurozona e Usa

*Mentre Trump ha portato gli Stati Uniti fuori dagli Accordi di Parigi sul clima e i grandi gestori rinunciano alle strategie Esg, nel Vecchio Continente prosegue la marcia a sostegno di un nuovo modello di sviluppo più sostenibile dell'attuale*

Gli Stati Uniti sono usciti dagli Accordi di Parigi per il clima, che impegnano i Paesi firmatari a mettere in campo azioni per limitare il surriscaldamento climatico. Lo ha deciso il presidente Donald Trump, firmando un ordine esecutivo. E ha anche comunicato lo stop agli incentivi per le auto elettriche e l'incremento della produzione di petrolio. Decisioni che non arrivano a sorpresa, dato che erano state abbondantemente preannunciate durante la campagna elettorale, ma che confermano il nuovo vento che spira al di là dell'Atlantico, contagiando anche il mondo della finanza.

**Da BlackRock a JpMorgan, l'Esg diventa un tabù**

Larry Fink, ceo di BlackRock, già da tempo ha smesso di utilizzare il termine Esg (acronimo che indica le strategie delle imprese attente all'ambiente, al sociale e alle buone regole di governo aziendale atte a prevenire, o quanto meno ridurre, i rischi di scandali e incidenti), "a causa dell'estrema politicizzazione di tale espressione". È stato l'inizio di una svolta, che di recente ha spinto la più grande società di asset management al mondo a ritirarsi dalla Net Zero Asset Managers, associazione di gestori dei risparmi impegnata a raggiungere zero emissioni nette di gas serra entro il 2050. E una decisione simile è stata annunciata da JPMorgan Chase, con l'addio a un'organizzazione simile del mondo bancario, la Net Zero Banking Alliance. Lo stesso avevano già fatto gli altri grandi gruppi finanziari Usa: Citigroup, Bank of America, Goldman Sachs, Wells Fargo e Morgan Stanley.

Scelte che sposano il nuovo corso voluto da Trump, ma che non nascono oggi, dato che negli Usa la pressione dei governatori repubblicani era forte da tempo, con numerose normative anti-Esg e il sostegno alle cause intentate contro i gestori, accusati da diverse organizzazioni di investitori di distrarsi dall'obiettivo di puntare al massimo del rendimento.

**Calano di investimenti nel clima**

Intanto, uno studio della società di data analysis Sightline Climate segnala che gli investimenti globali in startup legate al clima sono diminuiti per il terzo anno consecutivo nel 2024, fermandosi a 30 miliardi di dollari, il 13% in meno dell'anno precedente e il 35% in meno rispetto al 2021. Tuttavia un approfondimento del Financial Times invita a evitare letture affrettate, ricordando che molte delle aziende impegnate a fornire soluzioni contro i cambiamenti climatici hanno superato lo stadio di startup per cui continuano a crescere, ma senza più rivolgersi in massa ai fondi di venture capital, privilegiando piuttosto il canale bancario.

**L'Europa va avanti sulla sostenibilità**

Tutto questo mentre in Europa l'attenzione su questo fronte continua a essere alta, con il legislatore comunitario impegnato piuttosto a contrastare il fenomeno del greenwashing (l'impegno più di facciata, che concreto) proprio per aiutare gli investitori a fare scelte consapevoli.

Alla fine del 2024, la Commissione europea ha messo a punto un nuovo documento che fornisce indicazioni su come le aziende devono adeguarsi alle normative in tema di sostenibilità. Tra le novità vi è l'obbligo di digitalizzare i report di sostenibilità, in modo da facilitare l'accesso ai dati e rendere più facile il confronto tra quanto riportato dalle diverse imprese. Inoltre, dall'inizio del 2025 è stato ampliato il novero delle imprese soggette alla Csrd (*Corporate Sustainability Reporting Directive*), normativa attraverso la quale l'Ue indica le aziende tenute a pubblicare report dettagliati sui loro dati di sostenibilità. Dunque, barra dritta e obiettivo confermato: l'Europa punta a diventare la prima area del mondo a impatto climatico zero entro il 2050.

**https://www.repubblica.it/green-and-blue/dossier/viaggio-al-centro-del-futuro-ok/2025/02/11/news/sulla_sostenibilita_si_dividono_le_strade_di_eurozona_e_usa-423995568/?ref=RHVS-BG-P7-S1-T1**

CORRIERE DELLA SERA

## Il male oscuro della Trumponomics: cosa sta inceppando il motore dell'America di Trump?

**di Federico Fubini**

*Le perdite di Wall Street, i dati stagnanti sull'occupazione, le fughe in avanti e le brusche marce indietro sui dazi, l'impatto negativo dei tagli al settore pubblico annunciati da Musk (a sua volta «ridimensionato»): a 6 settimane dal ritorno di Trump alla Casa Bianca, il motore produttivo più potente del mondo si sta inceppando*

Non è chiaro esattamente cosa – se **i tagli di spesa** o **le continue sbandate sui dazi** oppure altro ancora – ma **qualcosa non sta più funzionando come prima in America**.
A **sei settimane dal ritorno di Donald Trump** alla Casa Bianca, la serie più recente dei dati dall'economia e del mercato è stata punteggiata di **segni quasi tutti negativi e deludenti**. Soprattutto negli ultimi sette giorni, la Trumponomics sembra colpita da **un male oscuro che sta come inceppando il motore produttivo più potente del mondo**.
Lo **S&P500, il principale indice di borsa americano**, con una capitalizzazione di 48 mila miliardi di dollari e un ruolo vitale per il risparmio pensionistico di centinaia di milioni di americani, ha chiuso la settimana in calo del 3,1%; **le perdite dal giorno in cui Trump ha giurato come 47esimo presidente sono poi anche superiori**.
Questa fragilità, del resto, riflette **i segnali dall'economia**: venerdì il Bureau of Labour Statistics ha comunicato che **l'America in febbraio ha creato 151 mila posti di lavoro**, meno della stima media degli analisti di 160 mila. La **disoccupazione, pur bassa, in febbraio è risalita** al 4,1% contro aspettative di una stabilità al 4%. Gli occupati part-time per ragioni economiche (perché non trovano contratti a tempo pieno) sono risaliti in febbraio a quasi 5 milioni, i massimi dal maggio del 2021.
**Le aspettative d'inflazione dei consumatori sono risalite bruscamente**, al punto che la Federal Reserve almeno per ora sembra aver interrotto i tagli dei tassi, mentre gli indici del Conference Board e dell'Università del Michigan segnalano una **crescente sfiducia delle famiglie sulle prospettive del loro potere d'acquisto**.
**APPROFONDISCI CON IL PODCAST**
Di certo questa insicurezza dev'essersi trasmessa a parte della stessa amministrazione Trump. Lo si intuisce dalla **brusca marcia indietro, nel giro di 48 ore e senza poter vantare alcuna concessione dalle controparti, su gran parte dei dazi al 25%** che lo stesso presidente aveva annunciato in settimana contro **Messico e Canada** (resta tuttavia per ora il raddoppio dei dazi supplementari sulla Cina dal 10% al 20%).
Altri segnali di insicurezza di Trump e dai suoi uomini si intuiscono poi dalla tentazione evidente di massaggiare le statistiche economiche, per camuffare **l'impatto negativo dei selvaggi tagli di spesa imposti dal team di «consulenti» di Elon Musk**.
Domenica scorsa **Howard Lutnick**, segretario al Commercio, ha spiegato che **l'amministrazione valuta di scomputare l'impatto del settore pubblico dal calcolo ufficiale del prodotto interno lordo**.
Gli ha dato subito man forte lo stesso Musk: «Una misura più accurata del Pil escluderebbe la spesa pubblica» ha scritto l'uomo più ricco del mondo, incaricato (da «consulente») di falcidiare il bilancio pubblico.
Pochi esperti sarebbero d'accordo: **impossibile misurare un'economia senza tenere conto — per esempio — del fatturato dei contratti pubblici per la difesa, per la ricerca medica o per l'acquisto di farmaci.**
Ma dietro un'idea del genere s'intravede il timore che i licenziamenti in corso di decine o centinaia di migliaia di funzionari o la chiusura di interi rami del governo stiano nuocendo alla crescita.
E presto gli americani potrebbero vederlo anche nei numeri.
Di certo martedì si è saputo che l'amministrazione ha sciolto due comitati di tecnici indipendenti – il Federal Economic Statistics Advisory Committee e il Bureau of Economic Analysis Advisory Committee – che affiancavano le agenzie federali nel garantire la qualità dei dati sull'economia.
Di certo anche sui tagli di Musk lo stesso Trump sembra colto da dubbi ed esitazioni: **negli ultimi giorni il presidente ha invitato l'uomo più ricco del mondo a usare «il bisturi e non il martello pneumatico»**.
Nel complesso però lo stress imposto dalle continue fughe in avanti e dalle marce indietro sui dazi, così come sulla spesa pubblica, per ora non sta portando «l'età dell'oro» che Trump continua a promettere. **Sta paralizzando l'economia dell'incertezza.**
Non era difficile immaginarselo fin dal primo weekend di febbraio, quando Trump annunciò (poi subito ritirò) i primi dazi contro Messico e Canada. Ma ora sta accadendo per davvero.

**https://www.corriere.it/economia/finanza/25_marzo_08/trumponomics-male-oscuro-263ae656-c697-41d5-bc2f-0503fecc0xlk.shtml**

# La sanità italiana e americana a confronto

**Giuseppe Vinci**, *Presidente della "Accademia dei semplici, sic et simpliciter, Bologna"*

**Premessa.**

Si tratta di una indagine informativa ma non esaustiva che mette a confronto il sistema sanitario Americano con il sistema sanitario Italiano.

Sulla base dei resoconti dell'indagine, risulta che i due sistemi sanitari sono molto diversi, sia perché in Italia l'assistenza sanitaria è un diritto garantito dall' Articolo 32 della costituzione che pone "…la salute come fondamentale diritto dell'individuo…", sia perché in America il diritto alla salute si basa su principi di natura prettamente privatistica.

In pratica, il Servizio Sanitario Nazionale italiano e il Sistema Sanitario Statunitense, si basano su principi giuridici e modelli di finanziamento molto differenti.

Il sistema Sanitario Americano, è stato introdotto per la prima volta nel 1960 dal presidente Lyndon Johnson e prevedeva una copertura assistenziale "semi universale", codificata nel 2010 dal presidente Barack Obama.

Il Servizio Sanitario Italiano, invece, si pone come sistema pubblico universalistico che garantisce l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini, finanziato dallo Stato attraverso la fiscalità generale.

Il Servizio Sanitario Nazionale viene introdotto nel 1978 dopo un lungo e tortuoso percorso delle "mutue", che si conclude con l'approvazione della LEGGE 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale".

**Il sistema sanitario americano**

In America il diritto alla salute e alla cura della persona viene acquisito da chi ha la possibilità economica di accedere in modo autonomo alle cure. Pertanto, il cittadino americano per poter usufruire di una cura decente e mirata deve avere una copertura finanziaria adeguata oppure una buona assicurazione. Chi invece non possiede una buona copertura finanziaria, rischia di non essere assistito oppure viene assistito in maniera parziale. Il governo degli Stati Uniti finanzia due diversi livelli di assistenza sanitaria: il "Medicaid" e il "Medicare". I due programmi hanno funzionamenti differenti e sono destinati a servire utenti diversi tra loro.

Il **Medicaid** è il sistema sanitario federale che aiuta le persone o le famiglie a basso reddito, a sostenere i costi di un trattamento medico, coprendone una parte delle spese più o meno rilevante a seconda del reddito dichiarato. In pratica, è un programma di assistenza sanitaria che copre radiografie, trattamenti psichiatrici, spese dentistiche, esami e controlli, trasporto, visite, corse in ambulanza, medicina d'urgenza di vario genere, per persone che hanno meno di 21 anni. Questo tipo di assistenza tiene molto in considerazione alcune invalidità (come la paralisi e la perdita della vista) e si può essere assistiti dal medico anche se si tratta di immigrati, con un regolare permesso di soggiorno. Questo tipo di programma assistenziale sanitario, adottato in tutti gli stati americani nel 2010, è stato poi modificato dal presidente Obama, che ha inserito nel programma anche le persone appartenenti alle fasce di reddito inizialmente escluse, facendo aumentare il numero degli aventi diritto in maniera rilevante.

**Il Medicare,** invece, è il sistema sanitario americano che prevede un programma di assicurazione medica amministrato direttamente dal governo degli Stati Uniti. Questo programma sanitario garantisce la copertura medica alle persone disabili e a chi supera i 65 anni, a prescindere dal reddito dichiarato. L'assistenza medica del Medicare è finanziata a livello federale tramite i contributi dei lavoratori e dei datori di lavoro. Il Medicare è una forma sanitaria di adesione obbligatoria, che prevede sanzioni severe e un obbligo iniziale a iscriversi a un programma di assicurazione ospedaliera e, successivamente, a un secondo programma di assicurazione medica.

Dalla breve descrizione dei due diversi sistemi assistenziali, sembra emergere che il sistema sanitario Americano prevede un trattamento di assistenza e cura di alta qualità per i ricchi e uno di bassa qualità per i poveri. In pratica, l'indagine porta a fare emergere una situazione molto variegata e assolutamente diversa da persona a persona. In effetti, bisogna sottolineare che nella pratica, tutte le persone che hanno bisogno di cure d'urgenza o di terapie prolungate nel tempo, vengono comunque assistite sia dagli ospedali che degli studi medici privati. Ovviamente viene riservata una attenzione particolare per le persone che hanno l'assicurazione migliore, creando delle liste d'attesa che danno la precedenza a chi ha una polizza molto ricca. In America le spese mediche sono una nota dolente e sono anche la causa principale del disastro finanziario di migliaia di famiglie americane. In questo caso, è possibile pensare a una potenza finanziaria Americana con una grossa falla nel sistema sanitario, che procura ogni giorno povertà a molte famiglie che devono sostenere spese mediche importanti.
I costi dei programmi pubblici prosciugano quasi metà dei bilanci statali, oggi circa il 60% della popolazione americana è in possesso di un'assicurazione privata per le spese mediche, i cittadini ricevono la copertura sanitaria grazie al contributo obbligato per legge dei datori di lavoro. Ovviamente queste polizze assicurative che vengono fornite tramite il contributo finanziario del datore di lavoro, sono di vario genere, alcune coprono completamente qualsiasi spesa sanitaria, ma i costi mensili sono molto alti; altre polizze forniscono una copertura più debole, quindi molte volte I cittadini americani sono costretti a pagare di propria tasca i servizi sanitari.

### Il Servizio Sanitario Italiano

In Italia la sanità è un **diritto** offerto a tutti i cittadini a prescindere dal loro stato sociale, dalle possibilità finanziarie e dal loro volume di reddito. La salute dei cittadini ha una valenza collettiva e viene tutelata in quanto risorsa della comunità. Lo Stato detta le linee guida e i **"Livelli Essenziali di Assistenza"** (LEA) che devono essere garantiti a tutti i cittadini. I Servizi di Assistenza e cura sono affidati alle Regioni che godono di una propria autonomia per quanto riguarda l'organizzazione della sanità nelle strutture locali. In particolare, concorrono a gestire, programmare e somministrare le cure, attraverso le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere e le strutture private convenzionate con il SSN.
In Italia le strutture sanitarie private possono fornire ai cittadini servizi di assistenza gratuita, purché rispettino i principi di universalità, di uguaglianza ed equità di cui all'articolo dell'articolo 32 della Costituzione. Sono proprio queste garanzie che rendono il SSN italiano uno dei più invidiati al mondo. Infatti, l'Italia è in cima alle classifiche europee in termini di ricovero e speranza di vita, **tale da renderlo uno dei migliori al mondo**. L'Italia si colloca tra i primi 10 paesi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per servizi sanitari di qualità (contrariamente agli Stati Uniti che occupano la 37° posizione).
Il sistema sanitario nazionale è finanziato con le tasse pagate dai cittadini e riesce a fornire a tutti visite mediche, farmaci, test e cure ospedaliere praticamente a costo zero o comunque a prezzo calmierato. In Italia, l'assistenza sanitaria è considerata un diritto e il piano sanitario nazionale è progettato per fornire a tutti i cittadini e residenti italiani (compresi i cittadini statunitensi e canadesi) cure mediche adeguate.

**https://smips.org/2023/06/14/la-sanita-italiana-e-americana-a-confronto/**

# Sistema sanitario americano e italiano a confronto

*Un cittadino italiano negli Stati Uniti (e viceversa) deve confrontarsi con moltissime situazioni del tutto nuove da un punto di vista sociale, fiscale e legale. Fra le differenze di maggiore impatto c'è sicuramente quella che riguarda la gestione della sanità.*

Chiunque abbia in programma un trasferimento, un viaggio, ma anche una semplice vacanza negli Usa dovrà, in caso di emergenza medica, fare i conti con un modello sanitario diametralmente opposto al proprio, come quello americano.
In cosa consistono queste differenze?
In linea di massima, si potrebbe dire che il SSN italiano è organizzato sul principio di una sanità pubblica che garantisce l'accesso a cure e servizi medici a tutta la popolazione. I costi per mantenere la struttura nazionale sono sostenuti dal gettito fiscale e ridistribuiti a livello regionale.
Il Sistema Sanitario Americano invece si basa su presupposti privatistici. Al di fuori di alcuni programmi di assistenza pubblica, gli States incoraggiano l'affidamento delle cure a soggetti privati, profit e no profit, nel settore assicurativo.

**Differenze tra sistema sanitario americano e italiano**

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano e il Sistema Sanitario Statunitense si basano su principi giuridici e modelli di finanziamento molto differenti.
In Italia la salute del singolo ha una valenza collettiva e viene tutelata in quanto risorsa della comunità. Lo Stato detta quindi le linee guida e i livelli essenziali che devono essere necessariamente garantiti al cittadino (i cosiddetti LEA – Livelli Essenziali di Assistenza).
L'implementazione di questi servizi è poi affidata ai territori. In primis, le Regioni godono di una propria autonomia per quanto riguarda l'organizzazione della sanità nelle strutture locali.
Concorrono poi a gestire, programmare e somministrare le cure, aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere e strutture private convenzionate con il SSN.
Questo significa che ogni struttura sanitaria, pubblica o privata, può fornire al cittadino servizi di assistenza gratuita, purché rispettino i principi di universalità, uguaglianza ed equità.
Sono proprio queste garanzie costituzionali del diritto alla salute a rendere il SSN italiano uno dei più invidiati al mondo.
Nonostante le legittime critiche, l'Italia è infatti in cima alle classifiche europee in termini di ricovero e speranza di vita. Merito di un'organizzazione capillare che cerca di non lasciare fuori nessuno e garantisce un livello minimo di cura a tutta la popolazione.
Nel Sistema Sanitario Statunitense, il pubblico e il privato si mescolano differentemente. Negli Usa esistono programmi di assistenza pubblica destinati ai meno abbienti, ai disabili e agli anziani. Al di fuori di queste fasce protette, i cittadini americani affidano la loro salute ad assicurazioni private, necessarie per coprire gli altissimi costi delle cure nelle strutture ospedaliere.
Le differenze fra i due sistemi emergono quindi tanto nei principi sui quali poggiano quanto nei finanziamenti per i servizi erogati.
In Italia, tutti i cittadini concorrono a finanziare il SSN con contributi obbligatori, è poi lo Stato Centrale e ridistribuire queste risorse alle Regioni, che gestiscono i fondi sul territorio ripartendoli fra le varie strutture.
In questo modo, tutti hanno accesso alla sanità pubblica e a livelli minimi garantiti dallo Stato, sia nelle aziende pubbliche gestite dalle ASL, sia in quelle private convenzionate.

**Come funziona il sistema sanitario americano**

Il Sistema Sanitario Americano poggia su presupposti diversi. Il principio dell'universalità, come si vedrà, viene sottomesso a un principio individualistico, per il quale ognuno è tenuto a provvedere in autonomia alla propria salute.
Come accennato, la sanità statunitense si affida principalmente a due istituti.

Da un lato, i programmi assistenziali pubblici destinati alle fasce più deboli:

- Il Medicaid, finanziato dal Governo centrale e destinato ai cittadini con redditi bassi.
- Il Medicare, destinato a disabili e anziani over 65. I fondi provengono dalle tasse dei lavoratori e vengono distribuiti a livello federale.

Dall'altro lato trovate invece i programmi di assistenza privata che coprono la maggior parte della popolazione. Nello specifico, il Governo Centrale si limita a stabilire requisiti e criteri di accesso alle assicurazioni private che ciascuno deve stipulare.
La copertura assicurativa è quindi incoraggiata dalla stessa legge, che - seppur in modo indiretto - finanzia il settore privato con agevolazioni fiscali nei confronti di:

- Datori di lavoro che garantiscono un'assicurazione privata ai propri dipendenti.
- Fondi personali come conti di risparmio o conti di spesa flessibile.

In generale, il possesso di un'assicurazione sanitaria privata, in Amarica, è necessario per coprire i costi, spesso molto elevati, delle cure, ospedaliere e non.
Chi non ha accesso ai programmi assistenziali pubblici e non è in possesso di un'assicurazione privata, infatti, si ritroverà a dover sostenere da solo tutte le spese mediche.

**Pronto soccorso in America: ti curano?**
Che cosa accade quindi se un cittadino straniero, privo di assicurazione sanitaria privata, si reca al pronto soccorso? In queste emergenze si aprono due scenari, uno privato e uno pubblico.
Partiamo dal presupposto che gli ospedali privati sono carissimi. Basti pensare che persino il trasporto in ambulanza è considerato un servizio a pagamento. Tutte le fatture per le spese saranno recapitate direttamente al domicilio del cittadino italiano.
L'alternativa al privato è rivolgersi a strutture mediche pubbliche, nelle quali però le liste di attesa sono lunghissime.
Si tenga poi conto che il personale medico è tenuto a dare precedenza ai pazienti coperti da assicurazione.
Anche per questo motivo, molti viaggiatori italiani scelgono di stipulare una polizza assicurativa di viaggio per gli Stati Uniti che copra eventuali spese mediche nel corso della vacanza.

**Vaccino per il covid-19: in America è gratuito?**
Così come prospettato dal Presidente Biden già nel corso della sua campagna elettorale, il vaccino per il Covid-19 verrà distribuito gratuitamente a tutti i cittadini americani.
Il governo centrale si assume quindi tutti i costi per l'acquisto delle dosi.
Tuttavia, in alcuni casi gli enti e le strutture che fisicamente inoculano il vaccino potrebbero applicare delle tasse amministrative per il servizio. Una sorta di ticket minimo per la prestazione ricevuta che, in alcuni casi, può essere rimborsato al cittadino dalla propria assicurazione o da altri fondi statali.

**https://www.columbusassicurazioni.it/consigli-di-viaggio/sistema-sanitario-americano-italiano-confronto/**

# 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 parlar 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 delle 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.

**https://www.epicentro.iss.it/politiche_sanitarie/riformausa**

WIKIPEDIA
L'enciclopedia libera

# Sistema sanitario degli Stati Uniti d'America

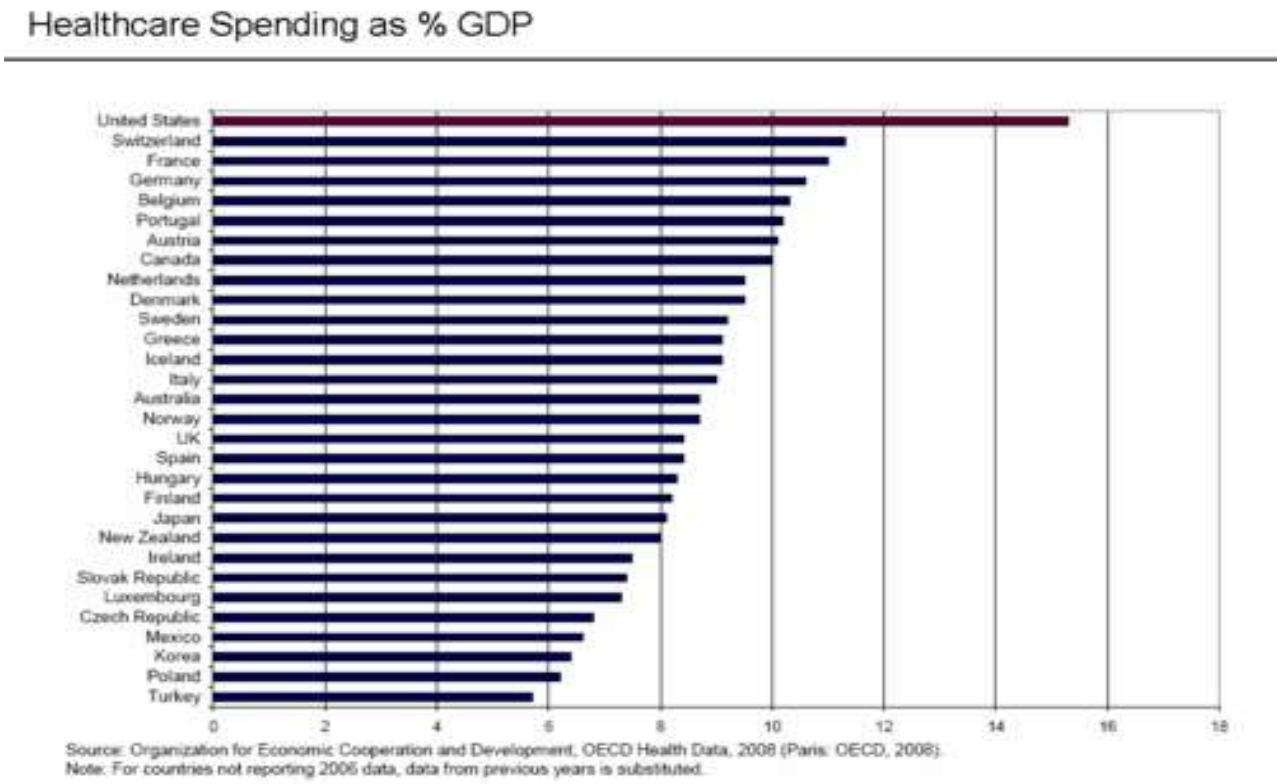
Il sistema sanitario degli Stati Uniti d'America è l'apparato, prevalentemente in mano privata, atto alla cura e all'assistenza sanitaria della popolazione civile degli Stati Uniti d'America.
Si tratta di una combinazione di programmi pubblici, assicurazioni private e pagamenti diretti di mano privata. Gli USA sono ad oggi l'unica nazione sviluppata al mondo a non avere un sistema di copertura sanitaria universale.

## Storia

Benché le prime proposte per un sistema sanitario misto pubblico-privato risalgano agli anni 1930 durante la presidenza di Franklin Delano Roosevelt con l'emanazione del *Social Security Act*, l'introduzione di un sistema di copertura universalistico, almeno negli scopi, per una gran parte di popolazione, risale a trent'anni dopo con le riforme di Lyndon B. Johnson, rimaste intatte fino all'ampliamento voluto da Barack Obama nel 2010.

## L'assistenza pubblica

I programmi assistenziali pubblici sono Medicare e Medicaid. Medicare è il programma nazionale di assistenza agli anziani (ultrasessantacinquenni), universalistico, in quanto indipendente dal reddito. Medicaid è un programma gestito dai singoli Stati (con un contributo federale che copre il 60% delle spese) e rivolto ad alcune fasce di popolazione a basso reddito (famiglie con bambini, donne in gravidanza, anziani e disabili).
In casi di emergenza, gli ospedali sono obbligati ai sensi dell'*Emergency Medical Treatment and Labor Act* (*EMTALA*) a fornire cure di pronto soccorso a tutta la popolazione, senza richiedere in cambio il pagamento di tali cure.



### Rapporto di molti paesi tra la spesa sanitaria e il prodotto interno lordo (anno 2006)

Nonostante gli Stati Uniti spendano di più di qualsiasi altro stato al mondo in sanità, una gran parte della popolazione non ha accesso a cure mediche attraverso assicurazione privata e deve spesso rivolgersi a programmi pubblici come Medicaid e Medicare.
La complessità e l'elevato costo del sistema sanitario statunitense continua ad essere tema di discussione in tutto il mondo. Nello stesso tempo però, gli Stati Uniti sono leader globali per quanto riguarda l'innovazione medica e la scoperta di nuovi medicinali.
Lyndon Johnson firma la legge sull'assistenza sanitaria pubblica. Alla destra è visibile l'ex presidente Truman.

### Copertura delle spese per i medicinali

Durante gli anni 1990, il prezzo dei medicinali divenne uno dei maggiori punti dell'agenda politica americana, dato il suo aumento esponenziale, visto che i cittadini scoprirono che né il governo né le compagnie private avevano intenzione di coprire il costo di queste medicine. Allo stato attuale, gli Stati Uniti sono il paese che spende di più per i propri medicinali. Nel 2003 il servizio sanitario nazionale copriva in media solamente il 17,7% delle spese totali.
Nel febbraio 2007 il governo statunitense prese posizione affermando che il prezzo delle medicine è alto perché in altri paesi il costo effettivo viene in maggior parte coperto dallo Stato, mentre in America è a totale carico del cliente. Inoltre, all'estero le compagnie si possono accordare, per questo motivo, con il governo, mentre negli Stati Uniti gli accordi sul prezzo dei medicinali sono proibiti per legge. Complessivamente, soltanto il 20% dei medicinali in vendita ha svolto per intero l'iter di approvazione del farmaco.

### Dibattito

Gli Stati Uniti d'America sono una delle poche nazioni industrializzate a non avere una copertura sanitaria universale[1]. Questo è causa di un forte dibattito in America sulla possibilità di ampliare a tutti le cure sanitarie.

### La riforma del 2010 (“Obamacare”)

Il 23 marzo 2010 il presidente Barack Obama firma la legge della riforma sanitaria.[2] Tra i cambiamenti che si dovrebbero verificare con la riforma vi sono l'aumento del numero di persone tutelate dal sistema sanitario (32 milioni in più) e la diminuzione della spesa governativa per la sanità (pari al 15% del PIL nel 2008, il doppio della media delle nazioni facenti parte dell'OCSE)[3]; inoltre, si stima che la metà dei tracolli finanziari individuali siano cagionati da spese mediche improvvise e non coperte da tutela assicurativa. Tale fenomeno dovrebbe pertanto subire un decremento.[4]

### I punti salienti della riforma

- Divieto per le compagnie di assicurazione di negare la stipula di assicurazioni e l'assistenza per determinate patologie o sulla base di preesistenti condizioni di salute.[5]
- Incentivi fiscali per il cittadino al fine di stipulare una polizza sanitaria.[6]
- Sanzioni per il cittadino che non stipula una polizza assicurativa.[6]
- Obbligo per i datori di lavoro di imprese con più di 50 dipendenti di contribuire alle spese per l'acquisto di tali polizze per i propri prestatori di lavoro.[6]
- Ampliamento dei soggetti coperti dalla tutela di Medicaid.[6]
- La possibilità per i giovani a carico della famiglia di utilizzare l’assicurazione sanitaria dei genitori.

Dal 2010 al 2017, dopo l'approvazione della legge, sono circa 23,5 milioni gli statunitensi in più ad avere la copertura sanitaria.[7]

### Proposte di abrogazione

Nel maggio 2017 il neo-presidente Donald Trump ha fatto approvare alla Camera dei Rappresentanti (con 217 sì e 213 no) la richiesta di abrogazione dell'Obamacare[8]. Tale proposta però, nonostante la maggioranza repubblicana all'interno del senato, fu respinta da quest'ultimo (con 55 no e 45 sì[9])[10]. Successivamente, sempre sotto l'amministrazione Trump, è stata anche proposta un'abrogazione parziale

dell'Obamacare ma l'iniziativa venne declinata al senato (con 51 no e 49 sì)[11][12]. In seguito, Donald Trump ha comunque fatto approvare alcune modifiche specifiche alla riforma di Obama, fra cui, ad esempio, l'abolizione dell'*Individual mandate*, che sanciva l'obbligo per tutti i cittadini americani di contrarre un'assicurazione sanitaria, pena una sanzione pecuniaria[13].

**https://it.wikipedia.org/wiki/Sistema_sanitario_degli_Stati_Uniti_d%27America**

SALUTE INTERNAZIONALE

# La politica della crudeltà

**Maurizio Murru**

*La sospensione dei fondi erogati dall'agenzia americana USAID ai paesi più poveri dell'Africa sub-Sahariana potrà provocare, fra l'altro, nel corso di un anno: fino a 18 milioni di casi aggiuntivi di malaria e fino a 166.000 decessi aggiuntivi; 200.000 bambini paralizzati dalla poliomielite e centinaia di milioni di infezioni; un milione di bambini malnutriti non trattati; più di 28.000 nuovi casi di malattie infettive come Ebola e Marburg.*

A**bbiamo preso in prestito dalla rivista "Internazionale" (del 7 marzo 2025) il titolo** di un articolo (George Packer, The Atlantic) che parla dell'immediato smantellamento dell'agenzia del governo statunitense che finanziava progetti umanitari in tutto il mondo, mettendo a rischio la vita di milioni di persone nei paesi più poveri.

**Il titolo "la politica della crudeltà" è quello che meglio si adatta a tutto ciò che si è svolto dal giorno dell'insediamento di Donald Trump alla Casa Bianca in poi**. Insediamento avvenuto il 20 gennaio 2025. Nella stessa giornata il "Guastatore in Capo"., ha firmato 26 ordini esecutivi. Nei 50 giorni seguenti, fino al 10 marzo 2025, ne ha firmati altri 57, per un totale di 83[i]. Nei suoi quattro anni alla Casa Bianca, il Presidente Biden ne ha firmati 162: una media di 42 all'anno[ii]. Una simile tempesta di ordini esecutivi stordisce, rende difficile orientarsi e laborioso analizzare ognuno di essi e, di ognuno di essi, prevedere le possibili conseguenze.

**Qui ci limitiamo ad alcune riflessioni sull'Ordine Esecutivo N° 14169 del 20 gennaio, quello che, di punto in bianco, ha sospeso l'erogazione degli aiuti americani allo sviluppo dal momento che, come recita il documento,** "*L'industria e la burocrazia degli aiuti esteri degli Stati Uniti non sono allineate con gli interessi americani e in molti casi sono antitetiche ai valori americani*", mentre "*La politica degli Stati Uniti prevede che nessuna ulteriore assistenza estera degli Stati Uniti venga erogata in un modo che non sia pienamente allineato con la politica estera del Presidente degli Stati Uniti*"[iii]. **Molti progetti sono già stati cancellati e molti funzionari sono stati licenziati nonostante la sospensione fosse prevista per un periodo di 90 giorni.** Novanta giorni in attesa di una revisione che esaminasse "*l'efficienza dei programmi e il loro allineamento con la politica estera americana*"[3].

**Che cosa significhi "*allineamento con la politica estera americana*"** è stato chiarito dal Segretario di Stato Marco Rubio il 28 gennaio, quando ha affermato: "*Ogni dollaro che spendiamo, ogni programma che finanziamo e ogni politica che perseguiamo deve essere giustificato con la risposta a tre semplici domande:*

- *Rende l'America più sicura?*
- *Rende l'America più forte?*
- *Rende l'America più prospera?*[iv]"

Un fulgido esempio di solidarietà e altruismo da parte del paese più ricco e potente del mondo. Alcuni giorni prima, il 24 gennaio il Segretario di Stato aveva fermato tutti i nuovi obblighi di finanziamento e sospeso tutti i programmi gestiti da USAID, anche quelli con fondi già impegnati e versati[v].

**Un "Terminator" a capo della USAID**

**In termini assoluti (non in rapporto al PIL), gli Stati Uniti sono il maggior donatore mondiale di aiuti pubblici allo sviluppo (APS) e degli aiuti umanitari**[vi] [**Figure 1 e 2**]. Stando ai dati più recenti, pubblicati dalla OECD il 20 Novembre 2024, gli Stati Uniti hanno destinato agli APS, nel 2023, 66 miliardi di $, vale a dire, il 29,5% dei 223,7 miliardi di $ erogati dai 32 più importanti donatori mondiali, riuniti nel "Development Action Commitee" (DAC)[vii]. Nello stesso anno, la maggior parte degli APS statunitensi, circa 40 miliardi di $, vale a dire il 66,7% del totale, è stato gestito dalla "Agenzia degli Stati Uniti per lo Sviluppo Internazionale" (USAID)[viii]. La parte rimanente è stata gestita dal Dipartimento di Stato (circa il 30%) e il resto da altri enti (Ministero del Tesoro, Dipartimento della Sanità, Millennium Challenge Corporation e altre 16 Agenzie minori)[ix].

**Figura 1. Aiuti pubblici allo sviluppo erogati da diversi Paesi (Miliardi di dollari, 2023).** Fonte: OECD (Organization for Economic Co-operation and Development), November 20th 2024,

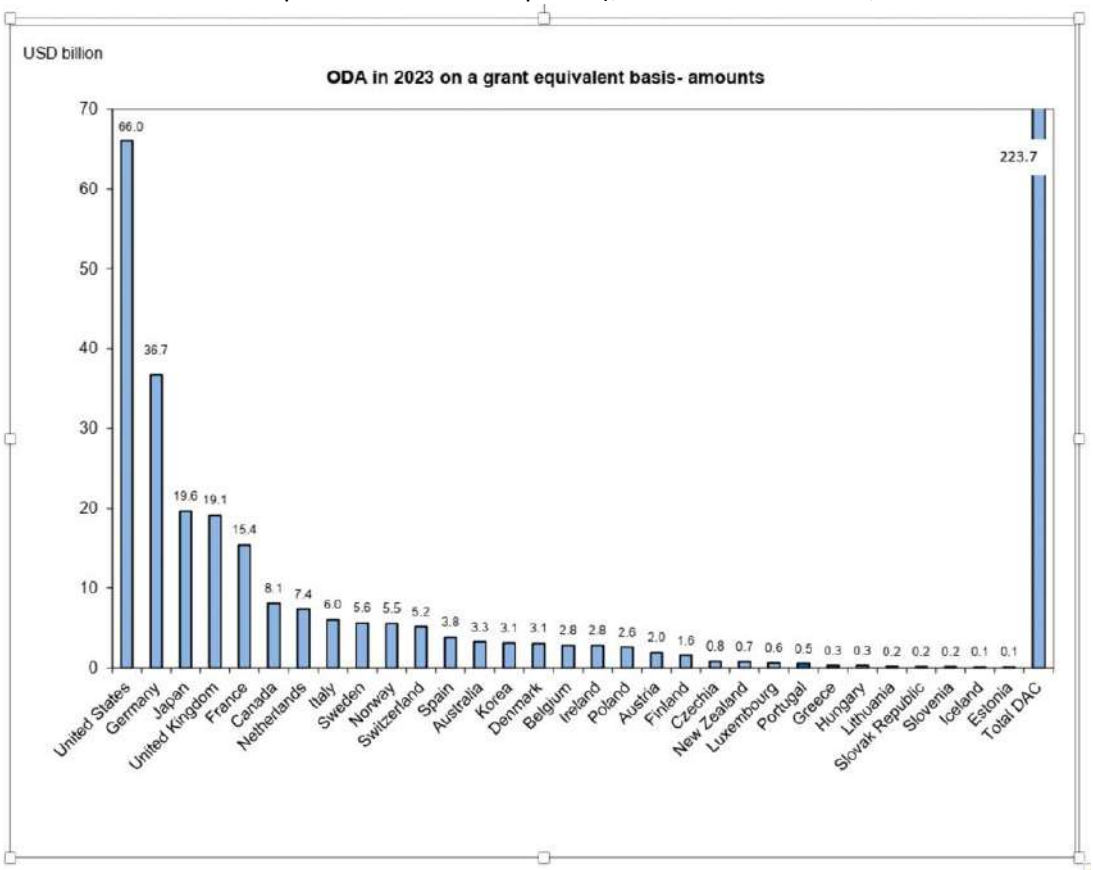
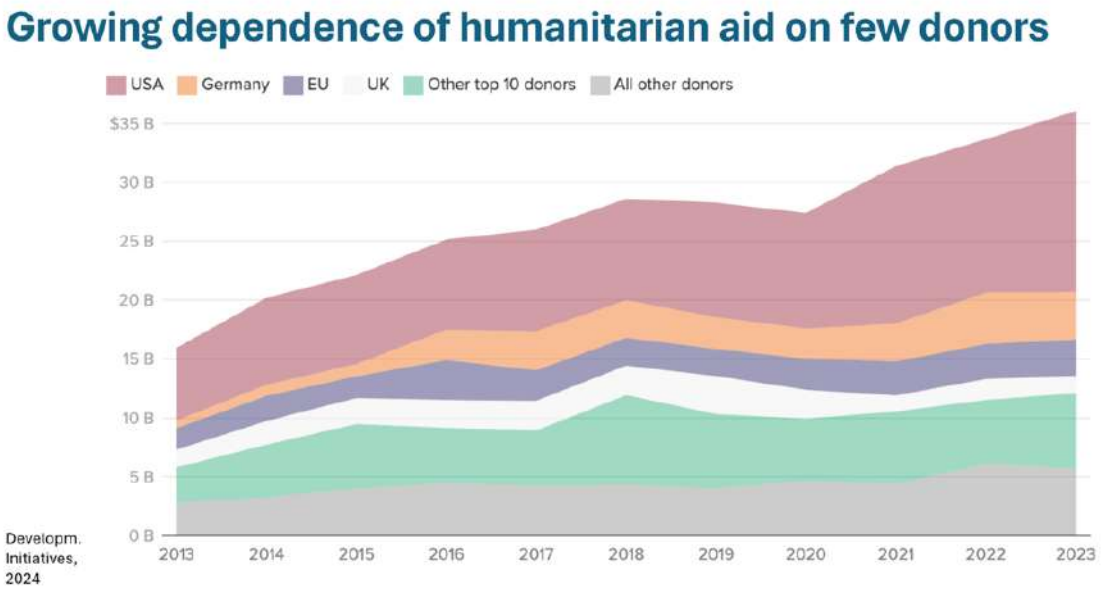


**Figura 2. Crescente dipendenza dall'aiuto umanitario in mano a pochi donatori. (2024).** Fonte: Pearson M, Humanitarian Aid's Extreme Donor dependency problem in five charts, The New Humanitarian, March 4th 2025




**USAID, è stata fondata nel 1961 dal Presidente John F. Kennedy**. Da allora, ha gestito circa il 60% degli APS statunitensi. Fino al 20 gennaio scorso, era presente in circa 130 paesi e impiegava circa 10.000 persone. Il 2 febbraio il Presidente ha affermato che USAID è gestita da "*pazzi radicali*"[x]. Elon Musk, messo a capo del DOGE (Department of Government Efficiency) incaricato di effettuare tagli alla spesa pubblica in nome dell'efficienza, si è spinto più lontano, definendo USAID una "*organizzazione criminale*" e aggiungendo che "*è tempo che muoia*"[xi].

**Il 3 febbraio Marco Rubio ha nominato alla testa di USAID Pete Marocco che, per i suoi trascorsi, molti vedono come una sorta di "terminator".** Gli è stato affidato, in pratica, il compito di smantellare l'agenzia. Inquadriamo il personaggio: Marocco ha partecipato, assieme alla sua attuale moglie, all'assalto a Capitol Hill il 6 gennaio 2021; un video lo immortala mentre entra nell'edificio attraverso una finestra infranta[xii]. Credenziali inattaccabili. Almeno per l'attuale Amministrazione. Il 4 febbraio USAID ha notificato ai suoi dipendenti che sarebbero stati posti in "congedo amministrativo" a partire dall'8 febbraio, con alcune eccezioni.

**L'Amministrazione Trump, tramite la motosega maneggiata dal "consigliere" Elon Musk, intende mantenerne poco meno di 300:** il personale a cui è stato chiesto di restare, in una mail circolata il 6 febbraio, include 75 persone con incarichi gestionali, 78 nell'ufficio per l'assistenza umanitaria, 77 in quello per la salute globale, 21 in quello per il Medio Oriente e 12 in tutta l'Africa; questo porterebbe il totale del personale attivo di USAID da circa 10.000 a 289[xiii]. Agli americani impiegati all'estero con USAID sono stati "concessi" 30 giorni per fare i bagagli e rientrare, dopo di che, le spese per il rientro sarebbero state a loro carico. L'ondata di licenziamenti in massa, che non riguarda solamente USAID, non causa "solamente" un dramma angoscioso per migliaia di persone che si ritrovano senza lavoro dalla sera alla mattina. Causa, anche, una importante perdita di capitale umano: decenni di esperienze, conoscenze, riflessioni, sconsideratamente cestinate con uno scriteriato tratto di penna.

**La scure dei tagli non risparmia nemmeno PEPFAR, mettendo a rischio la vita di milioni di persone**
**Il Segretario di Stato ha esentato dal blocco decretato il 24 gennaio "*programmi di assistenza umanitaria e aiuti alimentari di emergenza*". Ciononostante, è risultato estremamente difficoltoso sbloccare i fondi "*esentati*" anche perché "Phoenix", il sistema di pagamento dell'USAID, risultava inaccessibile**[xiv]. Fra i Programmi gestiti dal Dipartimento di Stato spicca il PEPFAR (President's Emergency Plan for Aids Relief),

istituito nel 2003 dal Presidente George W. Bush. Questo programma ha investito, fino ad oggi, più di 110 miliardi di dollari finanziando la formazione di personale sanitario, il rafforzamento delle capacità di laboratorio, la fornitura di farmaci antiretrovirali ai portatori di HIV (Human Immunodeficiency Virus), la prevenzione di nuove infezioni, il rafforzamento dei sistemi sanitari nel loro complesso. In un documento pubblicato nel ventesimo anniversario del lancio del Programma, il CSIS (Center for Strategic and International Studies), basato a Washington, stima che il PEPFAR abbia salvato almeno 25 milioni di vite, evitato il contagio da HIV da madri sieropositive ad almeno 5,5 milioni di bambini e permesso ad almeno 20 milioni di persone l'accesso a terapie antiretrovirali[xv].

**Nonostante il Segretario di Stato abbia esentato molte delle attività del PEPFAR dal blocco agli aiuti, molte agenzie, fra le quali Médécins Sans Frontières, hanno affermato che l'accesso ai fondi e, di conseguenza, l'attuazione delle attività relative, resta difficoltoso e, spesso, impossibile.** Inoltre, molte attività essenziali per la prevenzione e il trattamento dell'HIV non sono incluse nella esenzione come la Profilassi pre-Esposizione per i più vulnerabili, incluse le persone LGBTQ e i "sex workers", gli interventi specifici per ragazze adolescenti e giovani donne nei paesi ad alta prevalenza e i programmi di monitoraggio guidati dalle comunità. Sono tutte attività essenziali per il controllo dell'epidemia di HIV[xvi]. Non si sta "solamente" mettendo a rischio la vita di milioni di persone. Si sta concretamente rischiando una recrudescenza delle infezioni da HIV. Ma questo non pare turbare la squadra di guastatori al potere negli Stati Uniti.

**Previsioni drammatiche**

**Vale la pena citare un documento di 20 pagine datato 4 marzo redatto da Nicholas Henrich, responsabile ad interim presso la USAID per la Salute Globale, posto, anche lui, in congedo amministrativo.** Nel documento Henrich prevede che la sospensione, anche temporanea, dei fondi erogati dalla USAID potrà provocare, fra l'altro, nel corso di un anno: **fino a 18 milioni di casi aggiuntivi di malaria e fino a 166.000 decessi aggiuntivi; 200.000 bambini paralizzati dalla poliomielite e centinaia di milioni di infezioni; un milione di bambini malnutriti non trattati; più di 28.000 nuovi casi di malattie infettive come Ebola e Marburg.** Le conseguenze non sarebbero unicamente di carattere sanitario ma, ovviamente, anche di carattere politico e sociale mettendo a rischio la stabilità di paesi e regioni già fragili. Questo aumenterebbe i rischi per la sicurezza nazionale, la stabilità economica e la salute pubblica degli stessi Stati Uniti[xvii]. Come sosteneva Oscar Wilde, "*Le previsioni sono sempre pericolose … specialmente quando riguardano il futuro*". Ciononostante, il documento di Henrich, indipendentemente dalla accuratezza delle previsioni, rappresenta un importante richiamo alla realtà. E, anvhe, al comune buon senso che, a quanto pare, non è affatto "*comune*".

**Centinaia di denunce e decine di sentenze … irrilevanti?**

**La tempesta di brutali ordini esecutivi scatenata da Trump dal 20 gennaio in poi ha sollevato non solo critiche, preoccupazioni e stordimento a livello planetario ma anche numerose denunce e numerose sentenze che vi si sono opposte**. Al 5 marzo, le denunce sono state centinaia; 41 sentenze hanno sospeso, almeno temporaneamente, l'esecuzione di alcuni di quegli ordini esecutivi, ma molte non sono state rispettate[xviii]. Il 13 febbraio Amir Ali, Giudice del Distretto di Columbia, ha ingiunto alla Amministrazione di "scongelare" circa due miliardi di dollari dovuti da USAID per attività già completate. Lo stesso giudice ha reiterato la sua ingiunzione 12 giorni più tardi dal momento che l'Amministrazione non la aveva rispettata[xix]. In seguito un giudice della Corte Suprema, John Roberts, ha sospeso l'ingiunzione del Giudice Amir Ali[xx]. **Infine, il 5 marzo, la Corte Suprema ha ordinato a USAID e al Dipartimento di Stato di pagare i due miliardi di dollari di cui sopra. La Corte ha emesso questa sentenza con una risicata maggioranza di 5 a 4**[xxi]. I quattro giudici conservatori che hanno votato contro, si sono detti "sbalorditi" dalla sentenza definendola "… *un passo falso molto disdicevole che premia un atto di arroganza giudiziaria e impone una sanzione di 2 miliardi di dollari ai contribuenti americani*". Tutto ciò è sbalorditivo, considerando, fra l'altro, che l'ordine di pagamento riguarda attività già eseguite.

**https://www.saluteinternazionale.info/2025/03/la-politica-della-crudelta/**

## *Scenari del SSN*


THE LANCET *Regional Health*
Europe

Questo diario Riviste Pubblicare Clinico Salute globale Multimedia Eventi Di

CORRISPONDENZA · Online prima, 101250, 10 marzo 2025 · *Accesso Libero*

Riconoscere i limiti dei 21 diversi sistemi sanitari regionali italiani: un'opportunità di cambiamento?

Prisco Piscitelli [a,b] · Alessandro Miani [c] · Francesco Schittulli [d] · Filippo Anelli [e] · Loreto Gesualdo [f] · Annamaria Colao

L'editoriale recentemente pubblicato da The Lancet Regional Health-Europe sta acquisendo notevole visibilità in Italia, in quanto mette in luce la frammentazione del sistema di dati sanitari italiano. 1
Sottolinea inoltre le potenziali disuguaglianze derivanti dalla decisione di suddividere il Sistema Sanitario Nazionale – istituito nel 1978 seguendo il modello "universalistico" britannico per garantire equità nell'accesso ai servizi sanitari – in 21 distinte organizzazioni regionali (tra cui due province autonome), caratterizzate da diversa qualità di performance a partire dall'adozione di questa riforma di "decentramento" nel 2001. 1
Questa iniziale disomogeneità ha generato discrepanze nel garantire i "Livelli Essenziali di Assistenza" (LEA) ai cittadini residenti in regioni diverse, che continuano a spostarsi dal Sud al Nord Italia, trasferendo così risorse finanziarie aggiuntive dal bilancio delle regioni più povere a quelle più ricche.
Inoltre, il sistema è rimasto principalmente incentrato sui ricoveri di pazienti acuti, mentre il numero di posti letto è stato ridotto passando da 9,9 a 3,3 per 1.000 abitanti dal 1980 a oggi.
Ciò ha prodotto in ultima analisi la crisi dei pronto soccorso (imbuti in cui i pazienti possono rimanere giorni prima di essere ricoverati), spesso utilizzati per fornire assistenza che potrebbe essere erogata a livello ambulatoriale, insieme al fenomeno critico delle "liste di attesa", per cui i pazienti si recano per visite o esami privati.
Senza generare progressi sostanziali nell'efficienza del sistema, la riforma potrebbe ridurre anche l'accessibilità dei servizi, nel quadro di 21 diversi sistemi regionali con un diverso livello di qualità e capacità di erogare i LEA, dove i premi annuali aumentano il bilancio delle regioni più virtuose lasciando indietro quelle che necessitano di maggiori investimenti. 2–5
La scarsa interoperabilità tra regioni e ospedali (anche privati) del sistema dati sanitari e la mancanza di un database completo delle cartelle cliniche dei medici di medicina generale rientra in questo quadro. 1
La conseguente riduzione osservata nel numero di studi clinici in Italia rappresenta un ulteriore grave problema, poiché la qualità dell'assistenza medica migliora laddove si svolge una buona ricerca. 1
Riteniamo che sia nell'interesse dei cittadini italiani ricentralizzare almeno alcune funzioni del sistema (è stata presentata una specifica petizione al Parlamento), a partire dal coinvolgimento dei clinici nello sviluppo di una Cartella Clinica Elettronica (HER) unica contenente tutte le informazioni generate per ciascun paziente (dai medici di medicina generale ai ricoveri ospedalieri e agli screening oncologici), affinché HER possa rappresentare un modello efficiente di interoperabilità dei dati e un "game-changer" per i medici.
La creazione di un unico centro acquisti nazionale per dispositivi/forniture mediche potrebbe anche ridurre al minimo le discrepanze di costo tra regioni e generare risparmi finanziari da utilizzare per ridurre le disuguaglianze sanitarie.
Nonostante i suoi limiti, va riconosciuto l'impegno del sistema sanitario italiano nel fornire servizi medici gratuiti a qualsiasi "persona" (cittadini ma anche turisti o persino immigrati clandestini).
Sarebbe interessante per la nostra comunità medica italiana valutare il livello di interoperabilità e accessibilità dei dati dei sistemi sanitari di altri paesi analizzati dalle Commissioni Lancet che lavorano sulle disuguaglianze sanitarie.

Siamo fiduciosi che il dibattito innescato da The Lancet Regional Health-Europe 1 potrebbe aiutare l'Italia a riconoscere i problemi e ad adottare soluzioni adeguate grazie alle risorse messe a disposizione dal fondo di ripresa post-pandemia dell'UE (PNRR) e agli sforzi del Ministero della Salute italiano.

**https://www.thelancet.com/journals/lanepe/article/PIIS2666-7762(25)00042-0/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email**




L'editoriale dedicato al Servizio Sanitario Nazionale italiano affronta numerosi aspetti, ognuno dei quali merita di essere approfondito. 1

Mi soffermo su un solo punto specifico: la gestione dei dati sanitari nella ricerca. In particolare, vorrei sottolineare che quanto descritto sulla ricerca corrisponde solo in parte alla realtà per quanto riguarda: a) 'piattaforma centrale'; b) 'comitati di singole istituzioni'.

È importante considerare che esiste una profonda differenza tra, da un lato, le sperimentazioni cliniche sui medicinali e le indagini cliniche sui dispositivi medici e, dall'altro, tutti gli altri tipi di ricerca basati sui dati sanitari.

Per le sperimentazioni cliniche sui medicinali esiste una piattaforma presso l'Agenzia nazionale per i medicinali (AIFA) e, soprattutto, la piattaforma europea prevista dal Regolamento (UE) 536/2014 (CTIS); per le indagini cliniche sui dispositivi medici è in fase di completamento la piattaforma prevista dal Regolamento (UE) 2017/745 (EUDAMED). Per tutte le altre tipologie è assente una piattaforma centralizzata. È fondamentale promuovere, attraverso opportune misure nazionali, l'accessibilità e l'interoperabilità tra i diversi sistemi che raccolgono dati sanitari. Ciò è necessario anche per rendere disponibile per la ricerca l'ingente patrimonio di dati. I dati sono il pilastro per produrre conoscenza utile per i pazienti.

**B)**

A seguito del decreto del Ministero della Salute del 26 gennaio 2023 non esistono più i 'comitati di singoli enti': sono stati istituiti invece quaranta Comitati Etici Territoriali (CE) e tre CE Nazionali, totalmente indipendenti dai singoli enti. 2 Solo in due regioni (Puglia e Sicilia) sono presenti anche CE Locali collegati ai rispettivi enti. I CE Locali hanno competenze limitate: non sono autorizzati a valutare sperimentazioni cliniche su medicinali, indagini cliniche su dispositivi medici, né studi farmacologici osservazionali, ma possono valutare studi basati su dati sanitari.

Pertanto, è fondamentale per entrambi gli aspetti (a e b) il fatto che, secondo la legge n. 3/20183, il Centro nazionale di coordinamento dei CE territoriali, da me presieduto, ha competenza solo in materia di sperimentazioni cliniche sui medicinali e di indagini cliniche sui dispositivi medici. Di conseguenza, tutti gli studi osservazionali non farmacologici, basati su registri o dati del mondo reale, non sono regolamentati da

una legislazione adeguata, né esiste un coordinamento dei CE per la loro valutazione.4 È necessario modificare e integrare la legislazione per porre rimedio a questa situazione, che va a discapito della ricerca e, quindi, dei pazienti che potrebbero trarre beneficio dalla ricerca.

**https://www.thelancet.com/journals/lanepe/article/PIIS2666-7762(25)00052-3/fulltext**

quotidianosanità.it

## La sanità pubblica, un campo di "incoerenze"

**di Ivan Cavicchi**

**14 MAR** -

*Gentile direttore*,

ho la sensazione, leggendo ogni giorno questo giornale, che la sanità pubblica stia diventando sempre di più un campo crescente di "incoerenze". Evito di fare degli esempi anche eclatanti per evitare di essere fiscale e per evitare di puntare il dito contro qualcuno. Vorrei limitarmi a riflettere semplicemente su quanto sia faticoso essere coerenti.

Essere coerente con l'art 32 oggi non è facile perché non è facile se non impossibile essere coerente con un diritto che non è più fondamentale. Non è facile definire una medicina per la persona se la medicina resta fondamentalmente una scienza della natura e quindi dei fatti biologici. Non è facile difendere la sanità pubblica se essa si continua a privatizzarla.

**Il mischiotto**

Secondo me inoltre ormai non esiste una chiara giustapposizione tra le coerenze, da una parte, e le incoerenze dall'altra. In sanità tutto si mischia cioè tutto diventa un conglomerato sia di coerenze che di incoerenze ma con gradienti di coerenze o di incoerenza tra loro molto diversi.

La Cgil non si può dire che sia un sindacato neoliberista perché sostiene il welfare aziendale però nel momento che sostiene il welfare aziendale essa diventa un sindacato a un tempo quasi neo-liberista e quasi welfarista. La stessa cosa vale per la Bindi che prima fa la seconda gamba e dopo per lavarsi la coscienza mette in piedi una associazione per la difesa dell'art 32. Ma anche per il PD che prima privatizza la sanità e poi chiede surrettiziamente la sanità pubblica ma per rifinanziare la sanità privata.

Il gradiente, in matematica come si sa, è una "funzione scalare" cioè una grandezza che può essere alta o bassa. In un caso cioè se la coerenza è alta le contraddizioni sono minime nel secondo caso se la coerenza è bassa le contraddizioni sono massime.

**Quasi coerenza**

Insomma, per farla breve, a me sembra che in sanità sono presenti contestualmente più valori di verità, rispetto a quelli classici "coerente/incoerente". Cioè vi sono un sacco di "quasi coerenze" e un sacco di "quasi incoerenze". Cioè a me pare che sia la coerenza che l'incoerenza, sono, entrambi questioni molto problematiche sorrette da soggetti politici a loro volta molto problematici come la Cgil il Pd e la Bindi, i sindacati, il forum per il diritto alla salute, medicina democratica, psichiatria democratica ecc .

Ai tempi della 833, una cosa o era vera o era falsa cioè il gioco era chiaro. Si sapeva cosa era un diritto e cosa era un interesse, cosa era pubblico cosa era convenzionato e cosa non lo era. Oggi le stesse cose possono essere sia vere che false. Quindi oggi la coerenza è sempre "quasi coerenza" e il contrario.

Per questo, per me, che mi considero più o meno come le vongole un “riformatore verace” stare dietro alla coerenza è una impresa estremamente faticosa.

**Due esempi correlati**

Vorrei fare due esempi concreti correlandoli tra loro.

Il significato di salute dell’art 32 oggi è ampiamente superato perché oggi il senso del concetto di salute è cambiato e le leggi sulla salute sono cambiate. In questo caso per essere coerente con ciò al quale ho sempre creduto dovrei dire che l’art 32 è andato e che servirebbe una nuova idea di salute. Cioè dovrei dire che oggi essendo cambiato il “senso” dell’idea di salute, l’art 32 andrebbe quando meno ripensato, perché oggi è impossibile essere coerente con il suo significato originale.

Quindi per essere coerente oggi dovrei cambiare il mio pensiero cioè quel pensiero nel quale ho sempre creduto e verso il quale sono stato coerente per tutta la vita perché so che solo se cambio il mio pensiero posso cambiare la prassi e attuare il mio sogno.

Oggi a sinistra tutti continuano a dire che la “salute non è una merce” ma è un diritto, ma il diritto a cui si riferisce la sinistra, a causa delle controriforme neoliberiste, è stato trasformato in merce. Non per tutti sia chiaro, ma sicuramente per milioni e milioni di persone. Cioè per tutti coloro che funzionando male la sanità pubblica si vedono costretti a ricorrere al privato per essere curati.

Io quindi se volessi essere coerente dovrei, da una parte rifiutare la privatizzazione del diritto della Bindi, ma anche rifiutare la definizione di salute come merce della sinistra, ma siccome, il senso anche costituzionale del concetto di salute, è cambiato, dovrei anche inventare se possibile una nuova idea di salute.

Cioè siamo al triplo salto mortale e senza rete e cantando “bella ciao”.

**Che cosa è la coerenza?**

Ma che cosa è la coerenza? Kant nella "Critica del Giudizio" sostiene la tesi della “coerenza con sé stessi” cioè che le nostre azioni dovrebbero essere coerenti con le nostre convinzioni in modo che le nostre azioni riflettano i nostri valori e le nostre idee.

Giusto. Ma proviamo a capire cosa vuol dire essere coerenti con se stessi, quando siamo comunque dentro un mondo complesso che cambia continuamente. Se ragioniamo di relazioni quello che sostiene Kant è più facile da dirsi che da farsi. Che succede quando ad esempio il significato di salute, cambia perché come ho appena detto cambia il contesto sociale e culturale, cioè perché cambia il senso del mondo?

Oggi il significato scientifico di salute che è implicito nell’art 32 è completamente diverso dal senso del concetto di salute che è implicito negli articoli 9 e 41 della Costituzione. Allora in questo caso come faccio ad essere coerente con l’art 32 e con gli articoli 9 e 41?

Peirce, che non è un illuminista come Kant, ma addirittura è un pragmatista, sostiene più o meno la stessa cosa cioè che la coerenza tra ciò che si fa e ciò che si pensa è addirittura la base della nostra identità. Giusto come dargli torto. Wittgenstein diversamente da Kant e da Peirce ha sostenuto che è la logica che decide la coerenza dei fatti, non sono i fatti che decidono la coerenza della logica. I fatti, secondo Wittgenstein, sono determinati da un intreccio di cose, ma in maniera tale che all'interno di queste cose sono, in un certo senso, "pre-determinati".

Giusto ma questa idea di coerenza di Kant di Peirce e di Wittgenstein, tra pensiero, quindi, logica e prassi che fine fa dentro le relazioni con la complessità del mondo e della realtà? Cioè nella realtà?

**Mettere in relazione gli ideali con la realtà**

Questo è il problema. Per me che è una vita che cerco di essere coerente con i mei ideali sulla salute e sulla sanità pubblica si tratta di mettere questi benedetti ideali in relazione con la realtà quindi per me è questa relazione che decide le prassi. Non altro. Gli ideali, per me, prima se la dovrebbero vedere con la realtà e solo dopo essersi sintonizzati con essa, alla fine dovrebbero dirci cosa fare con le prassi

Non credo che possa darsi coerenza senza usare la realtà come termine medio, cioè, quel termine, attraverso il quale, io riesco a mediare i rapporti tra pensiero e prassi.

La coerenza per me è una prassi che viene fuori ma solo dopo che il mio pensiero ha fatto i conti con la realtà. Ma questo esame con la realtà nessuno sembra in grado di farlo. Meno che mai quella sinistra alla sinistra del PD che continua apologeticamente a riferirsi al suo passato cioè a una realtà che non c’è più.

**La coerenza nonostante l'incoerenza**
Essere coerente con le proprie idee, non è esattamente, come dicono Kant o Peirce o Wittgenstein, riprodurre con un pantografo dei disegni in altri disegni, cioè dei pensieri in prassi. Per me il difficile oggi è riuscire ad essere coerente nonostante l'enorme incoerenza. Cioè trovare i modi giusti per essere coerente nonostante l'incoerenza sia prevalente.
Oggi la coerenza non ha la meglio, ma non solo perché il neoliberismo cioè i cattivi vincono sui buoni cioè sui diritti ma anche perché i buoni, come dimostra la sinistra hanno enormi difficoltà ad essere coerenti nelle relazioni con la realtà.
Oggi i buoni non sono capaci neanche di cambiarsi le mutande figurarsi se sono capaci di avere una strategia di cambiamento o come dico da tempo un pensiero di riforma.
Non basta essere buoni o essere di sinistra per essere coerenti. Non basta essere coerente con i propri ideali per essere dei riformatori.

**Essere riformatori veraci**
Per essere coerenti è necessario saper ripensare il mondo quando è necessario ripensarlo, cioè essere dei riformatori veraci. Cioè regolare il proprio pensiero nella realtà che c'è. Ma che è esattamente quello che ad esempio la sinistra alla sinistra del PD non è in grado di fare. Oggi la sinistra è solo apologia di robe andate ma essa non esprime mai un pensiero di riforma. Essa è solo in grado di fare apologia.
Se la sinistra di governo è diventata neoliberista e l'altra sinistra è diventato apologia del proprio passato, allora siamo davvero messi male.
L'incoerenza, in un modo o nell'altro, ci seppellirà tutti. Essa ucciderà i nostri sogni.

**Morire di fatica e crepare di fatica (conclusione)**
Si usa distinguere gli uomini dagli animali dicendo che i primi in genere "muoiono di fatica" e i secondi in genere "crepano di fatica", per esempio gli asini e i lupi. Per me essere coerente in sanità ha sempre significato "crepare" di fatica, esattamente come gli asini e come i lupi.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=128372

## *Sostenibilità della sanità*

NEJM Catalyst

IDEE EMERGENTI
NELL'EROGAZIONE
DELL'ASSISTENZA SANITARIA

**Jens Deerberg-Wittram**, MD, Guest Editor, *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery* Volume 6, Numero 4: Assistenza basata sul valore

Questo numero speciale di *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery* arriva in un momento speciale. Valori universali come la dignità umana, la libertà di parola e la sicurezza della persona, che per decenni sono stati la base della coesistenza pacifica all'interno e tra le nazioni, vengono relativizzati in modo sconsiderato o fondamentalmente sfidati in sempre più luoghi.
Di conseguenza, ci troviamo di fronte a una crescente ingiustizia, disuguaglianza e insicurezza. Sono i più deboli e gli impotenti a pagare il prezzo più alto per la mancanza di orientamento dei potenti verso valori universalmente validi.

Anche nell'assistenza sanitaria, dobbiamo stare attenti a non perdere di vista la promessa universale di una buona assistenza per tutti coloro che ne hanno bisogno, indipendentemente da razza, colore, sesso, religione o origine nazionale o sociale.
È fondamentale che i sistemi sanitari pratichino un'assistenza basata sul valore per ottenere i migliori risultati sanitari possibili per tutti a costi ragionevoli per la società. I modelli di assistenza orientati al paziente sono importanti tanto quanto le soluzioni di rimborso innovative che premiano l'assistenza di buona qualità e ne incoraggiano quindi l'uso.
In questo numero tematico sulla cura basata sul valore, troverete articoli provenienti da Nord America, Europa, Africa e Asia, che comprendono la cura primaria e specialistica, nonché condizioni mediche acute e croniche. L'ampiezza geografica dei contributi dimostra l'importanza globale della cura basata sul valore oggi, nonostante le grandi differenze nei sistemi di erogazione e pagamento dell'assistenza in tutto il mondo.

" Outcomes That Matter to Patients: ICHOM as a Catalyst for Value-based Care " di Jennifer Bright, MPA, Stefan Larsson, MD, PhD, e altri associati all'International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) descrive il lavoro di questa organizzazione, che dal 2012 ha creato una comunità globale di organizzazioni sanitarie provenienti da oltre 60 paesi, dedicate alla raccolta standardizzata e al confronto trasparente dei risultati sanitari.
ICHOM considera la misurazione dei risultati incentrata sul paziente come un punto di riferimento universale per la salute e il valore, e i suoi 46 standard pubblicati coprono il 60% del carico globale di malattia.

L'Insights Report di questo numero, " Progresso globale sull'assistenza basata sul valore ", si basa su un sondaggio condotto tra i membri del NEJM Catalyst Insights Council, che sono clinici e leader sanitari di tutto il mondo. Un terzo degli intervistati afferma che le proprie organizzazioni hanno già adottato l'assistenza basata sul valore, mentre un altro quarto afferma che lo farà nei prossimi anni.
Oltre tre quarti dei membri del Council ritengono che le politiche sanitarie nazionali dovrebbero supportare l'assistenza basata sul valore.
Quasi tutti gli intervistati affermano che l'assistenza basata sul valore dovrebbe essere insegnata come parte dell'istruzione clinica o della formazione continua. In sintesi, l'Insights Report mostra un'ampia adozione dell'assistenza basata sul valore a livello globale.

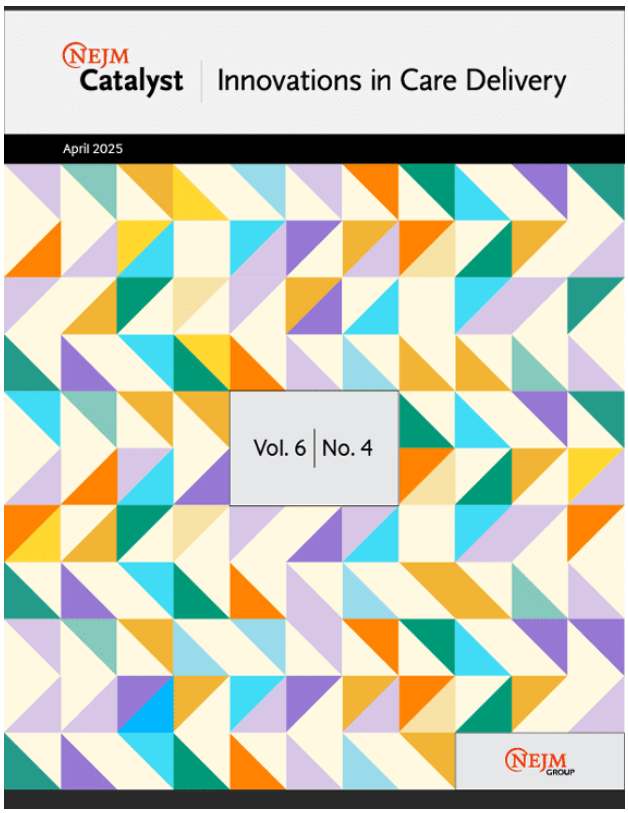
Diversi articoli e casi di studio mostrano come l'assistenza basata sul valore venga implementata con successo in un'ampia gamma di contesti. " Migliorare l'assistenza al diabete in Sud Africa tramite un modello di valore condiviso " di Jane Ball, MSc (Pharm), MSc (Beh.Sci) e colleghi di Discovery Health, un grande amministratore di assicurazioni sanitarie private e responsabile del rischio sanitario in Sud Africa, descrive un programma per migliorare i risultati del diabete di tipo 2 lavorando a stretto contatto con i medici.
Il programma ha dimostrato miglioramenti significativi nei tassi di test dell'HbA1c, nel controllo glicemico e nella stabilità della malattia tra i membri, nonché una riduzione complessiva delle spese sanitarie.

In " Value-Driven Care Methodology in Total Knee Replacement Surgery in Singapore ", Erna G. Santoso, MEng, MSc, e Diarmuid Murphy, MB, FRCSI, FRCS, del Value Driven Outcome Office presso il National University Health System (NUHS) di Singapore e colleghi del NUHS discutono della loro iniziativa pluriennale per visualizzare simultaneamente i risultati dei pazienti e i dati sui costi per la chirurgia del ginocchio. L'obiettivo è incoraggiare i chirurghi a innovare e applicare iniziative basate sui dati alla loro pratica clinica. In 5 anni, sono migliorati diversi risultati clinici, mentre la durata media della degenza è diminuita.

" Un nuovo contratto decennale basato sul valore per migliorare l'assistenza al diabete di tipo 1 nei Paesi Bassi " di Mary Lynch Witkowski, MD, MBA, della Harvard Business School e della Harvard Medical School, insieme ai coautori della Harvard Business School e di Diabeter, discute il contratto decennale tra Diabeter, che è un'unità di pratica integrata per l'assistenza al diabete di tipo 1, e Zilveren Kruis, una grande compagnia assicurativa sanitaria olandese, a metà del patto.

Oltre a mostrare un miglioramento nei punteggi HbA1c tra i pazienti Diabeter e un costo totale inferiore dell'assistenza correlata al diabete, questo studio di caso evidenzia il processo di negoziazione che è spesso richiesto per i contratti di assistenza basati sul valore.

Infine, in un commento, " Crossing the Chasm: How to Expand Adoption of Value-Based Care ", Farzad Mostashari, MD, ScM, con Aledade, e il consulente Geoffrey Moore, PhD, discutono i notevoli progressi dei Centri statunitensi per i servizi Medicare e Medicaid verso un'assistenza responsabile, ma descrivono anche le principali barriere che permangono prima dell'adozione diffusa dell'assistenza basata sul valore tra i fornitori. Offrono cinque raccomandazioni, a partire dall'assistenza primaria, per una transizione verso un'assistenza basata sul valore reale.
I contenuti di questo numero speciale dovrebbero dare a tutti ottimismo sul fatto che, nonostante i problemi apparentemente intrattabili di accesso, qualità e costi che le organizzazioni di fornitura di assistenza devono affrontare ovunque, esiste una strada da seguire.
L'assistenza basata sul valore è la chiave per raggiungere una buona salute a costi ragionevoli.
Ci auguriamo che imparerete e condividerete le innovazioni di questo numero mentre portate avanti questo lavoro per la vostra organizzazione.




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

quotidianosanità.it

# Oms/Europa. Bastano 25 misure di sanità pubblica, in cinque anni, per migliorare la salute delle persone

*Un articolo su "The Lancet Regional Health - Europe" ha analizzato per la prima volta come i cosiddetti acquisti rapidi, impattano positivamente sulla salute della popolazione in Europa e nell'Asia centrale, in un singolo ciclo politico. Tra questi l'aumento delle accise su tabacco, alcol e cibi non sani; la riformulazione di prodotti alimentari e bevande con un contenuto inferiore di sale, zucchero e grassi e la vaccinazione contro Hpv e lo screening del cancro cervicale*

Venticinque politiche e interventi sanitari concreti possono, in un lasso di tempo relativamente breve, contribuire individualmente e collettivamente ad affrontare l'enorme peso delle malattie croniche nella regione europea dell'Oms

Un nuovo articolo pubblicato su *"The Lancet Regional Health – Europe"* dagli esperti di malattie non trasmissibili (Ncd) dell'Oms/Europa ha analizzato per la prima volta esattamente come specifiche misure di sanità pubblica, i cosiddetti acquisti rapidi, possano avere un impatto positivo sulla salute della popolazione in Europa e nell'Asia centrale in appena 5 anni. Azioni che dimostrano come i decisori politici e i politici possano ottenere risultati misurabili nella lotta alle malattie non trasmissibili nell'arco di un singolo ciclo politico.

Le Ncdpremature e prevenibili rappresentano un importante onere finanziario nazionale a causa della perdita di produttività. I risultati dell'Oms/Europa offrono quindi una guida ai decisori politici che decidono su interventi che possono fornire rapidi benefici economici e di salute pubblica e che si allineano con cicli politici a breve termine. Illustrano anche percorsi fattibili per i paesi per accelerare rapidamente i progressi verso gli obiettivi di salute globale dell'Obiettivo di sviluppo sostenibile a cui si sono impegnati.

**Le malattie non trasmissibili sono la principale causa di morte e disabilità in tutto il mondo.**

Nella regione, rappresentano il 90% di tutti i decessi e l'85% delle disabilità, tra cui la cattiva salute mentale (dati 2019). Una percentuale significativa di decessi per malattie non trasmissibili avviene prematuramente (prima dei 70 anni).

Si stima che il 60% di tutti i decessi evitabili per Ncd siano dovuti a cause prevenibili e potrebbero essere affrontati riducendo l'uso di alcol e tabacco, diete non sane e inattività fisica. Il restante 40% può essere affrontato con trattamenti appropriati, come una risposta rapida ad attacchi cardiaci e ictus.

"Gli Stati membri della regione e i partner sanitari mi chiedono costantemente: 'Cosa possiamo fare per ridurre i danni delle malattie non trasmissibili nei nostri paesi, dalle malattie cardiovascolari ai tumori, nel modo più conveniente?' - ha affermato il dott. **Hans Henri P. Kluge**, direttore regionale dell'Oms per l'Europa - grazie alla nostra nuova ricerca, ora possiamo indicare questi acquisti rapidi che possono fornire rapidamente benefici misurabili per la salute pubblica, se c'è la volontà politica di adottarli e implementarli in modo ottimale. Queste azioni possono aiutare i governi a: rispettare i loro impegni in materia di salute, compresi gli obiettivi chiave nell'ambito degli Obiettivi di sviluppo sostenibile del 2030; far crescere le loro economie; e garantire che, mentre le persone vivono più a lungo nella nostra Regione che sta rapidamente invecchiando, conducano anche vite sane, libere da malattie e disabilità".

**Acquisti rapidi**

L'Oms ha precedentemente identificato i migliori acquisti, misure comprovate ed economiche per affrontare le malattie non trasmissibili. E ora, può mostrare quali di queste misure forniscono i risultati più rapidi.

I 25 acquisti rapidi includono politiche mirate ai principali fattori di rischio (tabacco, alcol, dieta non sana e inattività fisica) e gruppi di malattie (malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie croniche e tumori).

Tra queste rientrano interventi quali l'aumento delle accise su tabacco, alcol e cibi non sani; la riformulazione di prodotti alimentari e bevande con un contenuto inferiore di sale, zucchero e grassi; l'implementazione dell'etichettatura nutrizionale sulla parte anteriore della confezione; il trattamento farmacologico

dell'ipertensione e degli eventi cardiovascolari acuti; la vaccinazione contro il papillomavirus umano (HPV) e lo screening del cancro cervicale."

**È giunto il momento di agire**

Lo studio è tempestivo, sottolinea una nota Oms/Europa. A settembre 2025 le Nazioni Unite terranno infatti il quarto incontro di alto livello sulle malattie non trasmissibili, in cui saranno esaminati attentamente i progressi dei paesi nel raggiungimento degli obiettivi globali sulle malattie non trasmissibili: "Sebbene siano stati compiuti progressi dimostrabili rispetto a obiettivi specifici nei paesi della regione, la regione nel complesso è fuori strada per raggiungere i propri impegni".

"Il tempo stringe - ha sottolineato il dott. **Gauden Galea,** autore principale dello studio e consulente strategico regionale dell'Oms/Europa sulle malattie non trasmissibili - ci auguriamo che questo nuovo studio abbia un impatto reale e aiuti ad alleviare le malattie e a prevenire morti inutili per cancro, malattie cardiovascolari e respiratorie e diabete nella nostra regione. Senza la rapida adozione di questi interventi comprovati, metà dei paesi del mondo non raggiungerà l'obiettivo dell'Obiettivo di sviluppo sostenibile di ridurre di un terzo la mortalità prematura correlata alle malattie non trasmissibili".

**Barriere e opportunità**

Sebbene gli autori dello studio sottolineino l'importanza di attuare tutti gli interventi economicamente vantaggiosi per ridurre efficacemente l'enorme onere sanitario ed economico delle malattie croniche, riconoscono le sfide politiche molto reali che i ministeri della Salute e altri decisori politici devono affrontare nel tentativo di proteggere e migliorare la salute pubblica in tempi ristretti.

La dott.ssa **Allison Ekberg,** coautrice dello studio e responsabile tecnico delle malattie non trasmissibili presso l'OMS/Europa, ha affermato: "Comprendiamo l'urgenza politica di fornire risultati politici tangibili. Incorporando la dimensione temporale, il nostro studio sottolinea che i leader che implementano queste misure possono spesso indicare benefici misurabili per la salute pubblica entro un solo anno, offrendo un'opportunità unica per creare un'eredità ".

**Morti evitabili**

**"**Non c'è nulla di normale o accettabile nell'alto livello di morti premature e prevenibili per malattie non trasmissibili nella nostra regione - ha sottolineato il dott. Galea - sebbene non possiamo eliminare del tutto queste malattie, una parte significativa di questo carico di malattie e di sofferenza umana può essere evitata implementando queste politiche. Riconosciamo che le industrie che traggono profitto dalla vendita di prodotti dannosi per la salute potrebbero ostacolare l'implementazione di questi interventi salvavita. Ecco perché gli acquisti rapidi richiedono un attivo sostegno pubblico e politico per garantirne l'emanazione e l'applicazione".

Il dott. Kluge ha concluso: "In definitiva, la salute è una scelta politica. Ci auguriamo che il nostro studio, con i suoi chiari risultati, apra la strada ai governi e ai decisori politici affinché adottino le misure coraggiose necessarie per prevenire e rispondere meglio al flagello delle malattie non trasmissibili e, così facendo, giovi alle generazioni future".

**https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=128571**

# Linee-guida cliniche e qualità delle cure

**Giulio Formoso**, *Azienda USL-IRCCS Reggio Emilia*, *Associazione Alessandro Liberati*

*Investire in un'agenzia nazionale per la stesura, la promozione e l'implementazione delle linee-guida non è solo un'esigenza pratica, ma una scelta strategica per migliorare la qualità delle cure e ottimizzare l'utilizzo delle risorse, aspetto quanto mai cruciale in presenza di un Servizio Sanitario sottofinanziato.*

**In Italia, le linee-guida per la pratica clinica sono sotto i riflettori soprattutto perché la legge Gelli-Bianco (legge 8 marzo 2017, n. 24) le indica come uno dei riferimenti per valutare la responsabilità dei medici in caso di contenzioso**. Come recita l'articolo 5 della legge "*gli esercenti le professioni sanitarie … si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee-guida …*"[1]. Queste, quando disponibili, sono pubblicate sul sito del Sistema Nazionale Linee-Guida (SNLG) e dovrebbero rappresentare un riferimento da contestualizzare ai casi concreti. Esiste tuttavia un aspetto più generale e rilevante: **l'utilizzo delle linee-guida per promuovere l'appropriatezza**. Da sempre oggetto di dibattito, quando non di polemica, tra chi sostiene l'importanza della libertà dei clinici di decidere "in scienza e coscienza" senza ipotetiche costrizioni dovute alla necessità di riferirsi a standard; e chi sottolinea la necessità di maggiore trasparenza nelle scelte cliniche sulla base delle prove scientifiche disponibili, valutata la loro validità e trasferibilità. Dei problemi relativi alla realizzazione, qualità e implementazione delle linee-guida per la pratica clinica, considerando la loro rilevanza per clinici e pazienti e anche la loro importanza dal punto di vista normativo, si è parlato nel convegno (riunione) annuale 2024 dell'Associazione Alessandro Liberati – Cochrane Affiliate Centre, cui hanno partecipato metodologi, clinici e giuristi approfondendo alcuni limiti e criticità della situazione attuale. Di seguito alcune riflessioni a partire dalle discussioni fatte sul tema.

**Limiti della legge Gelli-Bianco: chi fa linee-guida, e con quali risorse?**

**Alla legge Gelli-Bianco può essere riconosciuto il merito di porre il problema di un criterio di riferimento che migliori la trasparenza dell'agire medico e tuteli sia i pazienti sia i professionisti sanitari,** ferma restando la consapevolezza che le linee-guida rappresentano un supporto informativo basato idealmente sulle migliori conoscenze *disponibili*, che richiede tuttavia una valutazione di applicabilità da parte del clinico. A parte queste ovvie considerazioni, l'applicazione pratica della normativa rivela **una serie di problematiche** relative alla qualità e alla disponibilità delle linee-guida cui potersi riferire. Anzitutto, un aspetto cruciale è rappresentato dai **criteri di accreditamento per gli enti abilitati a produrre le linee-guida** cui la legge Gelli-Bianco fa riferimento. Esse, infatti, dovrebbero essere "*elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche … iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della Salute …*". Ma chi è entrato in questo elenco (si tratta di ben "411 società scientifiche e tecnico-scientifiche"[2]) è davvero in grado di produrre linee-guida di adeguata qualità e al riparo da conflitti di interesse? La maggior parte delle linee-guida attualmente disponibili sul sito dell'SNLG sono state prodotte da società scientifiche, che spesso dipendono finanziariamente dai produttori di farmaci o dispositivi medici. Questo contesto rende da sempre difficile garantire indipendenza e imparzialità.[3] Le stesse società scientifiche, in un sondaggio che ha coinvolto 194 di esse, hanno oltretutto riconosciuto tra le principali criticità la complessità nello sviluppo di linee-guida (51% dei rispondenti) e le inadeguate competenze a propria disposizione (34% dei rispondenti) oltre alla limitata disponibilità di risorse economiche (63% dei rispondenti).[4]

**Per quanto riguarda la validità e la trasferibilità delle linee-guida, spesso non è chiaro se i criteri di valutazione di quelle che entrano a far parte dell'SNLG, enunciati in un manuale metodologico[5], siano efficacemente (e non solo formalmente) applicati al fine di selezionare documenti metodologicamente adeguati:** che siano cioè realizzati da panel multidisciplinari con una composizione effettivamente coerente

rispetto al problema clinico affrontato; che si basino su una revisione realmente sistematica delle prove scientifiche disponibili; che definiscano la forza delle raccomandazioni considerando, oltre alla qualità delle prove, la loro applicabilità al contesto italiano e la rilevanza per i pazienti; che non siano condizionati da conflitti di interesse; e che definiscano percorsi per facilitare l'implementazione delle raccomandazioni.

**La realizzazione di linee-guida metodologicamente adeguate, oltre all'expertise nell'ambito di panel multidisciplinari, richiede tempo. Ciò pone problemi, oltre che di risorse impegnate, di tempestività di realizzazione e di aggiornamento.** Motivo per cui, quando non è possibile avere linee-guida propriamente dette, la legge Gelli-Bianco prevede la possibilità di affidarsi alle buone pratiche clinico assistenziali. Sul sito dell'SNLG queste sono definite come "*documenti contenenti raccomandazioni clinico-assistenziali ritenute efficaci, sicure ed appropriate dalla comunità scientifica internazionale, perché basate su solide prove di efficacia, che vengono sviluppate in modo rapido in quanto le tempistiche e/o il budget disponibile non consentono i processi standard seguiti per la produzione di linee guida*". Per il loro sviluppo è stato recentemente prodotto un altro manuale metodologico[6], che rappresenta un tentativo di definire quali caratteristiche dovrebbero avere tali buone pratiche, dato che i vari modi con cui sono state definite (da "indicazioni di buon senso clinico"[7] a "linee-guida attualmente vigenti"[8] a "percorsi assistenziali, basati su standard di qualità e sicurezza … che hanno origine da evidenze, letteratura e/o da organizzazioni sanitarie"[9]) pongono il rischio di interpretazioni fortemente soggettive e selettive.

**Il manuale metodologico evidenzia quelli che sono i criteri fondamentali per la realizzazione di buone pratiche clinico-assistenziali (sostanzialmente gli stessi delle linee-guida).** Quando saranno disponibili documenti redatti in base a questi criteri potremo valutare se essi potranno rappresentare un accettabile compromesso in termini di disponibilità di informazioni e qualità metodologica rispetto a linee-guida vere e proprie.

Sembra tuttavia del tutto azzardato l'auspicio, espresso da alcune parti, che le buone pratiche possano sostituire *tout court* le linee-guida come riferimenti per l'uso appropriato degli interventi sanitari, soprattutto considerando che lo sviluppo di tali documenti sembra ancora una volta affidato "*all'interlocuzione con le Società Scientifiche*"[10] e quindi potenzialmente gravato da conflitti di interesse oltre che da carenza di competenze.

**La difficoltà nel disporre di linee-guida o di buone pratiche e – quando disponibili – di poterle contestualizzare a casi specifici, ha portato alla proposta (da parte di una Commissione voluta dal Ministro della Giustizia Nordio) di modificare l'art. 5 della legge Gelli-Bianco** considerando, oltre a linee-guida e buone pratiche, "*altre scelte diagnostiche e terapeutiche adeguate alle specificità del caso concreto*"[11]. Per quanto sia comprensibile la preoccupazione di non essere spesso in grado di adattare delle raccomandazioni a casi specifici, non bisognerebbe utilizzare questo argomento per bypassare la necessità di avere a disposizione raccomandazioni che derivano da un'analisi sistematica delle conoscenze disponibili. Se il problema è quello di tentare di realizzare un deterrente per denunce e cause civili, la modifica dell'articolo 5 con l'aggiunta di cui sopra porrebbe il rischio di inserire un elemento di ulteriore soggettività di valutazione dell'agire medico, per cui anche scelte poco o affatto supportate dalle evidenze disponibili potrebbero risultare in qualche modo giustificabili. Partendo dall'idea di avere linee-guida rigorose (quelle attualmente presenti nel SNLG sono spesso difficilmente definibili come tali) passando per il compromesso delle "buone pratiche", va considerato **il rischio che venga tacitamente e progressivamente accettata una sorta di regressione culturale verso un'era pre-EBM** in cui la valutazione dell'appropriatezza delle scelte sulla base delle migliori conoscenze disponibili non sia più considerata centrale in sanità pubblica.

**La necessità (e sostenibilità) di una strategia nazionale**

**Esiste dunque un problema di disponibilità di linee-guida adeguate, trasferibili e al riparo da conflitti di interesse, oltre che un problema di tempestività di realizzazione e aggiornamento.** Linee-guida che possano esplicitare le aree di incertezza rispetto alle quali occorrerebbe fare nuova ricerca. Ma esiste anche il problema di promuovere l'implementazione di tali linee-guida: quando disponibili, il loro trasferimento nella pratica clinica non è scontato e richiede strategie a livello locale, che possono tuttavia essere definite nelle stesse linee-guida. **Al momento, non esistono finanziamenti pubblici per la realizzazione di un programma**

**organico per lo sviluppo di linee-guida. All'interno dell'Istituto Superiore di Sanità è stato eliminato il Centro Nazionale per l'Eccellenza Clinica (che era peraltro costituito di sole 3 persone) dove era incardinato il SNLG.** L'Italia avrebbe invece proprio bisogno di un'agenzia nazionale che coordini lo sviluppo di linee-guida e le relative strategie di implementazione, sul modello del NICE britannico. Con una spesa netta di 60 milioni di sterline nel periodo aprile 2023-marzo 2024 (17 dei quali dedicati alla realizzazione di linee-guida) e uno staff di circa 800 professionisti[12], **il NICE rappresenta un investimento relativamente modesto che può avere un impatto significativo, promuovendo l'uso appropriato di farmaci e interventi sanitari e riducendo gli sprechi**. Quantificare questi ultimi è sempre operazione piuttosto complessa, ma se l'OCSE ha prodotto una loro stima orientativa nell'ordine del 20% della spesa sanitaria[13], possiamo considerare che il loro ordine di grandezza in Italia (considerando l'entità del Fondo Sanitario Nazionale di circa 130 miliardi di euro) eccederebbe almeno di un fattore 100 (probabilmente abbastanza più di così) il budget di un'agenzia come il NICE. Che quindi potrebbe, con ogni probabilità, non solo ampiamente "ripagarsi" promuovendo l'appropriatezza d'uso degli interventi sanitari per una migliore assistenza per cittadini e pazienti, ma anche permettere l'allocazione efficiente delle scarse risorse disponibili.[14] Le risorse per un progetto simile potrebbero tra l'altro essere reperite nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che destina ben 18,5 miliardi di euro alla Missione "Salute".

**Conclusioni**

**Investire in un'agenzia nazionale per la stesura, la promozione e l'implementazione delle linee-guida non è solo un'esigenza pratica, ma una scelta strategica per migliorare la qualità delle cure e ottimizzare l'utilizzo delle risorse, aspetto quanto mai cruciale in presenza di un Servizio Sanitario sottofinanziato**: i costi dell'inappropriatezza sono senz'altro superiori rispetto a quello del contenzioso giuridico,[15] che invece sembra rappresentare la principale preoccupazione che spinge verso le modifiche a livello normativo. Le competenze e le risorse finanziarie per realizzare una tale agenzia ci sarebbero (anzi: essa si ripagherebbe ampiamente), ma è necessaria una volontà politica chiara e determinata per tradurre queste potenzialità in realtà, a supporto di clinici e pazienti.

**Nonostante la necessità di garantire elevati standard qualitativi, è anche essenziale affrontare il problema dell'eccessivo impegno di risorse e tempo nella stesura delle linee-guida, anche alla luce dei tempi ulteriori che occorrono per farle conoscere ai professionisti e per promuovere il loro utilizzo.** Il manuale metodologico recentemente pubblicato sulle buone pratiche rappresenta un tentativo di rendere il processo di stesura e aggiornamento delle raccomandazioni più efficiente e per favorire la disponibilità di documenti in aggiunta alle linee-guida quando queste non sono facilmente e tempestivamente realizzabili. È tuttavia necessario monitorare i documenti che risulteranno dal suo utilizzo, per assicurarsi che non risulti compromessa la qualità (in termini di validità e trasferibilità) delle raccomandazioni. Il fatto che lo sviluppo di queste buone pratiche sembra essere stato affidato prevalentemente alle società scientifiche non rappresenta un contesto ideale.

Da parte sua, l'Associazione Alessandro Liberati – Cochrane Affiliate Centre si batte per la necessità di promuovere l'appropriatezza delle scelte in sanità pubblica attraverso percorsi (come la realizzazione di linee-guida) che prevedano un'analisi rigorosa delle conoscenze disponibili e la loro contestualizzazione; e per la necessità di promuovere nuova ricerca, rivolta agli interessi dei pazienti, per ridurre le incertezze presenti su efficacia e sicurezza delle cure[16].

**https://www.saluteinternazionale.info/2025/03/linee-guida-cliniche-e-qualita-delle-cure/**

quotidianosanità.it

# Sanità e trasparenza: sapere quanto costa, per curarsi meglio

***Luca Pallavicini,*** *Presidente nazionale Confcommercio Salute, Sanità e Cura*

*Gentile Direttore*,
nel nostro Paese, la sanità pubblica è spesso raccontata attraverso due immagini contrapposte: da un lato, un sistema che garantisce cure a tutti, dall'altro, un labirinto di attese, ticket e spese private che spingono sempre più italiani a pagare di tasca propria per una visita o un esame. Ma sappiamo davvero quanto costa ciò che ci viene offerto? E, soprattutto, siamo consapevoli di quanto lo Stato investe per garantire il nostro diritto alla salute?
Oggi, la trasparenza dei costi sanitari non è più solo una questione per tecnici e amministratori ma un tema che tocca direttamente i cittadini. Con una spesa sanitaria che nel 2023 ha toccato 176,1 miliardi di euro, di cui ben 45,8 miliardi a carico delle famiglie, la rendicontazione dei costi potrebbe diventare uno strumento di consapevolezza e partecipazione attiva.

**Quanto spendiamo per curarci davvero?**
I numeri parlano chiaro. Oggi, tre euro su quattro della sanità italiana vengono coperti dal Servizio Sanitario Nazionale, mentre il resto grava direttamente sulle tasche dei cittadini. Ma non tutti pagano allo stesso modo. In Lombardia, la spesa sanitaria privata pro capite è di circa 1.000 euro l'anno, mentre in Basilicata scende a 377 euro. Un divario che non è solo economico, ma anche di accesso alle cure: più le strutture pubbliche sono carenti, più i cittadini sono costretti a rivolgersi al privato.
Ancora più preoccupante è un altro dato: 18,1 miliardi di euro all'anno vengono spesi per prestazioni che dovrebbero essere garantite dal SSN. Esami diagnostici, visite specialistiche, fisioterapia: servizi che, sulla carta, il pubblico offre ma che nei fatti molti italiani preferiscono (o sono costretti) a pagare privatamente per evitare lunghe liste d'attesa.
La domanda sorge spontanea: *quanto di ciò che ci spetta davvero è accessibile senza costi aggiuntivi? E soprattutto, quanto ci costa la mancanza di trasparenza su questi numeri?*

**Conoscere i costi per dare valore alla sanità pubblica**
Immaginiamo un sistema in cui, dopo ogni prestazione, il paziente riceva un resoconto chiaro e dettagliato con:

- Il costo totale della prestazione (esempio: una risonanza magnetica costa 250 euro);
- Quanto copre il ssn e quanto, eventualmente, il cittadino ha pagato in ticket o privatamente;
- Un confronto con la media regionale e nazionale, per capire se il costo è in linea con gli standard o se ci sono anomalie.

Un meccanismo semplice, ma rivoluzionario. Se oggi molti cittadini percepiscono la sanità pubblica come "gratuita", un sistema del genere li aiuterebbe a comprendere quanto realmente costa ogni prestazione e quanto lo Stato investe per garantirla.
Oltre a un beneficio culturale, la trasparenza potrebbe avere impatti diretti sulla qualità del servizio: meno sprechi e più efficienza, cittadini più informati e coinvolti, più equità tra le regioni.

**Un futuro in cui la sanità parla chiaro**
Per trasformare questa visione in realtà, servono strumenti concreti. Cosa serve e come farlo? Vado per punti.

- Digitalizzazione: integrare la rendicontazione nel Fascicolo Sanitario Elettronico con notifiche sui costi delle cure ricevute.
- Formazione: sensibilizzare medici e operatori sanitari per migliorare la comunicazione con i pazienti sulla spesa sanitaria.
- Standardizzazione: creare un tariffario unico nazionale per prestazioni pubbliche e private, con aggiornamenti trasparenti.
- Monitoraggio: pubblicare report e dati open-data sulle spese sanitarie per garantire il confronto tra regioni e strutture.

- Coinvolgimento: campagne di informazione per spiegare ai cittadini l'importanza della trasparenza sanitaria.

Se implementata con successo, la rendicontazione sanitaria potrebbe ridurre gli sprechi, migliorare l'efficienza e rafforzare la fiducia nel Servizio Sanitario Nazionale.

**Un nuovo patto tra cittadini e sanità**

Oggi, la sanità italiana si trova a un bivio. Da una parte, il rischio di un sistema sempre più frammentato, in cui chi può permetterselo si cura meglio e prima. Dall'altra, l'opportunità di costruire un modello più trasparente, equo e partecipato, in cui ogni cittadino sappia esattamente quanto costa ciò che riceve e possa valutare in modo informato le proprie scelte.

Un sistema sanitario basato sulla trasparenza non è solo un bene per lo Stato, che può ottimizzare le risorse, ma anche e soprattutto per i cittadini, che diventano protagonisti della propria salute. Perché sapere quanto costa curarsi non è solo una questione economica, ma di consapevolezza e di diritti.

**https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=128409**

## *One Health, clima e salute*



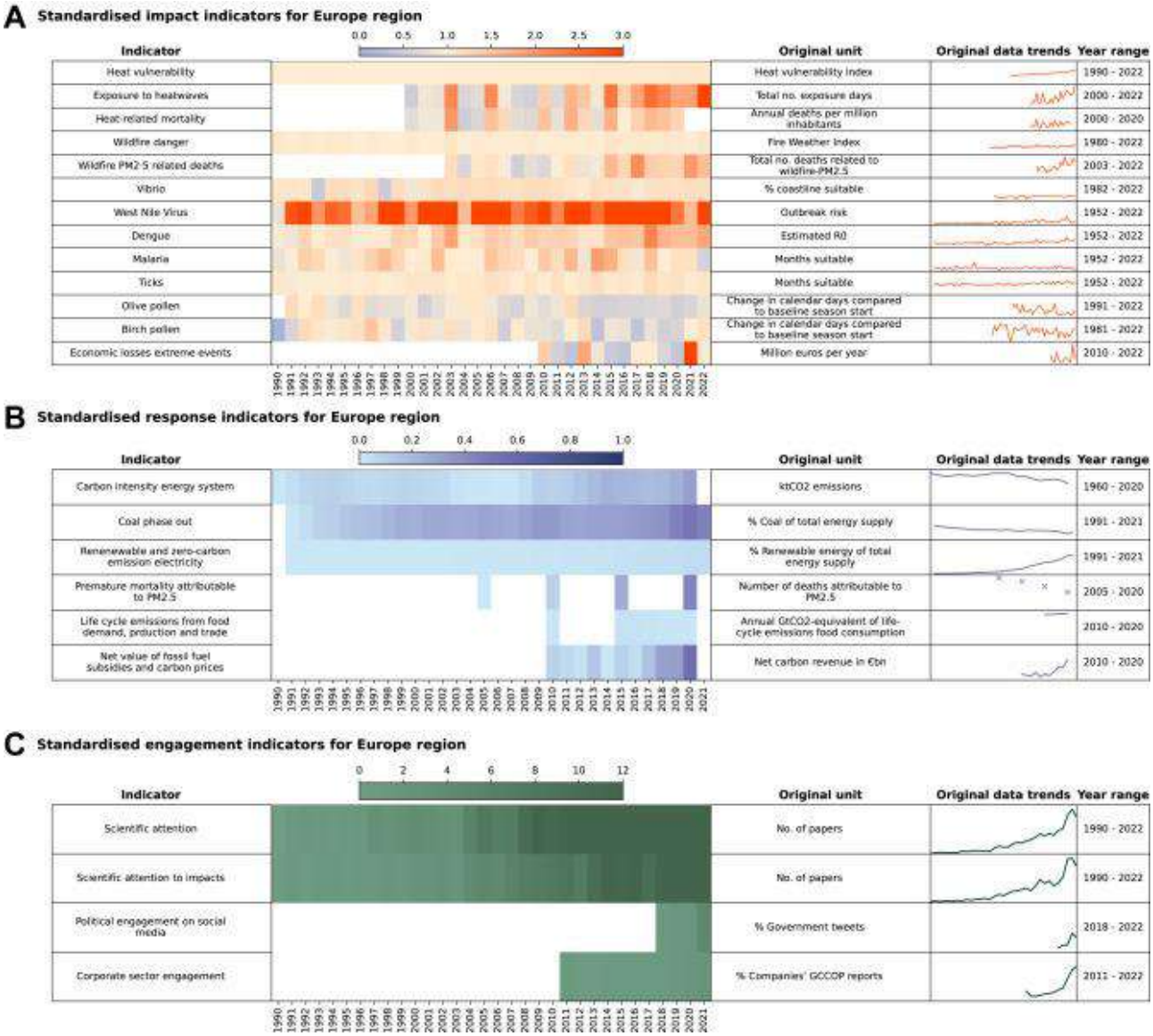

Ritirandosi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dall'Accordo di Parigi (di nuovo), tagliando i finanziamenti per il clima, la salute e lo sviluppo, eliminando le menzioni sul clima dai siti web, imbavagliando i Centri per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie, mettendo il personale dell'Agenzia per la Protezione Ambientale in congedo amministrativo, dichiarando una " *emergenza energetica nazionale* " con la promessa di " *trivellare, tesoro, trivellare* ", da quando è tornato in carica, Trump ha firmato oltre 30 ordini esecutivi (e continua a farlo) che invertono i progressi sul clima e sulla salute. Queste azioni scatenano la produzione di combustibili fossili degli Stati Uniti e infliggono un duro colpo agli sforzi globali per il clima e la salute. 1

Ciò avviene sullo sfondo del 2024 dichiarato l'anno più caldo mai registrato, il primo a superare la soglia di 1,5 °C 2 , e con gli Stati Uniti ancora sotto shock per i devastanti incendi che hanno travolto Los Angeles e la scia di distruzione lasciata dagli uragani lungo le sue aree costiere mesi prima. In tutto il mondo, i livelli di gas serra continuano ad aumentare, spingendo i limiti planetari e lasciando le comunità a prepararsi agli impatti di feroci eventi estremi. Tuttavia, dieci anni dopo l'impegno a limitare l'aumento della temperatura globale al di sotto dei 2 °C, le attuali politiche di mitigazione in tutto il mondo rimangono inadeguate, come dimostrato da un aumento previsto di 3,2 °C entro il 2100. 3 Tali aumenti di temperatura potrebbero essere persino maggiori se le nazioni indebolissero l'azione per il clima. Mentre molte delle azioni di Trump affrontano sfide legali, il conseguente tumulto geopolitico alimentato dallo scetticismo climatico degli Stati Uniti sottolinea l'urgente necessità di un'azione globale coordinata per il clima come mai prima d'ora.

Poiché il cambiamento climatico non conosce confini, l'inazione climatica degli Stati Uniti, come l'inazione di qualsiasi grande emettitore, avrà conseguenze di vasta portata e a catena, influenzando in modo sproporzionato il benessere delle popolazioni più vulnerabili del mondo. L'abbandono degli sforzi per ridurre le emissioni renderà l'aria più sporca, aumenterà l'incidenza e la portata geografica di innumerevoli malattie e lascerà milioni di persone con una salute peggiore a livello globale. La battaglia simultanea della Spagna del 2024 con inondazioni mortali e gravi siccità è un duro promemoria che il cambiamento climatico mette già a repentaglio le vite in Europa. Dall'insicurezza alimentare e idrica alla diffusione di malattie infettive; le tendenze negative sulla salute stanno accelerando e si prevede che peggioreranno in tutti gli scenari di emissione. 4 Questi effetti negativi sulla salute sono evidenti in tutta Europa ( Fig. 1 ), dove le temperature aumentano al doppio della velocità globale. 5 Ad esempio, le temperature estive da record in Europa hanno provocato un aumento della mortalità correlata al caldo, con 61.000 e 47.000 decessi in più solo nel 2022 e nel 2023.6

Con gli Stati Uniti che si tirano indietro dalle riduzioni delle emissioni, e incoraggiano altre nazioni a seguire l'esempio, l'Europa deve continuare a impegnarsi per una leadership climatica audace e decisa. Nonostante le varie opposizioni, che vanno dalla competitività economica e dalle preoccupazioni sulla politica industriale alle incognite sui costi e le tempistiche di attuazione, e la resistenza dei populisti scettici sul clima, l'Europa ha ampliato l'uso delle energie rinnovabili e migliorato l'efficienza energetica. Nel 2024, l'energia solare ha superato il carbone come principale fonte di energia, mentre la produzione di gas naturale continua a diminuire.

Questi sforzi di decarbonizzazione migliorano la sicurezza energetica, riducono la dipendenza dalle importazioni e migliorano la salute pubblica attraverso una riduzione dell'inquinamento atmosferico. 5 Essendo una delle più grandi economie, l'UE può accelerare l'azione per il clima a livello globale stabilendo accordi bilaterali e partnership a sostegno della transizione verde. Esempi includono le alleanze verdi con Canada e Giappone e le partnership per una transizione energetica giusta, che evidenziano i punti di forza di un approccio unificato nell'affrontare questa minaccia globale alla salute della popolazione. 7




Visualizzatore di figure

*Fig. 1 Panoramica degli impatti standardizzati, delle risposte e degli indicatori di coinvolgimento su cambiamenti climatici e salute, monitorati nel rapporto europeo del 2024 del Lancet Countdown. ( A ) Indicatori di impatto sulla salute correlati al clima, con stabilizzazione o peggioramento della maggior parte degli indicatori monitorati rispetto alla loro baseline. ( B ) Indicatori di risposta ai cambiamenti climatici, con un certo miglioramento nella maggior parte degli indicatori rispetto alla loro baseline. ( C ) Indicatori di coinvolgimento per clima e salute, con un aumento del coinvolgimento nella maggior parte degli indicatori rispetto alla loro baseline. Note: gli indicatori di impatto e coinvolgimento sono stati standardizzati oGli indicatori di risposta (adattamento e mitigazione) sono stati standardizzati La heatmap (1990–2022) rappresenta indicatori standardizzati a una baseline europea specificata per ciascun indicatore. Per ( A ), valori standardizzati più elevati corrispondono a un peggioramento dell'indicatore, e per ( B ) e ( C ) valori standardizzati più elevati corrispondono a un miglioramento dell'indicatore. La sparkline rappresenta l'andamento dei dati dell'indicatore nella sua unità originale e nella copertura temporale (vedere intervallo di anni). Gli assi y della sparkline sono ridimensionati ai valori massimo e minimo. L'Europa è definita in base ai paesi membri e cooperanti dell'Agenzia europea per l'ambiente (EEA). Vedere l' Appendice supplementare per i dettagli sulla metodologia.*

È importante sottolineare che la maggior parte degli altri paesi industrializzati, che si trovano ad affrontare le stesse forze di mercato, hanno già segnalato il loro impegno continuo nei confronti dell'accordo di Parigi. 8 I contributi determinati a livello nazionale del 2025 offrono un'opportunità fondamentale all'UE e alle nazioni

europee per rafforzare le loro ambizioni del Green Deal e migliorare i piani di adattamento nazionali e altre politiche climatiche chiave. Questo sforzo dovrebbe riconoscere i co-benefici sanitari spesso trascurati dell'azione per il clima e affrontare le disparità negli impatti sulla salute correlati al clima e nella capacità di adattamento in tutta Europa. 5
Il nuovo programma di lavoro della Commissione europea per il 2025 sembra minacciare l'ambizione verso la transizione verde a favore della competitività economica e della " *semplificazione* " della legislazione. 9
Sebbene ambizioso, l'obiettivo proposto di riduzione delle emissioni del 90% per il 2040 non riesce a tagliare le emissioni europee in modo sufficiente in linea con le responsabilità di equa condivisione delle emissioni (calcolate utilizzando la popolazione europea e le emissioni storiche) e il raggiungimento degli obiettivi dipende in modo critico dall'attuazione delle politiche da parte dei paesi. 10 Questo non è il momento di diluire o di essere paralizzati dalle sfide del panorama geopolitico emergente. L'azione per il clima non solo garantirà l'indipendenza energetica, la competitività e aiuterà a scongiurare alcuni degli impatti più gravi sul pianeta e sulla salute umana; fornirà anche immediati benefici per la salute e più ampi benefici sociali (ad esempio, riduzione dell'inquinamento atmosferico, aumento dell'attività fisica e cambiamento dietetico). L'Europa deve rafforzare il suo impegno a lungo termine nei confronti dell'accordo di Parigi e di altre politiche per salvaguardare il clima e il benessere umano.
Con un'azione decisa ed equa, l'Europa può dare il buon esempio catalizzando una politica climatica incentrata sulla salute per il benessere di tutte le sue popolazioni.

**https://www.thelancet.com/journals/lanepe/article/PIIS2666-7762(25)00049-3/fulltext**




## Riepilogo


### Sfondo
Nonostante una sostanziale riduzione nell'uso di combustibili solidi per cucinare in tutto il mondo, l'esposizione all'inquinamento atmosferico domestico (HAP) rimane un fattore di rischio globale leader, contribuendo notevolmente al peso della malattia. Presentiamo un'analisi completa dei modelli spaziali e delle tendenze temporali nell'esposizione e nelle malattie attribuibili dal 1990 al 2021, con sostanziali aggiornamenti metodologici rispetto alle precedenti iterazioni dello studio Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors, tra cui stime di esposizione migliorate che tengono conto di specifici tipi di combustibile.

### Metodi
Abbiamo stimato l'esposizione all'HAP e le tendenze e il carico attribuibile per cataratta, broncopneumopatia cronica ostruttiva, cardiopatia ischemica, infezioni delle basse vie respiratorie, cancro alla trachea, cancro ai bronchi, cancro ai polmoni, ictus, diabete di tipo 2 e cause mediate da esiti riproduttivi avversi per 204 paesi

e territori dal 1990 al 2021. Abbiamo prima stimato le concentrazioni medie specifiche per tipo di combustibile (in µg/m $^3$ ) di inquinamento da particolato fine (PM $_{2·5}$ ) a cui erano esposti gli individui che utilizzavano combustibili solidi per cucinare, categorizzati per tipo di combustibile, posizione, anno, età e sesso. Utilizzando una revisione sistematica della letteratura epidemiologica e uno strumento di meta-regressione di recente sviluppo (meta-regressione: bayesiana, regolarizzata, troncata), abbiamo derivato curve di esposizione-risposta non parametriche specifiche per malattia per stimare il rischio relativo in funzione della concentrazione di PM $_{2·5}$ . Abbiamo combinato le nostre stime di esposizione e i rischi relativi per stimare le frazioni attribuibili alla popolazione e l'onere attribuibile per ciascuna causa in base a sesso, età, luogo e anno.

**Risultati**

Nel 2021, 2,67 miliardi (intervallo di incertezza del 95% [UI] 2,63–2,71) di persone, il 33,8% (95% UI 33,2–34,3) della popolazione mondiale, sono state esposte all'HAP da tutte le fonti a una concentrazione media di 84,2 µg/m $^3$ . Sebbene queste cifre mostrino una notevole riduzione della percentuale della popolazione globale esposta nel 1990 (56,7%, 56,4–57,1), in termini assoluti, si è registrato solo un calo di 0,35 miliardi (10%) rispetto ai 3,02 miliardi di persone esposte all'HAP nel 1990. Nel 2021, 111 milioni (95% UI 75,1–164) di anni di vita aggiustati per disabilità (DALY) globali erano attribuibili all'HAP, rappresentando il 3,9% (95% UI 2,6–5,7) di tutti i DALY. Il tasso di DALY globali attribuibili a HAP nel 2021 era di 1500,3 (95% UI 1028,4–2195,6) DALY standardizzati per età ogni 100.000 abitanti, un calo del 63,8% dal 1990, quando i DALY attribuibili a HAP comprendevano 4147,7 (3101,4–5104,6) DALY standardizzati per età ogni 100.000 abitanti. Il carico attribuibile a HAP è rimasto più elevato nell'Africa subsahariana e nell'Asia meridionale, con rispettivamente 4044,1 (3103,4–5219,7) e 3213,5 (2165,4–4409,4) DALY standardizzati per età ogni 100.000 abitanti. Il tasso di DALY attribuibili a HAP era più alto per i maschi (1530·5, 1023·4–2263·6) che per le femmine (1318·5, 866·1–1977·2). Circa un terzo del carico attribuibile a HAP (518·1, 410·1–641·7) era mediato da una gestazione breve e da un basso peso alla nascita. La scomposizione delle tendenze e dei fattori alla base dei cambiamenti nel carico attribuibile a HAP ha evidenziato che i cali nelle esposizioni sono stati contrastati dalla crescita della popolazione nella maggior parte delle regioni del mondo, in particolare nell'Africa subsahariana.

**Interpretazione**

Sebbene il peso attribuibile all'HAP sia diminuito considerevolmente, l'HAP rimane un fattore di rischio sostanziale, soprattutto nell'Africa subsahariana e nell'Asia meridionale. Le nostre stime complete dell'esposizione all'HAP e del peso attribuibile offrono una risorsa solida e affidabile per i decisori politici e gli operatori sanitari per indirizzare e personalizzare con precisione gli interventi sanitari. Dato l'impatto persistente e sostanziale dell'HAP in molte regioni e paesi, è fondamentale accelerare gli sforzi per far passare le comunità con risorse insufficienti a fonti di energia domestiche più pulite. Tali iniziative sono fondamentali per mitigare i rischi per la salute e promuovere uno sviluppo sostenibile, migliorando in ultima analisi la qualità della vita e i risultati sanitari per milioni di persone.

**Finanziamento**

Fondazione Bill e Melinda Gates.

## Introduzione

L'inquinamento atmosferico domestico (HAP) derivante da combustibili solidi per cucinare è una nota fonte di esposizione rilevante per la salute per circa 3 miliardi di persone in tutto il mondo. 1–3 Le persone che vivono in famiglie che utilizzano principalmente combustibili solidi (carbone o carbonella, legna, residui di colture e letame) per cucinare sono esposte ad alti livelli di HAP da particolato con un diametro inferiore a 2,5 µm (PM $_{2,5}$ ), un rischio ben noto per la salute umana. 4 Le ustioni sono comuni nelle famiglie che utilizzano combustibili solidi e la raccolta del combustibile ricade in genere su donne e ragazze, che consumano decine di ore alla settimana. 5 L'Obiettivo di sviluppo sostenibile (SDG) 3,9 delle Nazioni Unite mira a ridurre la morbilità e la mortalità dovute all'inquinamento ambientale e l'SDG 7,1 richiede l'accesso universale a combustibili più puliti entro il 2030, ma molti paesi non hanno ancora le risorse per raggiungere questi obiettivi. 6

## Ricerca nel contesto

### Prove prima di questo studio

Precedenti ricerche sul carico globale e sulla mortalità da inquinamento atmosferico domestico (HAP) hanno utilizzato curve di esposizione-risposta integrate che includevano pochi studi HAP e si basavano su dati sul fumo passivo e attivo o includevano rischi relativi aggregati che presupponevano che gli individui fossero esposti o non esposti a HAP. Tali stime presupponevano anche l'esposizione a concentrazioni uguali di particolato con un diametro inferiore a 2,5 µm ($PM_{2,5}$), indipendentemente dalla posizione e dal tipo di combustibile utilizzato.

### Valore aggiunto di questo studio

Questo studio estende i precedenti sforzi per stimare il carico attribuibile all'HAP, con esposizioni specifiche per anno e luogo modellate in base al tipo di combustibile, concentrandosi su carbone, residui di colture, letame e legno. Questo approccio innovativo ha consentito una stima più precisa dell'esposizione al $PM_{2·5}$ e del carico di malattia associato rispetto agli studi precedenti, consentendoci di fornire stime complete e tempestive per 204 località dal 1990 al 2021. Una maggiore disponibilità di studi epidemiologici e uno strumento di meta-regressione di recente sviluppo (meta-regressione: bayesiana, regolarizzata, troncata) ci hanno consentito di ampliare la portata degli esiti sanitari e di interrompere l'uso di dati sul fumo attivo e passivo nelle nostre stime di esposizione-risposta. In particolare, presentiamo la prima analisi globale a incorporare cause mediate da esiti riproduttivi avversi, ovvero gestazione breve e basso peso alla nascita. L'effetto indiretto dell'HAP sulla salute riproduttiva si estende per tutta la durata della vita a causa di impatti negativi sui risultati, tra cui malattie diarroiche, malattie respiratorie e altre malattie infettive e non infettive, che aumentano sostanzialmente il peso della malattia. Abbiamo anche incluso la cataratta (stimata come causa attribuibile all'HAP per le donne dal Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study [GBD] 2010 e per gli uomini dal GBD 2019) e il diabete (incluso per la prima volta come causa attribuibile all'HAP nel GBD 2017) nelle nostre stime.

### Implicazioni di tutte le prove disponibili

Nonostante gli sforzi sostanziali per ridurre l'esposizione e le diminuzioni nella percentuale di individui che cucinano con combustibili solidi, l'esposizione e il carico da HAP rimangono elevati. I nostri risultati evidenziano un'esposizione, una morbilità e una mortalità maggiori di quanto stimato in precedenza e mostrano che, sebbene le riduzioni dell'esposizione abbiano portato a una diminuzione netta del carico da HAP nel tempo, la crescita della popolazione ha contrastato gran parte dell'effetto della ridotta esposizione. Abbiamo scoperto che circa un terzo del carico attribuibile a HAP è mediato da esiti riproduttivi avversi, che portano a decine di milioni di anni di vita persi ogni anno. Sono necessari sforzi rinnovati e investimenti internazionali per far passare le comunità esposte a combustibili più puliti e ridurre il conseguente carico permanente dell'inquinamento atmosferico domestico.

……..

Studi precedenti, tra cui lo studio Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors, hanno stimato il carico di malattia attribuibile all'HAP, ma permangono limitazioni relative ai metodi e ai dati. Le stime di esposizione passate non tenevano conto della variabilità spaziotemporale [2,3] o non adeguavano l'esposizione domestica al livello individuale. [7] Le stime precedenti del carico si basavano su un indicatore di esposizione binario [2,4,8] e non includevano il diabete di tipo 2 o cause mediate da esiti riproduttivi avversi. [8] Qui, forniamo un quadro metodologico migliorato sviluppato nell'ultimo decennio che caratterizza più accuratamente le stime di esposizione e rischio. Sebbene studi precedenti presumessero che diversi tipi di combustibile solido producessero la stessa quantità di inquinamento da $PM_{2·5}$, una semplificazione nota, in questo studio abbiamo modellato l'esposizione specifica per tipo di combustibile per quattro categorie distinte, ovvero residui di colture, letame, legna e carbone e carbonella, ottenendo stime di esposizione al $PM_{2·5}$ più precise. [9] Inoltre, abbiamo migliorato le nostre stime di esposizione-risposta incorporando studi appena pubblicati. Pertanto, la meta-regressione in questo studio non include studi sul fumo attivo e passivo, che in precedenza servivano come sostituti per esposizioni elevate. [10] Abbiamo anche aggiunto il diabete di tipo 2 e le cause mediate da basso peso alla nascita e gestazione breve alla nostra analisi

globale. Questo studio è il primo a dettagliare la metodologia GBD per la stima del carico attribuibile a HAP dalla valutazione di Smith e colleghi 3 dell'approccio utilizzato per GBD 2010, e presentiamo numerosi aggiornamenti metodologici e di dati di input.
Sulla base di questi miglioramenti metodologici e dei dati aggiornati riguardanti l'esposizione e il rischio relativo, abbiamo stimato il carico di malattia attribuibile all'HAP per 204 paesi e territori dal 1990 al 2021. Oltre ad analizzare i modelli spaziali, abbiamo condotto un'analisi di decomposizione per comprendere meglio i fattori alla base dei cambiamenti nel carico attribuibile e per valutare il ruolo dei cambiamenti demografici rispetto ai cambiamenti nell'esposizione all'HAP in questo periodo di 31 anni. 11,12 Il nostro studio si aggiunge a un crescente corpus di lavori che mostra la necessità di un'azione rinnovata per ridurre il carico sostenuto dall'HAP. Questo manoscritto è stato prodotto con il contributo del GBD Collaborator Network e in conformità con il protocollo GBD.

**https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)02840-X/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email**

quotidianosanità.it

## La Conferenza globale Oms su inquinamento atmosferico. Ridurre gli impatti sulla salute del 50% entro il 2040

*Questo l'impegno assunto da oltre 50 paesi, città e organizzazioni per contrastare l'inquinamento atmosferico e a salvaguardare la salute. Tedros Adhanom Ghebreyesus ha esortato i leader a rispondere all'appello globale all'azione: "È tempo di passare dagli impegni a impegni audaci"*

**28 MAR** -
Ridurre gli impatti sulla salute del 50% entro il 2040 per salvare milioni di vite ogni anno.
Questo l'impegno assunto, alla conclusione della **seconda Conferenza globale dell'Oms** sull'inquinamento atmosferico e la salute, da oltre 50 paesi, città e organizzazioni per contrastare l'inquinamento atmosferico e a salvaguardare la salute. Organizzata congiuntamente dal governo della Colombia, ha riunito oltre 700 partecipanti da 100 paesi, tra cui rappresentanti governativi, agenzie delle Nazioni Unite, società civile, scienziati e società sanitarie
Proposti anche nuovi impegni di finanziamento e politiche attive.
Il Direttore generale dell'Oms **Tedros Adhanom Ghebreyesus**, ha esortato i leader a rispondere all'appello globale all'azione: "È tempo di passare dagli impegni a impegni audaci. Per ottenere aria pulita, abbiamo bisogno di azioni urgenti su tutti i fronti: investimenti finanziari in soluzioni sostenibili, come nell'energia pulita e nei trasporti sostenibili; applicazione tecnica delle linee guida globali dell'Oms sulla qualità dell'aria; e impegno sociale per proteggere i più vulnerabili nelle nostre regioni più inquinate".
"L'inquinamento atmosferico miete più vittime della violenza stessa. Avvelenare la nostra aria costa vite in silenzio: questa conferenza rafforza la nostra determinazione a implementare politiche sia per l'ambiente che per la salute della nostra gente" ha detto **Gustavo Petro**, Presidente della Colombia

**Tra gli impegni assunti durante la Conferenza:**

- Il Ministro dell'Ambiente e dello Sviluppo Sostenibile della Colombia, Lena Yanina Estrada Añokazi, si è impegnato a rafforzare gli sforzi in tutti i settori per affrontare l'inquinamento atmosferico attraverso azioni di sorveglianza e salute pubblica. Il paese sosterrà iniziative che migliorino la qualità

dell'aria, promuovano una transizione verso l'energia pulita promuovendo tecnologie pulite nell'industria e nei trasporti e sviluppino sistemi di allerta precoce per la prevenzione e la mitigazione degli incendi boschivi.

- La Spagna si è impegnata a realizzare un sistema sanitario a zero emissioni di carbonio entro il 2050 attraverso la riduzione delle emissioni, la collaborazione multisettoriale e la promozione dell'innovazione.
- Il Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del Nord ha ribadito il suo impegno nella lotta all'inquinamento atmosferico presiedendo il Forum per la cooperazione internazionale sull'inquinamento atmosferico (FICAP), stabilendo obiettivi PM2.5 (particolato fine 2.5) basati sulla salute e lanciando una strategia completa per la qualità dell'aria. Ciò includerà standard più rigorosi, un migliore accesso pubblico ai dati sull'inquinamento atmosferico e il coinvolgimento della comunità. Il Regno Unito si è anche impegnato a sostenere gli sforzi per la qualità dell'aria in Africa.
- Il Brasile si impegna a rafforzare la cooperazione interministeriale promuovendo iniziative chiave, l'istituzione di una politica nazionale sulla qualità dell'aria, l'aggiornamento degli standard sulla qualità dell'aria basati sulle linee guida dell'Oms come quadro giuridico e il monitoraggio dell'impatto di queste iniziative sulla riduzione della mortalità dovuta all'esposizione all'inquinamento atmosferico.
- La Cina si è impegnata a raggiungere standard di qualità dell'aria più rigorosi, sistemi di protezione della salute più intelligenti e una cooperazione internazionale rafforzata. Il paese continuerà i suoi sforzi per raggiungere gli obiettivi nazionali ambientali e climatici per il 2030, 2050 e 2060.

A nome dei copresidenti delle città C40 , che rappresentano quasi 100 delle più grandi città del mondo, il vicesindaco di Londra, **Mete Coban**, si è impegnato a ridurre l'inquinamento atmosferico e a sostenere l'obiettivo e la tabella di marcia dell'Omsper il 2040, e ha invitato gli altri governi nazionali ad aumentare gli investimenti in soluzioni per l'aria pulita, a rafforzare i sistemi di monitoraggio della qualità dell'aria e a riconoscere le città come partner chiave nello sviluppo e nell'attuazione di strategie per l'aria pulita.

**https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=128711**

Il Sole 24 ORE

## Le microplastiche nei suoli possono aumentare la resistenza agli antibiotici

*Nei terreni agricoli i piccolissimi frammenti offrono superfici ideali per formare comunità microbiche che trasferiscono tra loro i geni della resistenza*

**Davide Madeddu**

28 marzo 2025

Le microplastiche nei suoli possono aumentare la resistenza agli antibiotici. È quanto emerge da una ricerca condotta dall'Enea con con Joint Research Centre della Commissione europea, Crea e le Università degli Studi di Milano e della Tuscia nell'ambito del progetto Minotaur e pubblicata sulla rivista online Sustanaibility.

**Il ruolo dei fertilizzanti e delle acque reflue**

«Le microplastiche sono spesso presenti in ambienti contaminati da antibiotici come suoli agricoli trattati con fertilizzanti e acque reflue - dice **Annamaria Bevivino** della divisione Sistemi agroalimentari sostenibili dell'Enea - . Questo crea una pressione selettiva che favorisce la sopravvivenza e la proliferazione di batteri resistenti, aumentando la diffusione dei geni di resistenza agli antibiotici». Anche perché, come aggiunge l'esperta «per la loro struttura e composizione i piccolissimi frammenti di plastica offrono ai batteri resistenti

superfici ‘ideali’ per formare vere e proprie comunità microbiche che favoriscono il trasferimento tra loro dei geni di resistenza agli antibiotici».

**Individuati 4 batteri che colonizzano la plastica**

L’attività di ricerca e studio ha permesso di identificare quattro batteri «che più colonizzano la superficie della plastica abbandonata nell’ambiente». Si tratta di microrganismi spesso presenti nei suoli contaminati da microplastiche e «svolgono un’importante attività di degradazione del materiale plastico e di diffusione della resistenza agli antibiotici». Per **Andrea Visca**, ricercatore del Laboratorio Innovazione delle filiere agroalimentari, «questo ci suggerisce che potrebbero essere usati come bioindicatori per monitorare la salute del suolo e l’impatto ecologico legato alla contaminazione da microplastiche».

**Esaminati i terreni dell’Unione europea**

I ricercatori, in seguito all’analisi di sequenze di Dna batterico proveniente da 885 campioni di suolo provenienti dai paesi dell’Ue, hanno identificato 47 geni «codificanti per proteine coinvolte nella degradazione di materiali plastici». «I quattro geni più abbondanti - prosegue Visca - sono risultati essere quelli legati alla degradazione di alcuni composti chimici organici utilizzati nella produzione di plastiche come stirene (materiale base per produrre il polistirolo), benzoato (utilizzato come ‘ingrediente’ per migliorare le caratteristiche della plastica), benzene e xilene (utilizzati per produrre il PET delle bottiglie d’acqua) e, tra tutti il gene ‘catE’ risulta il più centrale nel processo di degradazione».

Non è tutto. Come sottolineano i ricercatori, le microplastiche che si accumulano nei sistemi agricoli «comportano rischi sostanziali in termini di produttività e sicurezza alimentare, in quanto modificano le caratteristiche fisiche e chimiche del suolo».

**https://www.ilsole24ore.com/art/le-microplastiche-suoli-possono-aumentare-resistenza-antibiotici-AGjJSAoD?cmpid=nl_sanita24**

## *Pandemia in essere e in arrivo*





### Riepilogo

**Sfondo**
Caratterizzare il paradigma e l'impatto del COVID lungo è fondamentale per affrontare questa sfida sanitaria mondiale. Questo studio mirava a indagare la prevalenza del COVID lungo un anno dopo l'infezione primaria da Omicron e a caratterizzare le differenze nelle conseguenze sulla salute a lungo termine tra i partecipanti con COVID lungo persistente e quelli completamente guariti.

**Metodi**
Questo è uno studio trasversale basato sulla comunità condotto da dicembre 2023 a marzo 2024 presso il China-Japan Friendship Hospital e 16 distretti amministrativi di Pechino. 12.789 partecipanti infettati da Omicron tra dicembre 2022 e gennaio 2023 sono stati reclutati tramite campionamento casuale multistadio stratificato e inclusi nell'analisi finale. Di questi, 376 partecipanti con COVID lungo persistente e 229 senza COVID lungo sono stati abbinati per ulteriori esami fisici. L'esito primario era la prevalenza di COVID lungo un anno dopo l'infezione. Gli esiti secondari includevano forza muscolare, capacità di esercizio, qualità della vita correlata alla salute (HRQoL), salute mentale, stato lavorativo, test di laboratorio ed esami.

**Risultati**
Tra i 12.789 partecipanti (età media [IQR], 48,4 [37,3 a 61,4] anni; 7817 donne [61,1%]), 995 di loro (7,8%) hanno avuto un COVID lungo entro un anno, con 651 (5,1%) che hanno avuto sintomi persistenti. Stanchezza (598/995 [60,1%]) e malessere post-sforzo (367/995 [36,9%]) erano i sintomi più comuni. La nebbia cerebrale ha avuto la percentuale di risoluzione più bassa, pari al 4,2% entro un anno. Le probabilità di COVID lungo sono aumentate con le reinfezioni (odds ratio per una reinfezione 2,592 [95% CI: 2,188 a 3,061]; due o più: 6,171 [3,227 a 11,557]; tutti $p < 0,001$). I partecipanti con COVID lungo persistente avevano una forza muscolare notevolmente inferiore (arto superiore: 26,9 ± 12,4 vs. 29,1 ± 14,5 Kg; arto inferiore: 40,0 [27,0 a 62,0] vs. 43,0 [28,0 a 59,0] s), una peggiore capacità di esercizio e una qualità di vita correlata alla salute (HRQoL) peggiore, e una differenza significativa nei risultati dei test di laboratorio rispetto a quelli senza COVID lungo. Hanno anche mostrato proporzioni significativamente più elevate di funzionalità polmonare anormale ($FEV_1$ %pred<80%: 13,0% vs. 2,0%; DLco %pred<80%: 32,7% vs. 19,9%) e anomalie nell'imaging polmonare (23,5% vs. 13,6%).

## Interpretazione
Il notevole carico sanitario del COVID lungo e la progressione dei sintomi neurologici a seguito dell'infezione da Omicron giustificano un attento monitoraggio. L'utilizzo di questionari professionali e lo sviluppo di strumenti diagnostici affidabili sono necessari per migliorare la diagnosi e il trattamento del COVID lungo.

**Finanziamento**
Questo lavoro è stato supportato dal Beijing Research Center for Respiratory Infectious Diseases (BJRID2024-012), dal Chinese Academy of Medical Sciences Innovation Fund for Medical Sciences (2022-I2M-CoV19-005/CIFMS 2021-I2M-1-048), dalla National Natural Science Foundation of China (82241056/82200114/82200009) e dalla New Cornerstone Science Foundation.

## Ricerca nel contesto

**Prove prima di questo studio**
L'Omicron è diventato il ceppo più diffuso a livello globale, con il 4,2-18,2% degli individui infettati che hanno manifestato il COVID lungo. Sono stati identificati diversi fattori di rischio per lo sviluppo del COVID lungo. Tuttavia, al 21 settembre 2023, una ricerca su PubMed ha indicato che i dati sulla prevalenza del COVID lungo dopo l'infezione primaria da Omicron in popolazioni rappresentative, nonché i fattori che contribuiscono alla sua persistenza, rimanevano scarsi. La diagnosi del COVID lungo, che dipende principalmente dai sintomi riferiti dal paziente, continua a essere difficile, in assenza di strumenti diagnostici oggettivi universalmente accettati.

**Valore aggiunto di questo studio**
Questo studio trasversale basato sulla comunità ha incluso 12.789 adulti altamente vaccinati infettati principalmente da Omicron, con il 7,8% di loro che ha sviluppato COVID lungo entro un anno e il 5,1% che ha avuto COVID lungo persistente (LC) a 1 anno dall'infezione. Il rischio di COVID lungo è aumentato con la reinfezione in modo dose-dipendente. Sebbene siano stati identificati fattori di rischio per COVID lungo, non hanno contribuito ulteriormente alla sua persistenza. Il tasso più alto di recupero dei sintomi si è verificato entro 6 mesi dall'infezione, ad eccezione di nebbia cerebrale e deterioramento cognitivo. Rispetto ai partecipanti senza COVID lungo, quelli con LC persistente hanno mostrato livelli più elevati di leucociti, trigliceridi, fibrinogeno e mioglobina. Hanno anche avuto proporzioni significativamente più elevate di funzionalità polmonare anomala e anomalie di imaging polmonare.

**Implicazioni di tutte le prove disponibili**
Quasi il 5% degli adulti altamente vaccinati ha manifestato LC persistente un anno dopo l'infezione primaria da Omicron. La reinfezione ha aumentato il rischio di sviluppare COVID lungo. I partecipanti con LC persistente hanno mostrato livelli più elevati in diversi parametri di test di laboratorio, insieme a una funzionalità polmonare anomala più diffusa, tutti fattori che potrebbero fungere da indicatori diagnostici per COVID lungo. I risultati di questo studio sottolineano i significativi impatti sulla salute a lungo termine del COVID lungo su più sistemi di organi e sottolineano la necessità di un monitoraggio continuo e di interventi mirati per affrontare i sintomi persistenti sperimentati dagli individui colpiti.

## Introduzione
Sono stati documentati oltre 700 milioni di individui infetti da SARS-CoV-2 in tutto il mondo, [1] sebbene il numero effettivo sia probabilmente sottostimato. Numerosi studi hanno indicato che una parte sostanziale dei pazienti COVID-19 soffre ancora di sintomi, che possono durare da 4 a 12 settimane o addirittura estendersi a diversi mesi o anni dopo l'infezione. [2–5] Questa condizione cronica è stata denominata condizione post-COVID-19 dall'OMS, [6] nota anche come COVID lungo, che è un termine generico ben noto e utilizzato in molte ricerche e media. [7,8] Malessere post-sforzo (PEM), affaticamento o debolezza muscolare, difficoltà a dormire, dispnea, annebbiamento mentale e palpitazioni erano i sintomi comuni. [5,9,10] Gli individui con COVID lungo mostravano una funzionalità polmonare compromessa, [4,11,12] e avevano un rischio maggiore di carico di malattia degli organi extrapolmonari rispetto a quelli senza COVID-19. [13–19] Questa condizione può persistere fino a due o tre anni dopo l'infezione. [5,20–22] Date le stime annuali di

infezione da SARS-CoV-2, la percentuale di casi sintomatici, l'incidenza globale e il rischio ridotto di COVID lungo nel tempo, l'incidenza cumulativa di COVID lungo è stimata in circa 400 milioni in tutto il mondo. 23 Ciò evidenzia l'immensa portata del problema e la sfida significativa che pone al sistema sanitario globale.
Alla fine del 2022, Omicron BA.5 e BF.7 hanno causato un'epidemia a Pechino, in Cina. 24,25 Diversi studi incentrati su diverse popolazioni di studio hanno riportato che la prevalenza di COVID lungo è diminuita nei pazienti infetti da Omicron rispetto a quelli infetti dalle varianti alfa e delta. 26–28 Tuttavia, vi è una scarsità di dati sulla prevalenza di COVID lungo dopo l'infezione da Omicron basata su una popolazione rappresentativa e vi è una mancanza di misurazioni cliniche per distinguere i pazienti con COVID lungo.
Pertanto, abbiamo condotto questo studio per indagare la prevalenza del COVID lungo in una vasta popolazione comunitaria di adulti cinesi altamente vaccinati un anno dopo l'infezione primaria da Omicron. Abbiamo anche valutato le conseguenze sulla salute tra i partecipanti con sintomi persistenti del COVID lungo e quelli senza COVID lungo.
……

## Discussione

Il 7,8% degli abitanti delle comunità adulte cinesi ha manifestato COVID lungo entro un anno dall'infezione primaria da Omicron e il 5,1% ha avuto LC persistente al follow-up di 1 anno. I partecipanti con sintomi di COVID lungo hanno avuto un utilizzo dell'assistenza sanitaria significativamente maggiore e una ridotta efficacia lavorativa, con conseguenti maggiori oneri sanitari ed economici. Questi risultati sono cruciali per migliorare l'assistenza clinica e le risposte di sanità pubblica. In Australia, il 18% degli individui altamente vaccinati senza precedente esposizione al SARS-CoV-2 ha segnalato COVID lungo a novanta giorni dall'ondata di Omicron. 30 Nel Regno Unito, il 7,5% dei pazienti COVID-19 ha segnalato COVID lungo, con il 5,2% che ha manifestato sintomi per un anno. 31 Il 6,9% degli adulti americani ha mai avuto COVID lungo nel 2022, con il 3,4% che ha ancora COVID lungo al momento del sondaggio. 32 Le variazioni nel disegno dello studio, nello stato di immunità e nelle definizioni di COVID lungo ostacolano i confronti, ma le prove suggeriscono che il rischio di COVID lungo è in calo, 27,33 sottolineando la necessità di un monitoraggio continuo dell'impatto di Omicron sul COVID lungo.
I nostri risultati hanno identificato il sesso femminile, le comorbilità, la gravità del COVID-19 e la reinfezione come fattori di rischio per il COVID lungo, in linea con studi precedenti. 2–5,30,32,34–36 I pazienti ospedalizzati avevano un rischio più elevato di COVID lungo rispetto a quelli che non erano stati ricoverati, con impatti che duravano fino a tre anni dopo l'infezione. 20 La reinfezione ha mostrato un significativo effetto dose-risposta sullo sviluppo del COVID lungo nel nostro studio, che ha anche aumentato il rischio di sequele e immobilità. 37 Inoltre, i pazienti con COVID lungo erano a più alto rischio di reinfezione e più propensi a sviluppare polmonite. 5 Ciò è stato associato a un maggiore utilizzo dell'assistenza sanitaria e a una ridotta capacità lavorativa, contribuendo a un maggiore onere sanitario e imponendo una notevole pressione economica sulla società. In questo studio, la vaccinazione di richiamo non ha avuto alcun impatto sulla persistenza del COVID lungo. Questa scoperta è in linea con un altro studio condotto su una popolazione altamente vaccinata infetta da Omicron, potenzialmente a causa del calo dei titoli anticorpali nel tempo. 2,30 Studi precedenti hanno rilevato che la vaccinazione fornisce principalmente protezione contro il COVID lungo, 33 e che il carico di RNA e la diffusione virale infettiva erano associati al COVID lungo. 38 Pertanto, la somministrazione della vaccinazione, l'uso precoce di farmaci antivirali per controllare la progressione del COVID-19, la riduzione dei tassi di malattia grave e la prevenzione della reinfezione sono strategie essenziali per mitigare gli impatti del COVID lungo, soprattutto per coloro che sono a rischio di malattia grave.
Il nostro studio ha fornito una traiettoria dettagliata di ogni sintomo COVID lungo, identificando sei mesi dopo l'infezione come un periodo di recupero chiave. Nella pratica clinica, la tosse è un sintomo comune a seguito di infezioni respiratorie acute e può persistere per settimane o mesi, influenzando la qualità della vita e aumentando le visite ambulatoriali, potenzialmente a causa dell'ipersensibilità del riflesso della tosse. 39 Diversi studi hanno segnalato una ridotta funzionalità polmonare e immagini polmonari anomale nei pazienti COVID lunghi. 11,12,40,41 Il nostro studio ha rilevato che una capacità di ventilazione polmonare anomala, in particolare $FEV_1$, era prevalente nei partecipanti con LC respiratoria persistente. $FEV_1$ è strettamente associato a malattie polmonari croniche e aumento della mortalità per tutte le

cause. 42 La fisiopatologia della LC respiratoria coinvolge infiammazione, attivazione e alterazione delle cellule immunitarie e rigenerazione polmonare compromessa dopo l'infezione. 43–47 La fibrosi polmonare e la malattia cronica delle vie aeree dopo COVID-19 dovevano essere monitorate costantemente, così come è giustificata un'ulteriore indagine sui meccanismi che guidano le sequele respiratorie a seguito di varie infezioni.

La nebbia cerebrale e il deterioramento cognitivo sono stati difficili da risolvere una volta che si sono verificati, con un recupero che si è verificato principalmente tra 9 e 12 mesi dopo l'infezione, ma i sintomi potrebbero persistere per due o tre anni dopo l'infezione. 20,48,49 Questi sintomi aumentano potenzialmente l'incidenza di disturbi neurologici, simili a quanto riportato dopo l'infezione influenzale. 50–53 I sintomi neurologici sono associati a cambiamenti nella struttura cerebrale, 54,55 ipometabolismo cerebrale, 56 disfunzione della barriera ematoencefalica e infiammazione sistemica, 57,58 e danno neurogliale non recuperato. 59 Un anno dopo l'infezione acuta, il 9% dei pazienti infettati dal ceppo originale di SARS-CoV-2 ha riportato palpitazioni, 3 rispetto a quasi uno su cinque degli individui infettati da Omicron in questo studio, con sintomi che durano fino a un anno. La fisiopatologia di base rimane poco chiara, danno miocardico, disautonomia, aritmia e infiammazione contribuiscono collettivamente ad essa. 60,61 Sono necessarie ulteriori ricerche per comprendere l'impatto multiorgano del COVID lungo nelle diverse varianti, in modo da affrontare questa sfida globale.

Diversi parametri dei test di laboratorio sono stati elevati nei partecipanti con LC persistente, con studi precedenti che hanno associato alterazioni dei monociti a danno polmonare, 45,62 e funzionalità polmonare 63 nei pazienti con COVID lungo, che possono anche fungere da serbatoi virali. 64 Le interruzioni nel metabolismo lipidico suggeriscono una connessione tra COVID lungo e anomalie metaboliche, 65,66 con le alterazioni osservate che potenzialmente continuano dall'infezione acuta da SARS-CoV-2. 67 Uno studio recente ha suggerito che la coagulopatia contribuisce all'infiammazione e al danno neuropatologico nel COVID-19. 68 Sono stati osservati anche parametri di coagulazione elevati, associati a COVID-19 grave e aumento della mortalità, 69-71 nei pazienti con COVID lungo, 72 suggerendo uno stato ipercoagulabile che può contribuire a sintomi prolungati. 73 Questi risultati evidenziano la necessità di concentrarsi sulla malattia vascolare e sulle complicazioni trombotiche nei pazienti con COVID lungo. Uno studio della coorte RECOVER non ha rilevato differenze significative nei test di laboratorio tra individui con e senza COVID lungo sei mesi dopo l'infezione. 74 Le principali differenze tra il loro studio e il nostro derivano da varianti nei punti temporali, nelle popolazioni di studio e nei ceppi di SARS-CoV-2. Nel nostro studio un numero considerevole di partecipanti ha continuato a riprendersi tra sei mesi e un anno, quindi le discrepanze nei risultati potrebbero essere specifiche del contesto. La diagnosi di COVID lungo rimane difficile a causa dell'affidamento a reclami soggettivi e alla mancanza di test oggettivi, 74 rendendo urgente lo sviluppo di strumenti diagnostici ausiliari. Sebbene le anomalie osservate nel nostro studio non abbiano raggiunto la significatività clinica, questi test sono indicativi per la diagnosi ed essenziali per la diagnosi differenziale. I medici dovrebbero utilizzare questionari convalidati e prendere in considerazione test clinici di routine per una diagnosi accurata, la gestione e la differenziazione di COVID lungo.

Questo è il primo studio basato sulla comunità in Cina per valutare i risultati sanitari a lungo termine di individui con infezione primaria da Omicron. Il reclutamento nella comunità ha consentito una popolazione rappresentativa, migliorando la generalizzabilità dei risultati. Esami completi che forniscono spunti per la pratica clinica e ulteriori ricerche. Tuttavia, questo studio presenta diverse limitazioni. In primo luogo, i dati sull'infezione da Omicron, la reinfezione e i sintomi COVID lunghi sono stati auto-riportati senza conferma medica. Ma i criteri di diagnosi dell'infezione o della reinfezione da Omicron in questo studio si basavano su test positivi auto-riportati per SARS-CoV-2 e le proporzioni dei sintomi auto-riportati erano simili a quelle valutate dai questionari convalidati. Tutti gli investigatori coinvolti hanno ricevuto una formazione professionale. In secondo luogo, dobbiamo riconoscere che quasi il 40% dei partecipanti con LC persistente non ha partecipato al sondaggio ospedaliero e potrebbe esistere un potenziale bias di selezione dovuto a sintomi COVID lunghi più diffusi e gravi tra i partecipanti che hanno completato il sondaggio ospedaliero. Tuttavia, le altre caratteristiche dei partecipanti e dei non partecipanti erano simili. In terzo luogo, sebbene abbiamo corretto per molteplici fattori confondenti quando abbiamo confrontato i risultati degli esami clinici tra i partecipanti con LC persistente e quelli senza LC, non possiamo essere certi che le anomalie riscontrate in questo studio siano attribuibili all'infezione da Omicron perché non abbiamo dati sul loro periodo pre-

infezione. In quarto luogo, il piccolo numero di partecipanti che hanno completato gli esami funzionali giustifica anche un'interpretazione cauta dei risultati, che dovrebbe essere convalidata in studi più ampi.
In conclusione, il 5,1% degli adulti cinesi con infezione primaria da Omicron presentava LC persistente a un anno dall'infezione. Sintomi e funzionalità neurologica e respiratoria sono particolarmente impegnativi. Migliorare la comprensione da parte dei medici del COVID lungo e scoprirne i meccanismi è essenziale per affrontare questa sfida globale.

**https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(25)00044-6/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email**

la Repubblica

# Salute, scoperta una nuova classe di antibiotici: "Debellerà la resistenza"

*La resistenza antimicrobica, AMR, è una delle più grandi sfide per la salute pubblica mondiale, con milioni di persone che ogni anno muoiono a causa di infezioni resistenti al farmaco*

Identificata una nuova classe di antibiotici, rappresentata dalla molecola lariocidina, con implicazioni nella lotta contro la resistenza antimicrobica. Lo rivela uno studio di un gruppo di ricercatori della McMaster University, guidato da Gerry Wright, pubblicato sulla rivista *Nature*.

**La sfida alla resistenza antimicrobica**
La lariocidina, un peptide lasso, prodotto da un batterio del suolo, si distingue per una modalità d'azione innovativa che inibisce la sintesi proteica dei batteri, mostrando efficacia contro ceppi resistenti agli antibiotici. La scoperta risponde a una critica esigenza di nuovi farmaci antimicrobici, in un contesto in cui la resistenza antimicrobica rappresenta una delle principali minacce per la salute pubblica globale.

**L'ultimo "nuovo" antibiotico tre decenni fa**
La resistenza antimicrobica, AMR, è una delle più grandi sfide per la salute pubblica mondiale, con milioni di persone che ogni anno muoiono a causa di infezioni resistenti agli antibiotici. L'ultima volta che una nuova classe di antibiotici è stata introdotta sul mercato risale a quasi tre decenni fa.

**La lariocidina**
La lariocidina è stata scoperta grazie a un approccio innovativo che ha coinvolto la crescita in laboratorio di batteri del suolo per circa un anno. Questo metodo ha permesso di rivelare specie a crescita lenta che altrimenti sarebbero passate inosservate. Tra questi batteri, il Paenibacillus ha mostrato di produrre una sostanza con forte attività contro batteri resistenti agli antibiotici.

**Una modalità nuova**
La lariocidina si lega direttamente al meccanismo di sintesi proteica dei batteri, inibendone la crescita e la sopravvivenza. Questa modalità d'azione è completamente nuova rispetto agli antibiotici esistenti e rappresenta un grande vantaggio, poiché riduce il rischio di sviluppare resistenza. La molecola non è tossica per le cellule umane e funziona bene in modelli animali di infezione.

**Percorso ancora lungo**

"La scoperta della lariocidina rappresenta un momento di svolta nella lotta contro la resistenza antimicrobica", hanno dichiarato gli scienziati: "Tuttavia, il percorso verso lo sviluppo clinico sarà lungo e richiederà ulteriori ricerche per modificare la molecola e produrla in quantità sufficienti".

**https://www.repubblica.it/cronaca/2025/03/26/news/salute_scoperta_nuova_classe_di_antibiotici-424087724/?ref=RHLM-BG-P8-S2-T1**

## I ricercatori del Wright Lab sviluppano una nuova piattaforma per la produzione e la scoperta di antibiotici

**Boschetti di Christy**

I ricercatori del laboratorio del Dott. Gerry Wright presso la McMaster University hanno ideato un nuovo metodo per identificare nuovi antibiotici e stimolare la produzione di quelli vecchi.
La ricerca, pubblicata questa settimana su *Nature Communications* , descrive lo sviluppo di una nuova e innovativa piattaforma di biologia sintetica chiamata GPAHex (abbreviazione di Glycopeptide Antibiotic Heterologius expression) per la produzione e la scoperta di antibiotici glicopeptidici (GPA).
"I GPA sono essenziali per il trattamento di gravi malattie infettive, ma i batteri stanno diventando sempre più resistenti a loro", ha spiegato il dott. Min Xu, Wright Lab Postdoctoral Fellow presso il *David Braley Center for Antibiotic Discovery* e *il Michael G. DeGroote Institute for Infectious Disease Research* e autore principale della pubblicazione. "La nostra piattaforma può aumentare la produzione di GPA, e al contempo estrarre nuovi GPA non caratterizzati che non sono espressi in condizioni di laboratorio standard".
Utilizzando la piattaforma GPAHex, il team è stato in grado di aumentare la resa del comune antibiotico corbomicina di 19 volte. Ancora più importante, la piattaforma ha permesso loro di scoprire e caratterizzare due nuovi GPA criptici: GP1416 e GP6738.
"GPAHex fornisce una potente piattaforma di biologia sintetica per la scoperta e lo sviluppo di nuovi GPA per combattere la crisi della resistenza agli antibiotici", ha affermato Xu. "Il nostro lavoro fornisce anche un'idea generale per la progettazione del telaio per produrre altri farmaci preziosi", ha aggiunto.
Tali innovazioni sono essenziali per contribuire ad attenuare l'attuale crisi globale della resistenza antimicrobica.

**https://iidr.mcmaster.ca/wright-lab-researchers-develop-new-platform-for-antibiotic-production-and-discovery/**

quotidianosanità.it

# Se torna la pandemia gli ospedali rischiano la fine della casetta di paglia dei tre porcellini

**Claudio Maria Maffei**

**05 MAR** -

*Gentile direttore*,

qualche settimana fa qui su Qs è stata pubblicata la bozza del nuovo Piano Pandemico, bozza che è stata letta a livello politico e dei media soprattutto, se non esclusivamente, con un occhio al tema delle libertà personali e dei vaccini. Sono andato a leggere la parte sulla "Organizzazione dei servizi sanitari e scale-up in fasi di allerta e risposta" (pagina 71) e in particolare quella relativa alla riposta ospedaliera. Nelle pagine precedenti (Tabelle 5, 6 e 7) era stato offerto un modello per la previsione dell'impatto della pandemia sui posti letto ospedalieri in base a tre scenari: lieve, moderato e grave.

Sulla base degli scenari tracciati devono essere messi a punto, testati e sottoposti a periodica verifica di efficacia i piani regionali di preparazione alla pandemia e i piani operativi locali, compresi quelli ospedalieri pubblici e privati, piani che devono essere attuabili in modalità scalare in base alle caratteristiche dell'epidemia. Perfetto.

Poi la bozza di Piano Pandemico dedica un punto (il C.4.1.1.) alla descrizione dell'organizzazione a livello ospedaliero e qui la lettura della prima frase fa (almeno a me) cadere le braccia prima e subito dopo rifarmi scrivere a Qs: "Come noto, l'offerta di assistenza ospedaliera in Italia è organizzata in base ai criteri e agli standard fissati dal D.M. 70/2015 e impostata su un modello di rete, teso all'integrazione tra i servizi ospedalieri ed al coordinamento di essi con i servizi territoriali, in una logica complessiva volta alla realizzazione di percorsi diagnostico-assistenziali per patologia."

La frase conferma l'ormai incolmabile distacco tra la visione della realtà del Ministero della Salute e del livello centrale e la realtà delle reti ospedaliere regionali per le quali (salvo forse alcune Regioni in Piano di rientro o commissariate) il DM 70 non è più una norma di riferimento, ma al massimo una voce bibliografica.

Ne abbiamo scritto proprio due giorni fa qui su Qs con Fulvio Moirano e quindi tralascio i dettagli. Mi limito a ricordare che la risposta efficace delle reti ospedaliere regionali ad una nuova aggressione pandemica è fortemente condizionata dalla struttura oltre che dalla flessibilità di quelle reti.

È ovvio che una loro struttura frammentata e dispersa generi un utilizzo sub-ottimale di posti letto e di tecnologie, ma ancor prima di risorse umane, primo fattore in gioco nella risposta alla pandemia.

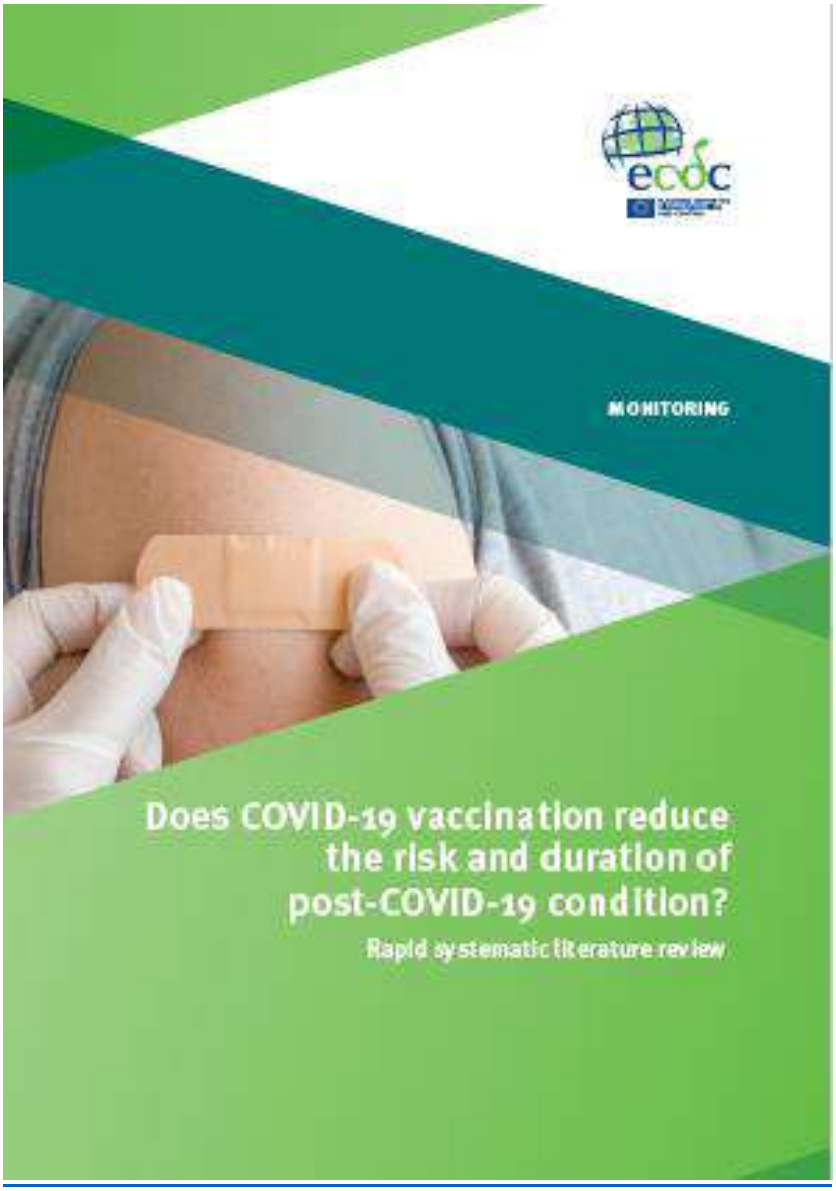
In una situazione di grave carenza di personale medico e di vocazioni nell'area dell'emergenza-urgenza e di prevedibile crescente carenza di personale infermieristico il primo passo pensando a una nuova pandemia doveva essere la razionalizzazione delle reti ospedaliere regionali con una forte concentrazione delle strutture con un Dipartimento di Emergenza e Accettazione di primo o secondo livello.

L'esperienza della Regione Marche dimostra che è perfettamente possibile programmare le reti ospedaliere e costruire programmi di edilizia sanitaria che vanno clamorosamente in direzione opposta. In questa Regione si stanno facendo interventi edilizi imponenti anche per costi sui DEA ospedalieri: tre sono previsti in altrettanti nuovi ospedali, sei in altrettanto nuove palazzine, due in ospedali nuovi in via di completamento. Peccato che con gli altri due ospedali con DEA si arrivi a 13 contro i 10 da DM 70.

Quindi centinaia di milioni spesi sapendo a priori che vengono spesi secondo un modello programmatorio sbagliato anche in funzione anti-pandemica.

Purtroppo mi arriva una conferma di questa negazione diffusa del problema del ridisegno delle reti ospedaliere da questa dichiarazione del Ministro Schillaci che troviamo qui su Qs in uno dei commenti all'articolo sul nuovo Piano Pandemico: "La pandemia ha segnato profondamente la vita di tutti noi e del Servizio sanitario nazionale. Dalla lezione della pandemia dobbiamo capire cosa non ha funzionato ed è, penso, in primis, la medicina territoriale." Ministro, mi raccomando: pensi anche alla "medicina ospedaliera".

**https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=128142**


ecdc
MONITORING
Does COVID-19 vaccination reduce the risk and duration of post-COVID-19 condition?
Rapid systematic literature review

## *PNRR e sua implementazione*

quotidianosanità.it

# Case della comunità senza il personale

***Appena il 3% attive con medici e infermieri. Funzionanti il 22% degli ospedali di Comunità. Promosse le COT. Il report Agenas sul Dm 77***

**Ester Maragò e Giovanni Rodriquez**

*Le Case di Comunità che vedono la presenza medica e infermieristica - 24 ore al giorno per 7 giorni a settimana nelle CdC Hub e 12 ore al giorno per 6 giorni a settimana per le CdC Spoke - sono appena 46, meno del 3% del totale previsto. E sono 118 quelle con tutti i servizi obbligatori senza la presenza però di medici e infermieri (circa il 7%). Gli Ospedali di comunità con almeno un servizio attivo sono circa 124, su un totale di 568 strutture previste, circa il 22%.*

Sono 485 le Case di Comunità (CdC) con almeno un servizio attivo alla fine del 2024 rispetto alle 1.717 strutture previste, ossia il 28% di quelle programmate. Quelle con tutti i servizi obbligatori attivi e con la presenza medica e infermieristica - h 24 e 7 giorni su 7 nelle CdC Hub e 12 ore al giorno per 6 giorni a settimana nelle CdC spoke - sono appena 46, meno del 3% del totale. E sono 118 le Case di Comunità dotate di tutti i servizi obbligatori però senza la presenza di medici e infermieri (circa il 7%).
Gli Ospedali di comunità con almeno un servizio attivo sono circa 124, su un totale di 568 strutture previste, circa il 22%.
Sono invece 642 le Centrali operative territoriali (COT) attive e pienamente funzionanti rispetto alle 650 programmate, di queste 480 hanno raggiunto il target di rilevanza comunitaria rendicontato dal Ministero della salute alla Commissione Europea. Le uniche strutture che superano il target in linea con gli standard previsti dal Dm 77/2022.
Questa la fotografia scattata dal **Report nazionale di Agenas** sui risultati del monitoraggio Dm 77/2022 relativo al secondo semestre 2024. Un monitoraggio che fotografa lo stato dell'arte sull'attivazione e le modalità di funzionamento delle strutture previste appunto dal Dm 77 con un focus sugli standard organizzativi, ma che non indaga sull'avanzamento dei lavori strutturali finanziati nell'ambito del Pnrr.

**Se incrociamo i dati di Agenas con quelli dalla Cabina di regia sull'andamento dei lavori del Pnrr possiamo tirare alcune conclusioni.**
Allo scorso 20 febbraio, oltre il 90% dei cantieri per le Case e gli Ospedali della comunità risultavano attivati o avevano già concluso i loro lavori, seppur con alcune differenze a livello territoriale con le regioni meridionali che procedono a passo più lento in alcuni casi. Siamo a buon punto anche per la digitalizzazione dei Dea di pronto soccorso e gli investimenti in grandi apparecchiature. E si è già raggiunto il target previsto per la messa in sicurezza delle strutture ospedaliere (es. antisismica). I dati di Agenas non fanno però che confermare i timori espressi già da tempo, anche dagli stessi operatori sanitari, circa l'effettivo funzionamento di queste nuove strutture.
Le percentuali di Case della Salute e Ospedali di Comunità con almeno un servizio obbligatorio attivato, a dicembre 2024, si fermano rispettivamente al 22% e al 28%. E il dato peggiora drasticamente se andiamo scendiamo più nel dettaglio, guardando alla effettiva presenza di personale medico e infermieristico all'interno di queste strutture con i servizi già attivati. Meno del 3% delle Case della Salute può contare su una dotazione di personale capace di erogare quelle prestazioni che, sulla carta, queste strutture dovrebbero offrire ai cittadini sul territorio.
Il re è nudo: come offrire prestazioni ai cittadini in strutture 'vuote' di personale sanitario? **Il rischio di aver speso miliardi per costruire delle vere e proprie cattedrali nel deserto sembra farsi sempre più concreto.**
E tutto questo non fa che riproporre con forza il tema della riforma della medicina del territorio. Si pensa di poter colmare questo immenso gap con il passaggio alla dipendenza dei medici di medicina generale?

Difficilmente una scelta simile sarà di per sé sufficiente, l'unica cosa certa è che non c'è più tempo per ulteriori rinvii. Una qualche decisione deve essere presa, prima che sia definitivamente troppo tardi.

**Vediamo qual è lo stato dell'arte a livello regionale.**
Delle 485 **Case di comunità** con almeno un servizio attivo a fine 2024, 138 erano in Lombardia, 125 in Emilia Romagna e poi a seguire il Veneto con 62 CdC, tallonata dalla Toscana con 42 strutture e dal Lazio con 38.
Sempre a livello regionale è l'Emilia Romagna la Regione con il maggior numero di Case di Comunità con la presenza di medici e infermieri con 13 Cdc attive, seguita dalla Lombardia con 10 Case di comunità. Nel Lazio ce ne sono 8, in Toscana 7, invece sono 2 in Veneto, Umbria e Molise, una in Liguria e nelle Marche.
Quella invece con tutti i servizi obbligatori dichiarati attivi ma senza la presenza medica e infermieristica è la Lombardia con 46 strutture seguita dall'Emilia Romagna con 26 CdC. 13 quelle presenti nel Lazio, 11 in Toscana. e poi alla spicciolata seguono la Liguria con 5 strutture, il Veneto con 4, in Umbria sono 3, nelle Marche, Molise e Sicilia sono due. Una in Calabria.

**Per quanto riguarda gli Ospedali di comunità** con almeno un servizio dichiarato attivo, la maggiore presenza si registra in Veneto con 43 strutture attivate sulle 71 previste, in Lombardia ce ne sono 25 attivi su 64. In Emilia Romagna sono invece 21 gli ospedali di comunità attivi rispetto ai 48 previsti. 7 in Toscana (27 quelli previsti) e Umbria (16 quelli previsti), 3 in Sicilia su 48 previsti, 2 in Abruzzo (11 quelli previsti), sempre 2 in Liguria, Marche e Molise e infine 1 in Campania su 61 previsti e sempre 1 in Sardegna sui 33 previsti.

**Tabella 12. Sintesi delle strutture previste e del loro livello di attivazione secondo il DM 77/2022, programmazione riconducibile a Cis ed Extra Cis**

| *Regione / P.A.* | *Case della Comunità programmate* | *Case della Comunità con almeno un servizio dichiarato attivo* | *Case della Comunità con tutti i servizi obbligatori dichiarati attivi eccetto presenza medica e infermieristica* | *Case della Comunità con tutti i servizi obbligatori dichiarati attivi inclusa presenza medica e infermieristica* | *Centrali Operative Territoriali previste* | *Centrali Operative Territoriali pienamente funzionanti e certificate* | *Ospedali di Comunità previsti* | *Ospedali di Comunità con almeno un servizio dichiarato attivo* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Abruzzo | 43 | 1 | 0 | 0 | 13 | 13 | 11 | 2 |
| Basilicata | 19 | 0 | 0 | 0 | 6 | 6 | 5 | 0 |
| Calabria | 63 | 1 | 1 | 0 | 21 | 20 | 20 | 0 |
| Campania | 191 | 0 | 0 | 0 | 80 | 73 | 61 | 1 |
| Emilia-Romagna | 177 | 125 | 26 | 13 | 47 | 47 | 48 | 21 |
| Friuli-Venezia Giulia | 32 | 0 | 0 | 0 | 12 | 12 | 13 | 0 |
| Lazio | 147 | 39 | 13 | 8 | 61 | 61 | 42 | 0 |
| Liguria | 33 | 11 | 5 | 1 | 17 | 17 | 11 | 2 |
| Lombardia | 207 | 138 | 46 | 10 | 102 | 102 | 64 | 25 |
| Marche | 29 | 16 | 2 | 1 | 15 | 15 | 9 | 2 |
| Molise | 13 | 5 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 |
| Piemonte | 95 | 28 | 3 | 0 | 43 | 43 | 30 | 0 |
| PA di Bolzano | 10 | 0 | 0 | 0 | 5 | 5 | 3 | 0 |
| PA di Trento | 10 | 0 | 0 | 0 | 5 | 5 | 3 | 0 |
| Puglia | 123 | 1 | 0 | 0 | 50 | 50 | 49 | 8 |
| Sardegna | 80 | 4 | 0 | 0 | 24 | 16 | 33 | 1 |
| Sicilia | 164 | 6 | 2 | 0 | 50 | 50 | 48 | 3 |
| Toscana | 156 | 42 | 11 | 7 | 37 | 45 | 27 | 7 |
| Umbria | 22 | 6 | 3 | 2 | 9 | 9 | 16 | 7 |
| Valle d'Aosta | 4 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 |
| Veneto | 99 | 62 | 4 | 2 | 49 | 49 | 71 | 43 |
| **Totale** | **1717** | **485** | **118** | **46** | **650** | **642** | **568** | **124** |

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=128344




https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1741860927.pdf

quotidianosanità.it

# PNRR. A che punto siamo? Ritardi strutturali, carenze di personale e governance frammentate mettono il piano a rischio. Ecco la relazione

*Avviati l'80% dei cantieri previsti per le Case della Comunità. Tuttavia, permangono ritardi significativi nella messa in funzione delle strutture già ultimate, dovuti principalmente alla carenza di personale sanitario, soprattutto medici di medicina generale e infermieri di comunità. Per la digitalizzazione, il nodo principale resta la diseguaglianza regionale nell'attuazione, con alcune realtà ancora indietro nell'adozione degli standard previsti. Si registra un avanzamento significativo anche nella digitalizzazione delle strutture ospedaliere, in particolare nei DEA, per cui risulta impiegato l'80% dei finanziamenti previsti.*

**28 MAR** -
Ritardi strutturali, carenze di personale, incapacità realizzative e governance frammentata rischiano di comprometterne il pieno successo della Missione 6 Salute del PNRR. Molti traguardi sono stati spostati, altri ridimensionati. Senza un intervento di semplificazione, assistenza tecnica e rafforzamento della governance, la riforma sanitaria rischia di trasformarsi in un'occasione mancata.
Questo quanto emerge dalla sesta relazione al Parlamento sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Se ne è discusso ieri mattina a Palazzo Chigi nel corso della Cabina di regia PNRR, presieduta dal Ministro per gli Affari europei, il PNRR e le politiche di coesione, **Tommaso Foti**, alla presenza dei Ministri e dei Sottosegretari competenti, dei rappresentanti dell'Anci, dell'Upi e della Conferenza delle Regioni e Province autonome. La Cabina di regia ha adottato la sesta Relazione sullo stato di attuazione del Piano per il successivo invio al Parlamento.
"La sesta Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza conferma il primato europeo dell'Italia nella sua realizzazione, per numero di obiettivi conseguiti, per risorse complessive ricevute e per numero di richieste di pagamento formalizzate e incassate", ha scritto il Presidente del Consiglio, **Giorgia Meloni**, nella premessa della Relazione.
Eppure, per quanto riguarda la Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), dedicata alla Salute, i risultati non sembrano tracciare un quadro della situazione così roseo.

**Assistenza territoriale e Case della Comunità: risultati e criticità**
Uno dei punti cardine della Missione 6 è il potenziamento dell'assistenza territoriale, incentrato sulla realizzazione di 1.350 Case della Comunità, 400 Ospedali di Comunità e 600 Centrali Operative Territoriali (COT).
A fine 2024, risultano:
- Avviati oltre l'80% dei cantieri previsti,
- Conclusi circa 140 interventi strutturali (tra CdC, OdC e COT),
- Erogati finanziamenti per oltre 2 miliardi di euro.

Più in particolare, per quanto riguarda le **Case delle Comunità**: molte ancora in fase progettuale, cantieri in ritardo. Tra le criticità: autorizzazioni lente, immobili inadeguati, carenze di personale medico e infermieristico, disuguaglianze territoriali con alcune regioni meridionali più in ritardo.
Per gli **Ospedali di Comunità**, l'obiettivo è sceso da 400 a 304 strutture. E, tra i problemi segnalati risultano esseci ristrutturazioni complesse, modelli gestionali non uniformi e, anche in questo caso, una carenza di organico.
Infine, per le **Centrali Operative Territoriali** il target di 480 COT è stato raggiunto, ma risulta essere in ritardo l'implementazione digitale con AI (slittata a T1/2025).
**Digitalizzazione e fascicolo sanitario elettronico (FSE): passi avanti ma serve uniformità**
Importanti sviluppi si registrano anche sul fronte della sanità digitale. Il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 ha visto la collaborazione tra Ministero della Salute, Agenzia per la Cybersicurezza Nazionale e Regioni, portando alla:
- Definizione dei nuovi standard nazionali,
- Attivazione del FSE in oltre l'85% delle Regioni,

- Progressiva interoperabilità con sistemi locali.

Il nodo principale resta la diseguaglianza regionale nell'attuazione, con alcune realtà ancora indietro nell'adozione degli standard previsti.

**Assistenza domiciliare e telemedicina: sperimentazioni in corso**

Un altro pilastro è l'estensione dell'assistenza domiciliare, che entro il 2026 dovrà coprire il 10% degli over 65. Le Regioni hanno avviato progetti pilota di telemedicina e assistenza integrata, con prime evidenze di efficacia in termini di riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso.

**Le riforme strutturali: DM 77 e nuovi modelli organizzativi**

La relazione sottolinea il ruolo centrale delle riforme normative, in particolare il DM 77/2022, che ridisegna l'architettura dell'assistenza territoriale. La sua attuazione è però a macchia di leopardo, e la relazione richiama l'urgenza di accelerare l'adozione dei nuovi modelli organizzativi e di completare i provvedimenti attuativi ancora mancanti.

**Digitalizzazione e grandi apparecchiature: investimenti cruciali**

Uno degli assi portanti della Missione 6 è la digitalizzazione del SSN. Nel dettaglio, il sub-investimento 1.1.2 prevede la sostituzione di oltre 3.100 grandi apparecchiature sanitarie obsolete, con un investimento di circa 1,2 miliardi di euro.

**Ad oggi, sono stati stipulati 99 contratti e avviati 65 cantieri, superando gli obiettivi prefissati.** L'obiettivo di sostituzione delle apparecchiature, fissato precedentemente a dicembre 2024, è stato posticipato a giugno 2026.

Parallelamente, si registra un avanzamento significativo anche nella digitalizzazione delle strutture ospedaliere, in particolare nei **DEA (Dipartimenti di Emergenza e Accettazione)** di I e II livello, per cui risulta **impiegato l'80% dei finanziamenti previsti**.

**Formazione e capitale umano**

Un altro focus strategico è rappresentato dall'investimento per ridurre l'imbuto formativo in medicina, con 537,6 milioni di euro destinati al finanziamento di **4.200 contratti di formazione specialistica**. Sono stati firmati 41 Atti d'Obbligo con gli Atenei, già verificati sul piano amministrativo-contabile.

**Infrastrutture digitali e FSE 2.0**

Nel settore della sanità digitale, spiccano i progressi sul Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 (FSE), la cui adozione da parte di tutte le Regioni è prevista entro giugno 2026. Il Ministero della Salute ha inoltre completato il rilascio del "Gateway" nazionale per l'interoperabilità e ha definito l'Ecosistema Dati Sanitari (EDS), cuore tecnologico della nuova governance sanitaria digitale.

**Ricerca e prevenzione**

Non meno importante è l'investimento per il rafforzamento della ricerca biomedica, con oltre 524 milioni di euro destinati a centri d'eccellenza e iniziative per le malattie rare e invalidanti, anche in sinergia con il Ministero dell'Università e della Ricerca.

**https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=128690**

Ministero della Salute
UNITA' DI MISSIONE PER L'ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI DEL PNRR

# Missione 6 Salute
# Incontro Regioni e Province Autonome
# 6 marzo 2025

***Stato di avanzamento procedurale e finanziario degli Investimenti della Missione 6: Salute***
***Dati monitoraggio febbraio 2025***

***M6C1I1.1 Case della Comunità; M6C1I1.3 Ospedali di Comunità; M6C2I1.2.1 Verso un Ospedale Sicuro e Sostenibile; M6C2I1.1.1 Digitalizzazione DEA; M6C2I1.1.2 Grandi apparecchiature.***

Finanziato dall'Unione europea NextGenerationEU
Ministero della Salute
Italiadomani

## M6C1I1.1 Case della Comunità (target comunitario 1038)
## Stato procedurale

| | | A | B | C | D=C/A (%) | D bis= C/B (%) | E | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Soggetto Attuatore | Target minimo di rilevanza comunitaria (T2 2026) | Programmazione CIS | target minimi regionali da CIS | Cantieri attivati/conclusi inclusi i collaudi al 20/02/2025 | %Cantieri avviati su interventi programmati CIS | %Cantieri avviati su interventi programmati CIS (Target minimo regionale) | di cui COLLAUDO Monitoraggio al 20/02/2025 | Cantieri attivati dopo il 31/12/2024 (fonte monitoraggio febb 2024) | Avvio cantieri mancanti per raggiungimento Target T2 2026 |
| ITALIA | | 1.416 | 1350 | 943 | 67% | 70% | 38 | 85 | |
| 010 PIEMONTE | | 82 | 82 | 53 | 65% | 65% | 0 | 7 | |
| 020_VDA | | 4 | 2 | 4 | 100% | 200% | 0 | 0 | |
| 030_LOMBARDIA | | 192 | 187 | 169 | 88% | 90% | 19 | 5 | |
| 041_PA BOLZANO | | 10 | 10 | 7 | 70% | 70% | 0 | 0 | |
| 042_PA TRENTO | | 10 | 10 | 7 | 70% | 70% | 0 | 0 | |
| 050_VENETO | | 95 | 91 | 91 | 96% | 100% | 5 | 4 | |
| 060_FVG | | 23 | 23 | 20 | 87% | 87% | 0 | 0 | |
| 070_LIGURIA | | 30 | 30 | 32 | 100% | 107% | 3 | 2 | |
| 080_EMILIA ROMAGNA | | 85 | 84 | 81 | 95% | 96% | 5 | 2 | |
| 090_TOSCANA | 1038 | 76 | 70 | 69 | 91% | 99% | 1 | 2 | 95 |
| 100_UMBRIA | | 17 | 17 | 14 | 82% | 82% | 1 | 1 | |
| 110_MARCHE | | 29 | 29 | 23 | 79% | 79% | 1 | 1 | |
| 120_LAZIO | | 130 | 107 | 77 | 59% | 72% | 1 | 9 | |
| 130_ABRUZZO | | 40 | 40 | 27 | 68% | 68% | 0 | 5 | |
| 140_MOLISE | | 13 | 9 | 0 | 0% | 0% | 0 | 0 | |
| 150_CAMPANIA | | 172 | 169 | 57 | 33% | 34% | 1 | 16 | |
| 160_PUGLIA | | 121 | 120 | 70 | 58% | 58% | 0 | 11 | |
| 170_BASILICATA | | 19 | 17 | 14 | 74% | 82% | 0 | 2 | |
| 180_CALABRIA | | 61 | 57 | 18 | 30% | 32% | 0 | 0 | |
| 190_SICILIA | | 155 | 146 | 101 | 65% | 69% | 1 | 15 | |
| 200_SARDEGNA | | 50 | 50 | 9 | 18% | 18% | 0 | 3 | |
| % rispetto al Target minimo di rilevanza comunitaria | | | | 91% | | | 4% | | |

*Fonte: Regis e attività di monitoraggio febb 2025*

Finanziato dall'Unione europea NextGenerationEU
Ministero della Salute
Italiadomani

# M6C1I1.1 Case della Comunità (target comunitario 1038)
# Stato finanziario

| M6C1I1.1 - Case della Comunità e presa in carico della persona | | | |
|---|---|---|---|
| SOGGETTO ATTUATORE | Importo richiesto PNRR al 31/01/2025 (dato consolidato il 20/02/2025) | Budget PNRR | % su Budget PNRR |
| 010_PIEMONTE | 16.366.967,73 € | 121.794.657,55 € | 13,44% |
| 020_VDA | 1.105.404,25 € | 3.493.579,03 € | 31,64% |
| 030_LOMBARDIA | 69.866.640,75 € | 277.203.041,64 € | 25,20% |
| 041_PA BOLZANO | 2.689.314,13 € | 14.376.609,77 € | 18,71% |
| 042_PA TRENTO | 2.564.036,88 € | 14.996.634,75 € | 17,10% |
| 050_VENETO | 43.466.211,04 € | 135.401.849,69 € | 32,10% |
| 060_FVG | 8.913.696,02 € | 34.256.093,22 € | 26,02% |
| 070_LIGURIA | 16.035.180,91 € | 44.030.926,66 € | 36,42% |
| 080_EMILIA ROMAGNA | 32.655.206,67 € | 124.671.950,69 € | 26,19% |
| 090_TOSCANA | 20.695.483,70 € | 104.214.655,81 € | 19,86% |
| 100_UMBRIA | 5.078.270,22 € | 24.570.823,57 € | 20,67% |
| 110_MARCHE | 3.282.908,30 € | 42.494.802,81 € | 7,73% |
| 120_LAZIO | 15.094.552,94 € | 158.494.374,81 € | 9,52% |
| 130_ABRUZZO | 5.541.763,67 € | 58.901.493,13 € | 9,41% |
| 140_MOLISE | 255.171,21 € | 13.775.507,72 € | 1,85% |
| 150_CAMPANIA | 15.257.569,44 € | 249.721.198,08 € | 6,11% |
| 160_PUGLIA | 11.862.070,51 € | 177.224.470,44 € | 6,69% |
| 170_BASILICATA | 2.609.712,89 € | 25.046.297,48 € | 10,42% |
| 180_CALABRIA | 4.329.949,77 € | 84.677.262,22 € | 5,11% |
| 190_SICILIA | 10.818.857,59 € | 216.998.374,36 € | 4,99% |
| 200_SARDEGNA | 3.384.924,51 € | 73.655.396,58 € | 4,60% |
| **ITALIA** | **291.873.893,13 €** | **2.000.000.000,01 €** | **14,59%** |

*Fonte: Regis e attività di monitoraggio febb 2025*

Finanziato dall'Unione europea NextGenerationEU — Ministero della Salute — Italiadomani

# M6C1I1.3 Ospedali di Comunità (target comunitario 307)
# Stato procedurale

| | | A | B | C | D=C/A (%) | D bis= C/B (%) | E | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Soggetto Attuatore | Target minimo di rilevanza comunitaria (T2 2026) | Programmazione CIS | target minimi regionali da CIS | Cantieri attivati/conclusi inclusi i collaudi al 20/02/2025 | %Cantieri avviati su interventi programmati CIS | %Cantieri avviati su interventi programmati CIS (Target minimo regionale) | di cui COLLAUDO Monitoraggio al 20/02/2025 | Cantieri attivati dopo il 31/12/2024 (fonte monitoraggio febb 2024) | Avvio cantieri mancanti per raggiungimento Targets T2 2026 |
| ITALIA | | 428 | 400 | 278 | 65% | 70% | 14 | 17 | |
| 010_PIEMONTE | | 27 | 27 | 18 | 67% | 67% | 0 | 1 | |
| 020_VDA | | 1 | 1 | 1 | 100% | 100% | 1 | 0 | |
| 030_LOMBARDIA | | 62 | 60 | 50 | 81% | 83% | 1 | 0 | |
| 041_PA BOLZANO | | 3 | 3 | 1 | 33% | 33% | 0 | 0 | |
| 042_PA TRENTO | | 3 | 3 | 3 | 100% | 100% | 0 | 0 | |
| 050_VENETO | | 35 | 30 | 34 | 97% | 113% | 0 | 0 | |
| 060_FVG | | 7 | 7 | 6 | 86% | 86% | 0 | 0 | |
| 070_LIGURIA | | 11 | 10 | 9 | 82% | 90% | 0 | 3 | |
| 080_EMILIA ROMAGNA | | 27 | 27 | 27 | 100% | 100% | 0 | 0 | |
| 090_TOSCANA | 307 | 23 | 23 | 20 | 87% | 87% | 2 | 0 | 29 |
| 100_UMBRIA | | 5 | 5 | 4 | 80% | 80% | 0 | 1 | |
| 110_MARCHE | | 9 | 9 | 9 | 100% | 100% | 1 | 1 | |
| 120_LAZIO | | 35 | 35 | 17 | 49% | 49% | 0 | 4 | |
| 130_ABRUZZO | | 11 | 10 | 9 | 82% | 90% | 0 | 1 | |
| 140_MOLISE | | 2 | 2 | 0 | 0% | 0% | 0 | 0 | |
| 150_CAMPANIA | | 48 | 45 | 10 | 21% | 22% | 0 | 0 | |
| 160_PUGLIA | | 38 | 31 | 18 | 47% | 58% | 0 | 2 | |
| 170_BASILICATA | | 5 | 5 | 3 | 60% | 60% | 0 | 0 | |
| 180_CALABRIA | | 20 | 15 | 11 | 55% | 73% | 0 | 0 | |
| 190_SICILIA | | 43 | 39 | 25 | 58% | 64% | 0 | 4 | |
| 200_SARDEGNA | | 13 | 13 | 3 | 23% | 23% | 0 | 0 | |
| % rispetto al Target minimo di rilevanza comunitaria | | | | 91% | | | 5% | | |

*Fonte: Regis e attività di monitoraggio febb 2025*

Finanziato dall'Unione europea NextGenerationEU — Ministero della Salute — Italiadomani

## M6C1I1.3 Ospedali di Comunità (target comunitario 307)
## Stato finanziario

| M6C1I1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità) | | | |
|---|---|---|---|
| SOGGETTO ATTUATORE | Importo richiesto PNRR al 31/01/2025 (dato consolidato il 20/02/2025) | Budget PNRR | % su Budget PNRR |
| 010_PIEMONTE | 8.561.201,63 € | 66.433.449,57 € | 12,89% |
| 020_VDA | 1.542.438,51 € | 1.905.588,56 € | 80,94% |
| 030_LOMBARDIA | 27.049.805,34 € | 151.201.659,08 € | 17,89% |
| 041_PA BOLZANO | - € | 7.841.787,15 € | 0,00% |
| 042_PA TRENTO | 774.023,34 € | 8.179.982,59 € | 9,46% |
| 050_VENETO | 17.013.178,85 € | 73.855.554,38 € | 23,04% |
| 060_FVG | 5.995.141,20 € | 18.685.141,76 € | 32,09% |
| 070_LIGURIA | 1.226.743,34 € | 24.016.869,09 € | 5,11% |
| 080_EMILIA ROMAGNA | 14.866.403,34 € | 68.002.882,19 € | 21,86% |
| 090_TOSCANA | 7.115.918,94 € | 56.844.357,72 € | 12,52% |
| 100_UMBRIA | 2.325.903,19 € | 13.402.267,40 € | 17,35% |
| 110_MARCHE | 2.400.510,53 € | 23.178.983,35 € | 10,36% |
| 120_LAZIO | 4.241.878,13 € | 86.451.477,17 € | 4,91% |
| 130_ABRUZZO | 2.552.589,92 € | 26.178.441,39 € | 9,75% |
| 140_MOLISE | 115.258,55 € | 6.122.447,88 € | 1,88% |
| 150_CAMPANIA | 7.368.052,21 € | 110.987.199,15 € | 6,64% |
| 160_PUGLIA | 4.077.734,14 € | 78.766.431,31 € | 5,18% |
| 170_BASILICATA | 434.555,06 € | 11.131.687,77 € | 3,90% |
| 180_CALABRIA | 909.797,70 € | 37.634.338,76 € | 2,42% |
| 190_SICILIA | 4.495.281,38 € | 96.443.721,94 € | 4,66% |
| 200_SARDEGNA | 1.991.406,68 € | 32.735.731,81 € | 6,08% |
| ITALIA | 115.057.821,98 € | 1.000.000.000,02 € | 11,51% |

*Fonte: Regis e attività di monitoraggio febb 2025*

## M6C2I1.2.1 Verso un Ospedale Sicuro e Sostenibile (target comunitario 84)
## Stato procedurale

| | | A | B | C | D=C/A (%) | D bis= C/B (%) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Soggetto Attuatore | Target minimo di rilevanza comunitaria (T2 2026) | Programmazione CIS | target minimi regionali da CIS | Cantieri attivati/conclusi inclusi i collaudi al 20/02/2025 | %Cantieri avviati su interventi programmati CIS | %Cantieri avviati su interventi programmati CIS (Target minimo regionale) | Cantieri attivati dopo il 31/12/2024 (fonte monitoraggio febb 2024) | Avvio cantieri mancanti per raggiungimento Target T2 2026 - secondo monitoraggio extrasistema |
| ITALIA | | 131 | 116 | 86 | 66% | 74% | 10 | |
| PIEMONTE | | 6 | 6 | 3 | 50% | 50% | 0 | |
| VDA | | 1 | 1 | 1 | 100% | 100% | 0 | |
| LOMBARDIA | | 25 | 25 | 9 | 36% | 36% | 4 | |
| PA BOLZANO | | 1 | 1 | 1 | 100% | 100% | 0 | |
| PA TRENTO | | 2 | 1 | 1 | 50% | 100% | 0 | |
| VENETO | | 1 | 1 | 1 | 100% | 100% | 0 | |
| FVG | | 2 | 1 | 1 | 50% | 100% | 0 | |
| LIGURIA | | 8 | 8 | 7 | 88% | 88% | 1 | |
| EMILIA ROMAGNA | | 7 | 4 | 7 | 100% | 175% | 0 | |
| TOSCANA | 84 | 7 | 7 | 7 | 100% | 100% | 0 | 0 |
| UMBRIA | | 2 | 2 | 2 | 100% | 100% | 0 | |
| MARCHE | | 2 | 2 | 2 | 100% | 100% | 1 | |
| LAZIO | | 17 | 7 | 17 | 100% | 243% | 1 | |
| ABRUZZO | | 4 | 4 | 4 | 100% | 100% | 0 | |
| MOLISE | | 1 | 1 | | 0% | 0% | 0 | |
| CAMPANIA | | 9 | 9 | 9 | 100% | 100% | 0 | |
| PUGLIA | | 7 | 7 | 4 | 57% | 57% | 1 | |
| BASILICATA | | 2 | 2 | | 0% | 0% | 0 | |
| CALABRIA | | 6 | 6 | 1 | 17% | 17% | 1 | |
| SICILIA | | 12 | 12 | 9 | 75% | 75% | 1 | |
| SARDEGNA | | 9 | 9 | | 0% | 0% | 0 | |
| *% rispetto al Target minimo di rilevanza comunitaria* | | | | 102% | | | | |

*Fonte: Regis e attività di monitoraggio febb 2025*

## M6C2I1.2.1 Verso un Ospedale Sicuro e Sostenibile (target comunitario 84)
## Stato finanziario

| M6C2I1.2 Verso un ospedale sicuro e sostenibile<br>*Sub-misura M6C2I1.2.1 (nuovi progetti)* | | | |
|---|---|---|---|
| SOGGETTO ATTUATORE | Importo richiesto PNRR al 31/01/2025 (dato consolidato il 20/02/2025) | Budget PNRR | % su Budget PNRR |
| 010_PIEMONTE | 42.441.081,24 € | 5.568.842,84 € | 13,12% |
| 020_VDA | 1.217.387,32 € | 306.344,31 € | 25,16% |
| 030_LOMBARDIA | 96.595.343,74 € | 7.388.155,63 € | 7,65% |
| 041_PA BOLZANO | 5.009.734,22 € | 4.337.577,63 € | 86,58% |
| 042_PA TRENTO | 5.225.790,74 € | 519.860,69 € | 9,95% |
| 050_VENETO | 47.182.700,94 € | 6.305.809,04 € | 13,36% |
| 060_FVG | 11.937.023,06 € | 3.504.817,62 € | 29,36% |
| 070_LIGURIA | 15.343.202,84 € | 3.516.580,14 € | 22,92% |
| 080_EMILIA ROMAGNA | 43.443.714,98 € | 2.937.811,93 € | 6,76% |
| 090_TOSCANA | 36.315.079,52 € | 12.975.430,33 € | 35,73% |
| 100_UMBRIA | 8.562.053,05 € | 1.753.585,72 € | 20,48% |
| 110_MARCHE | 14.807.918,63 € | 482.308,79 € | 3,26% |
| 120_LAZIO | 55.229.619,86 € | 3.796.244,87 € | 6,87% |
| 130_ABRUZZO | 16.724.125,65 € | - € | 0,00% |
| 140_MOLISE | 3.911.332,46 € | 55.807,98 € | 1,43% |
| 150_CAMPANIA | 70.904.292,44 € | 8.950.461,07 € | 12,62% |
| 160_PUGLIA | 50.320.019,99 € | 891.510,67 € | 1,77% |
| 170_BASILICATA | 7.111.490,79 € | 160.647,56 € | 2,26% |
| 180_CALABRIA | 24.042.738,10 € | 208.947,92 € | 0,87% |
| 190_SICILIA | 61.613.176,26 € | 3.724.516,45 € | 6,04% |
| 200_SARDEGNA | 20.913.257,74 € | 1.053.551,15 € | 5,04% |
| **TOTALE** | **638.851.083,57 €** | **68.438.612,34 €** | **10,71%** |

*Fonte: Regis e attività di monitoraggio febb 2025*

Finanziato dall'Unione europea NextGenerationEU — Ministero della Salute — Italiadomani

## M6C2I1.1.1 Digitalizzazione DEA (target comunitario 280)
## Stato procedurale

| | DEA | Somme di FIN RRF - ReGIS 14/02/2025 | Ordinativi da Relazione di Monitoraggio Febbraio 2025 | % Ordinativi/Tot finanziamento RRF | IMPORTO FATTURATO AL SAL febb 2025 dichiarato Regione/PA da Monitoraggio (ivi inclusi) | % SAL fatturato rispetto a finanziamento RRF DEA I e II Livello |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 010_PIEMONTE | 24 | 96.335.808,50 € | 83.344.388,45 € | 86,51% | 24.372.213,33 € | 25,30% |
| 020_VDA | 1 | 2.703.313,03 € | 3.717.923,34 € | 134,55% | 1.588.138,34 € | 57,47% |
| 030_LOMBARDIA | 40 | 219.259.037,84 € | 161.889.598,05 € | 73,83% | 43.508.969,08 € | 19,84% |
| 041_PA BOLZANO | 1 | 11.371.454,40 € | 15.572.853,26 € | 136,95% | 6.643.302,02 € | 58,42% |
| 042_PA TRENTO | 1 | 11.861.875,00 € | 11.888.244,08 € | 100,22% | 2.981.680,85 € | 25,14% |
| 050_VENETO | 24 | 107.098.677,96 € | 88.182.111,27 € | 82,34% | 27.597.645,49 € | 25,77% |
| 060_FVG | 3 | 27.095.510,91 € | 24.220.131,28 € | 89,39% | 8.468.390,57 € | 31,25% |
| 070_LIGURIA | 8 | 34.827.102,04 € | 28.375.709,25 € | 81,48% | 2.933.528,57 € | 8,42% |
| 080_EMILIA ROMAGNA | 19 | 98.611.659,50 € | 82.850.796,01 € | 84,02% | 26.421.921,61 € | 26,79% |
| 090_TOSCANA | 19 | 82.430.572,00 € | 88.757.529,92 € | 108,25% | 36.453.929,09 € | 44,22% |
| 100_UMBRIA | 7 | 19.434.761,98 € | 15.249.950,60 € | 78,47% | 355.652,90 € | 1,83% |
| 110_MARCHE | 7 | 33.612.075,55 € | 29.922.072,91 € | 89,02% | 1.306.969,29 € | 3,89% |
| 120_LAZIO | 21 | 125.364.151,53 € | 77.600.025,93 € | 61,90% | 18.497.858,24 € | 14,76% |
| 130_ABRUZZO | 8 | 37.961.619,98 € | 30.020.561,71 € | 79,08% | 623.453,57 € | 1,64% |
| 140_MOLISE | 1 | 8.878.222,89 € | 6.971.015,47 € | 78,52% | 1.460.370,71 € | 16,45% |
| 150_CAMPANIA | 29 | 160.943.644,44 € | 129.409.668,23 € | 80,41% | 20.034.484,74 € | 12,45% |
| 160_PUGLIA | 17 | 114.219.989,67 € | 87.256.795,76 € | 76,39% | 22.673.576,00 € | 19,85% |
| 170_BASILICATA | 2 | 16.142.172,00 € | 9.722.594,69 € | 60,23% | 4.079.408,63 € | 25,27% |
| 180_CALABRIA | 11 | 54.573.930,43 € | 43.787.742,20 € | 80,24% | 5.839.380,83 € | 10,70% |
| 190_SICILIA | 29 | 139.853.891,39 € | 123.708.299,45 € | 88,46% | 40.514.631,47 € | 28,97% |
| 200_SARDEGNA | 9 | 47.470.412,07 € | 43.245.448,90 € | 91,10% | 11.036.300,91 € | 23,25% |
| Italia | 281 | 1.490.109.883,17 € | 1.193.693.481,54 € | 82% | 307.391.807,20 € | 21,20% |

Finanziato dall'Unione europea NextGenerationEU — Ministero della Salute — Italiadomani

## M6C2I1.1.1 Digitalizzazione DEA (target comunitario 280)
## Stato finanziario

| M6C2I1.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione)<br>*Sub-misure M6C2I1.1.1.1 - Digitalizzazione DEA I e II livello* | | | |
|---|---|---|---|
| SOGGETTO ATTUATORE | Budget PNRR | Importo richiesto PNRR al 31/01/2025 (dato consolidato il 20/02/2025) | % su Budget PNRR |
| 010_PIEMONTE | 96.335.809,56 € | 26.938.544,48 € | 27,96% |
| 020_VDA | 2.763.313,03 € | 1.697.120,57 € | 61,42% |
| 030_LOMBARDIA | 219.259.037,84 € | 32.669.213,37 € | 14,90% |
| 041_PA BOLZANO | 11.371.453,96 € | 6.366.679,54 € | 55,99% |
| 042_PA TRENTO | 11.861.874,55 € | 2.981.680,84 € | 25,14% |
| 050_VENETO | 107.098.677,96 € | 24.866.034,84 € | 23,22% |
| 060_FVG | 27.095.510,91 € | 4.214.737,37 € | 15,56% |
| 070_LIGURIA | 34.827.102,04 € | 2.055.592,66 € | 5,90% |
| 080_EMILIA ROMAGNA | 98.611.659,50 € | 20.706.044,50 € | 21,00% |
| 090_TOSCANA | 82.430.571,57 € | 31.213.828,44 € | 37,87% |
| 100_UMBRIA | 19.434.761,98 € | 3.277.184,87 € | 16,86% |
| 110_MARCHE | 33.612.075,55 € | 1.239.652,38 € | 3,69% |
| 120_LAZIO | 125.364.151,55 € | 12.936.724,20 € | 10,32% |
| 130_ABRUZZO | 37.961.619,64 € | 942.522,50 € | 2,48% |
| 140_MOLISE | 8.878.222,89 € | 556.644,96 € | 6,27% |
| 150_CAMPANIA | 160.943.647,35 € | 22.844.726,69 € | 14,19% |
| 160_PUGLIA | 114.219.989,70 € | 9.271.942,40 € | 8,12% |
| 170_BASILICATA | 16.142.171,75 € | 4.075.979,47 € | 25,25% |
| 180_CALABRIA | 54.573.930,99 € | 936.277,20 € | 1,72% |
| 190_SICILIA | 139.854.005,62 € | 36.277.064,28 € | 25,94% |
| 200_SARDEGNA | 47.470.412,06 € | 9.628.223,42 € | 20,28% |
| **TOTALE** | **1.450.110.000,00 €** | **255.696.418,98 €** | **17,63%** |

*Fonte: Regis e attività di monitoraggio febb 2025*

Finanziato dall'Unione europea NextGenerationEU
Ministero della Salute
Italiadomani

## M6C2I1.1.2 Grandi apparecchiature (target comunitario 3100)
## Stato procedurale

| Regioni/PP.AA. | NUMERO APPARECCHIATURE DA CIS | % APPARECCHIATURE ORDINATE vs PROGRAMMATE CIS | % APPARECCHIATURE CONSEGNATE vs PROGRAMMATE CIS | % APPARECCHIATURE COLLAUDATE vs PROGRAMMATE CIS |
|---|---|---|---|---|
| 010 PIEMONTE | 181 | 100% | 84% | 82% |
| 020 VALLE D'AOSTA | 2 | 100% | 100% | 100% |
| 030 LOMBARDIA | 380 | 100% | 91% | 89% |
| 041 PA BOLZANO | 23 | 87% | 87% | 87% |
| 042 PA TRENTO | 26 | 100% | 62% | 62% |
| 050 VENETO | 183 | 98% | 96% | 95% |
| 060 FRIULI VENEZIA GIULIA | 41 | 100% | 78% | 66% |
| 070 LIGURIA | 61 | 98% | 75% | 64% |
| 080 EMILIA ROMAGNA | 239 | 100% | 67% | 65% |
| 090 TOSCANA | 120 | 100% | 88% | 85% |
| 100 UMBRIA | 43 | 100% | 77% | 77% |
| 110 MARCHE | 57 | 100% | 82% | 81% |
| 120 LAZIO | 329 | 99% | 97% | 96% |
| 130 ABRUZZO | 89 | 100% | 76% | 76% |
| 140 MOLISE | 23 | 100% | 70% | 57% |
| 150 CAMPANIA | 418 | 94% | 65% | 65% |
| 160 PUGLIA | 273 | 98% | 70% | 67% |
| 170 BASILICATA | 52 | 88% | 65% | 63% |
| 180 CALABRIA | 286 | 97% | 86% | 79% |
| 190 SICILIA | 298 | 92% | 76% | 71% |
| 200 SARDEGNA | 97 | 99% | 67% | 67% |
| **ITALIA** | ***3223*** | **97%** | **80%** | **77%** |
| | *% rispetto al target comunitario (3100 GA)* | **101%** | **83%** | **80%** |

*Fonte: Regis e attività di monitoraggio febb 2025*

Finanziato dall'Unione europea NextGenerationEU
Ministero della Salute
Italiadomani

# M6C2I1.1.2 Grandi apparecchiature (target comunitario 3100)
# Stato finanziario

| M6C2I1.1.2 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (grandi apparecchiature) | | | |
|---|---|---|---|
| SOGGETTO ATTUATORE | Budget PNRR | Importo richiesto PNRR al 31/01/2025 (dato consolidato il 20/02/2025) | % su Budget PNRR |
| 010_PIEMONTE | 78.999.668,72 € | 40.183.358,52 € | 50,87% |
| 020_VDA | 2.266.040,17 € | 2.266.000,00 € | 100,00% |
| 030_LOMBARDIA | 179.802.208,90 € | 109.389.658,43 € | 60,84% |
| 041_PA BOLZANO | 9.325.100,39 € | 6.844.433,72 € | 73,40% |
| 042_PA TRENTO | 9.727.267,20 € | 1.801.741,36 € | 18,52% |
| 050_VENETO | 87.825.701,77 € | 58.210.925,06 € | 66,28% |
| 060_FVG | 22.219.529,75 € | 14.487.971,86 € | 65,20% |
| 070_LIGURIA | 28.559.779,96 € | 15.221.188,62 € | 53,30% |
| 080_EMILIA ROMAGNA | 80.865.967,38 € | 29.263.618,32 € | 36,19% |
| 090_TOSCANA | 67.596.752,20 € | 33.778.725,41 € | 49,97% |
| 100_UMBRIA | 15.937.373,29 € | 5.645.691,68 € | 35,42% |
| 110_MARCHE | 27.563.403,95 € | 16.371.653,33 € | 59,40% |
| 120_LAZIO | 102.804.206,33 € | 62.009.724,06 € | 60,32% |
| 130_ABRUZZO | 31.130.224,47 € | 11.849.394,81 € | 38,06% |
| 140_MOLISE | 7.280.539,50 € | 344.542,15 € | 4,73% |
| 150_CAMPANIA | 131.980.982,80 € | 64.078.883,51 € | 48,55% |
| 160_PUGLIA | 93.665.495,62 € | 28.247.069,89 € | 30,16% |
| 170_BASILICATA | 13.237.302,17 € | 2.355.056,82 € | 17,79% |
| 180_CALABRIA | 44.753.062,11 € | 6.939.659,96 € | 15,51% |
| 190_SICILIA | 114.686.534,16 € | 48.516.200,25 € | 42,30% |
| 200_SARDEGNA | 38.927.859,16 € | 9.756.834,55 € | 25,06% |
| | **1.189.155.000,00 €** | **567.562.332,31 €** | **47,73%** |

*Fonte: Regis e attività di monitoraggio febb 2025*



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

# REPORT NAZIONALE DI SINTESI DEI RISULTATI DEL MONITORAGGIO DM 77/2022 II SEMESTRE 2024









Ministero della Salute



*Il Ministro per gli affari europei, il PNRR e le politiche di coesione*

# Sesta relazione sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

ai sensi dell'articolo 2, comma 2, lettera e), del decreto-legge 31 maggio 2021, n 77, convertito, con modificazioni dalla legge 29 luglio 2021, n. 108

**27 marzo 2025**

**Sezione I**

*Il Ministro per gli affari europei, il PNRR e le politiche di coesione*

# Sesta relazione sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

ai sensi dell'articolo 2, comma 2, lettera e), del decreto-legge 31 maggio 2021, n 77, convertito, con modificazioni dalla legge 29 luglio 2021, n. 108

**27 marzo 2025**

**Sezione II**

## *Ospedale che cambia*

24OreSalute

# Oggi c'è carenza di medici, ma nel 2032 c'è il rischio di averne 60mila in esubero

*Solo fino al 2027 si potrà ancora parlare di carenza di specialisti negli ospedali del Ssn, stimata in circa 20-25.000 unità*

**Marzio Bartoloni**

Fino al 2027 si potrà ancora parlare di carenza di specialisti negli ospedali del Ssn, stimata in circa 20-25.000 unità. Ma lo scenario potrebbe radicalmente cambiare negli anni successivi quando, almeno fino al 2032, si potrebbe sviluppare il fenomeno contrario, cioè quello della pletora medica con ben 60.000 neolaureati, un numero assolutamente superiore a quello necessario a coprire i pensionamenti.

Un esercito di camici bianchi pronto a foraggiare la sanità privata o ad andare a lavorare all'estero nei sistemi sanitari di mezza Europa. È quanto emerge da uno studio Anaao Assomed, il principale sindacato degli ospedalieri, che mostra come oggi ci sia un boom di uscite per la pensione - tra le 12-13mila l'anno -, ma tra 5-6 anni la gobba pensionistica crollerà e queste uscite quasi si dimezzeranno a fronte invece di una esplosione del numero dei laureati in medicina che - grazie anche al maggior numero di ingressi di questi ultimi anni - supereranno abbondantemente i 20mila l'anno più che raddoppiandosi rispetto ad oggi.

**La soluzione non è aumentare i posti a Medicina**

"Chi si illude - commenta **Pierino Di Silverio**, Segretario Nazionale Anaao Assomed - che la soluzione più efficace sia aumentare i posti nelle Facoltà di Medicina e Chirurgia, moltiplicando a dismisura il loro numero o quello dei Corsi di Laurea, pubblici e privati (Enna gode di due corsi e la Calabria si avvia ad avere un Corso di Laurea in Medicina per provincia) senza prima risolvere le criticità del sistema, dimostra una pericolosa superficialità con il rischio di favorire uno sperpero di risorse pubbliche in mancanza di prospettive occupazionali all'interno del Ssn" "Gli interventi limitati all'offerta formativa appaiono sostanzialmente inefficaci nel fermare l'esodo dal sistema sanitario pubblico", prosegue Di Silverio.

**il sindacato dei medici: "Cruciale rendere attrattivo il lavoro in ospedale"**

"È cruciale, invece, rendere attrattivo il lavoro nell'ospedale e nei servizi territoriali per cercare di accrescere l'opzione in favore del SSN da parte dei medici specialisti e specializzandi. All'attuale offerta formativa, che in tutta evidenza richiede un ripensamento sia in termini qualitativi che quantitativi, anche per il rischio di pletora nei prossimi anni, deve essere abbinato un sistema di incentivi e di valorizzazione del lavoro medico in termini di riconoscimento sociale ed economico, oltre che di ruolo all'interno delle aziende".

Solo attraverso un incremento della disponibilità ad essere assunti, con una conseguente crescita delle dotazioni organiche, "si potranno migliorare quei carichi di lavoro oramai divenuti insopportabili per molti operatori del Ssn e ridurre liste di attesa che rappresentano ormai il primo motivo di preoccupazione per i cittadini". "Il medico - conclude Di Silverio - oggi abbandona il SSN perché male retribuito, aggredito, esposto a rischi di contenzioso medico-legale e privato del tempo necessario per dedicarsi senza ostacoli alla vita sociale e familiare fonte di realizzazione delle aspirazioni personali".

**Assumere più medici di fronte all'invecchiamento della popolazione**

Un ulteriore elemento che emerge dallo studio è legato all'aumento del bisogno di salute conseguente al progressivo invecchiamento della popolazione. Dal 2002 al 2022, l'età media è passata da 41,9 a 46,2 anni, gli over 65 sono passati dal 18,7% al 23,8%, gli over 80 dal 4,38% al 7,6% in rapporto alla popolazione totale.

Eppure i medici in questo ventennio non sono aumentati così come ci si aspetterebbe, ma sono addirittura diminuiti rispetto all'anno di massima espansione delle dotazioni organiche, il 2009, e nel confronto con la media europea in rapporto a 1000 abitanti over 75 anni.

Affrontare questa situazione senza interventi adeguati è semplicemente impossibile: “Non si può pensare di affrontare una richiesta di cure notevolmente più alta di 20 anni fa - commenta Di Silverio - con una ridotta forza lavoro, stimata in 24.797 medici tenendo conto della maggiore domanda da parte dei cittadini con oltre 75 anni di età”.

**https://www.ilsole24ore.com/art/oggi-c-e-carenza-medici-ma-2032-c-e-rischio-averne-60mila-esubero-AGFbb0HD?&cmpid=nl_sanita24**

24OreSalute

# Liste d’attesa priorità per gli italiani. Schillaci: ecco dove sono state già ridotte

*L’industria farmaceutica sollecita un piano strategico: l’Italia può diventare l’hub europeo per la produzione e la ricerca*

**Ernesto Diffidenti**

Il 74% dei cittadini considera salute e sanità priorità assoluta mentre i tempi lunghi d’attesa per esami diagnostici (73%), prime visite (67%) e carenza di personale medico e sanitario (58%) sono considerate le principali criticità del Servizio sanitario nazionale.
È il quadro che emerge dal sondaggio condotto da Ipsos presentato in occasione della settima edizione di “Inventing for Life Health Summit”, organizzato da MSD Italia.
Il giudizio espresso dai cittadini italiani sul Ssn è ancora sostanzialmente positivo tanto che il 62% si dichiara soddisfatto dell’offerta sanitaria in Italia, pur con un notevole divario regionale, mentre il 46% ritiene che il settore pubblico meriti un potenziamento. In questa direzione per quasi l’80% degli italiani l’incremento della spesa pubblica in sanità è una priorità strategica (dato in aumento di 9 punti percentuali rispetto al 2023).

**Schillaci: passi avanti sulla riduzione delle liste d’attesa**
Per il ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, intervenuto all’evento, “anche quest’anno arriva la conferma che gli italiani considerano la sanità una priorità, prima ancora del lavoro; ciò vuol dire che ormai è radicata la consapevolezza che la salute è un fattore di progresso e di benessere sia a livello del singolo che della collettività”. “La legge sulle liste d’attesa - ha spiegato - sta iniziando gradualmente a dare risultati. E ci sono già numeri che lo indicano. Tra un po’ sarà completata la piattaforma Agenas così avremo finalmente i dati regionali per poi poter intervenire con le Regioni laddove ci sono problemi”. Il ministro ha citato il Piemonte “dove sono state attivate le visite e gli esami anche la sera e nei weekend con 8mila prestazioni aggiuntive già effettuate da gennaio a oggi” e il Lazio che ha aumentato le prestazioni “grazie alla centralizzazione del Cup e alla riorganizzazione del sistema”.

**Emergenza Pronto soccorso legata a riforma dell’assistenza territoriale**
Il tema del Pronto soccorso, secondo Schillaci, “è legato in maniera indissolubile alla grande riforma dell’assistenza territoriale che stiamo portando avanti con il Pnrr”. “È chiaro a tutti - ha sottolineato - che quando avremo completato il Piano e con la diffusione capillare delle Case e degli Ospedali di Comunità che dovranno garantire assistenza 24 ore su 24, gli italiani potranno trovare sul territorio le risposte a tutti i loro bisogni di salute non urgenti e che non necessitano di recarsi al Pronto soccorso”. E con il rafforzamento della medicina del territorio, non solo gli ospedali torneranno ad essere luoghi di cura per acuti e per la terapia e il

trattamento delle patologie complesse “ma sarà possibile una riorganizzazione delle strutture ospedaliere, affinché siano sempre al passo con i continui cambiamenti che stanno interessando la società e la sanità”.

**Garavaglia: lavorare sulla qualità della spesa**
Le risorse per potenziare il Ssn, secondo **Massimo Garavaglia** presidente commissione Finanze del Senato, potrebbero essere ulteriormente aumentate a beneficio dell’assistenza. “Abbiamo un enorme problema che può diventare un’opportunità unica - ha spiegato - : la spesa sanitaria è sufficientemente elevata ma dobbiamo lavorare ancora sulla qualità della spesa. Continuiamo a registrate grandi differenze sul territorio ma tenendo conto che la spesa è uniforme, quindi pro capite, è necessario lavorare su tali diseguaglianze e da lì recuperare molte risorse”.

**Luppi (MSD Italia): farmaceutica volàno della crescita economica**
Per **Nicoletta Luppi**, presidente e amministratrice delegata di MSD Italia “la sanità rappresenta una questione nevralgica da affrontare in maniera sinergica per ridisegnare il futuro del nostro Paese e preservare un servizio sanitario nazionale universalistico di valore come il nostro”. In questa direzione la chiave di volta “è l’innovazione, frutto di un’intensa e ingente attività di Ricerca&Sviluppo di cui realtà come MSD si fanno promotrici”. “Siamo parte di un comparto farmaceutico che eccelle nel mondo - ha aggiunto - siamo l’unico settore manifatturiero in crescita e tra i primi per import ed export, con le nostre attività incidiamo positivamente sul Pil nazionale. Siamo un’eccellenza da preservare e sostenere perché volano della crescita economica italiana per cui necessitiamo di interventi mirati”. Pertanto, una riforma sistemica che incentivi gli investimenti, supporti la ricerca e premi l’innovazione “si configura come l’unica soluzione per garantire un accesso alle cure equo ed efficiente per porre davvero al centro i pazienti e i loro bisogni”.

**Una visione strategica e di lungo periodo per l’industria**
Secondo Nicoletta Luppi il recente incremento del Fondo sanitario e le nuove regole per il fondo farmaci innovativi “rappresentano un ulteriore passo nella direzione desiderata, ma è fondamentale adottare misure strutturali e costruire una visione strategica a lungo termine”. “L’Italia - ha sostenuto - deve puntare a diventare hub di riferimento per l’innovazione in campo sanitario e attrarre investimenti per la ricerca clinica nel nostro Paese con adeguati incentivi”. L’Italia ha inoltre l’opportunità di guidare, a livello europeo, “un ripensamento dei criteri contabili affinché voci strategiche come l’immunizzazione non siano più trattate come spesa corrente, ma vengano riconosciute come un investimento e detratte dal calcolo deficit/PIL”. “Possediamo le risorse, le competenze e il know-how per ritagliarci un ruolo da protagonisti - ha concluso -. È fondamentale avere il coraggio di compiere oggi le scelte giuste per trasformare queste potenzialità in un vantaggio concreto per la Salute dei cittadini e per il futuro del Paese e dell’Europa”.

**Cattani (Farmindustria): riformare la governance**
Idee e progetti rilanciati anche dal presidente di Farmindustria, **Marcello Cattani** secondo cui l’industria farmaceutica è strategica per la salute, la crescita economica e la sicurezza. “In Italia - ha detto - in 20 anni la mortalità totale è diminuita del 25% e per le patologie croniche del 35% mentre il record storico raggiunto dall’export di 54 miliardi di euro nel 2024 sottolinea il ruolo della farmaceutica nella crescita economica con i dati che la confermano al primo posto per indice di competitività, produttività, open innovation, e con farmaci e vaccini, per surplus con l’estero, +20 miliardi di euro nel 2024”. Secondo Cattani la farmaceutica “è fondamentale anche per la sicurezza nazionale soprattutto nell’odierno contesto geopolitico e sotto la minaccia di dazi da parte degli Usa”. “L’industria apprezza l’operato del Governo - conclude Cattani - che sta andando nella giusta direzione ma ora per restare attrattivi è fondamentale una strategia nazionale sulla farmaceutica e le scienze per la vita con una decisa riforma della governance della spesa farmaceutica pubblica che superi progressivamente il payback, aumenti la competitività e attragga gli investimenti”.

**https://www.ilsole24ore.com/art/liste-d-attesa-priorita-gli-italiani-schillaci-ecco-dove-sono-state-gia-ridotte-AGo8StKD?cmpid=nl_sanita24**

quotidianosanità.it

# Considerazioni sullo stato della sanità e delle liste d'attesa

**Lucio Mango,** *Docente di Management Sanitario-Università degli Studi Internazionali di Roma (UNINT)*

*Gentile Direttore,*
"La piattaforma nazionale per il monitoraggio delle liste d'attesa ancora non c'è, l'Agenas doveva metterla in moto ma non l'ha fatto. Nel decreto che la prevede manca inoltre una parte relativa sia alla parte economica sia a quella normativa. Il disegno di legge 1241 collegato al decreto in questo momento è fermo in Senato, ma il presidente della Commissione Sanità Zaffini ha annunciato che entro febbraio sarà in Aula".
Queste le parole del Presidente dell'Ordine dei Medici di Roma, Magi, alla trasmissione di Rai3 "Elisir" il 28 febbraio scorso, quindi comunque già ben oltre il termine citato dal Sen. Zaffini, che appunto annunciava che entro febbraio sarebbe stato in aula, cioè già licenziato dalla Commissione Sanità da lui presieduta.
Ma il sito del Senato (https://www.senato.it/leg/19/BGT/Schede/Ddliter/comm/58536_comm.htm) ci dice che il disegno di legge è ancora in discussione in commissione e quindi ancora deve approdare in aula del Senato e poi andare alla Camera e poi e poi e poi. Ricordo mestamente che il Ministro Schillaci ha presentato il DDL il 24 settembre!
Se si fosse trattato di un disegno di legge diciamo così ordinario, forse questo lungo iter non avrebbe sorpreso, ma queste iniziative erano state già in maniera roboante annunciate in una conferenza stampa del Ministro ormai di quasi un anno fa (era il 7 giugno del 2024) alla presentazione del decreto legge n. 73 *"Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie",* convertito nella legge 107 del 29 luglio 2024, dove affermava di aver risolto il problema delle liste d'attesa appunto per mezzo dei provvedimenti contenuti nel decreto legge.
Alla faccia delle *"misure urgenti"* queste non stanno ancora producendo gli effetti annunciati a causa innanzitutto dei ritardi nell'emanazione di tutti i Decreti attuativi. Schillaci quindi si vedeva costretto a ideare questo "nuovo" dispositivo, questo DDL, denominato appunto *"Misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria".* Chissà perché ha ritenuto di dover trasformare le *"misure urgenti"* in *"misure di garanzia",* dove sarà finita l'urgenza?
Intanto subito fa riferimento a "recenti" dispositivi di legge del 2017, 2019 e 2020! Fa anche riferimento (Art.1 c.5) all'offerta degli erogatori privati accreditati, previa stipula degli accordi contrattuali previsti dall'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Vale la pena ricordare che questi accordi contrattuali in realtà non esistono. Sono stati infatti sostituiti per prassi regionale dallo storico delle prestazioni applicando dei tetti di spesa; una volta esauriti i tetti (cosa che in genere avviene poco dopo l'estatate) le strutture private "accreditate" forniscono la prestazione a pagamento direttamente dalle tasche dei cittadini.
Tutto ciò senza una discriminante sul tipo di prestazioni prestate, indipendente dal fatto se le strutture pubbliche necessitino o meno di queste prestazioni, in barba agli "accordi contrattuali" che invece dovrebbero prevedere la richiesta al privato solo di quelle prestazioni che il pubblico fatica a erogare, per i più svariati motivi.
Il Ministro Schillaci in un'altra occasione, la presentazione del 21° Rapporto sull'attività ospedaliera in Italia presso il Censis, aveva affermato che il privato *"convenzionato"* sono un tutt'uno integrato col pubblico. La partecipazione del Ministro, ad un evento organizzato da erogatori privati, al di là di una cortesia istituzionale, ha invece manifestato la volontà di questo governo di favorire, anzi incentivare, l'apporto degli erogatori privati a un SSN, con lo svilimento dei suoi fini istituzionali, in particolare quando ha detto che andava incentivato l'acquisto di prestazioni da parte dei privati.
Si ha come l'impressione che il Sistema Sanitario Nazionale non possa fare a meno del privato accreditato. Insomma un prodotto, destinato a fare da mero supporto della sanità pubblica si sta avviando ad essere un pilastro dello stesso sistema, fin quasi a sostituirlo, decretandone la fine!
Questa deriva è molto pericolosa se il privato prende il sopravvento, possiamo dire addio all'articolo 32 della Costituzione! Possiamo dire addio alla prevenzione!

È infatti noto che nell'attività del privato accreditato non c'è spazio alla "non malattia", se non c'è il malato non c'è la prestazione, non c'è il guadagno. E, nell'ottica dello "scopo di lucro" che anima l'imprenditoria privata, a fare prevenzione e ricercare mezzi utili al generare salute non si guadagna, si spende e basta!
*"È un problema grosso che va contro l'articolo 32 della Costituzione, il quale prevede che tutti i cittadini debbano avere subito garantito il Servizio sanitario nazionale"* ha poi detto il presidente dell'Ordine dei Medici di Roma alla trasmissione "Elisir", parlando della prospettiva di un numero sempre maggiore di interventi privati pagati a spese dei cittadini.

**https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=128559**

## *Medicina territoriale*

quotidianosanità.it

### Case della Comunità. Schillaci: "Non si rilevano criticità rispetto a impegni con Europa". E sui medici di famiglia: "Possibile riorganizzazione contrattuale del ruolo unico"

*"In ogni caso, devo ricordare che l'accordo collettivo nazionale, sottoscritto nel febbraio del 2024, ha declinato questo nuovo modello organizzativo di erogazione dell'assistenza primaria nell'ambito dei rapporti di lavoro. Gli interventi del medico a attività oraria sono finalizzati a realizzare la continuità dell'assistenza per tutto l'arco della giornata a partecipare alla presa in carico dei pazienti". Così il Ministro della Salute rispondendo in aula alla Camera al question time ad un'interrogazione presentata da Azione.*

**19 MAR** -
"All'esito del monitoraggio riferito, al secondo semestre 2024 risultano attive 485 case di comunità. Non si rilevano, ad oggi, criticità rispetto agli impegni assunti per la Commissione europea. Devo far presente, inoltre, che nella recente cabina di regia dedicata alla Missione 6, presieduta dal Ministero degli Affari europei, il PNRR e le politiche di coesione, il 6 marzo scorso, a livello nazionale, sono stati avviati cantieri per oltre 940 case di comunità, superando il 90 per cento dei cantieri previsti per il raggiungimento del target".
Quanto alla carenza di personale sanitario: "È in corso un confronto serrato con le regioni per individuare un nuovo modello di erogazione delle cure primarie, che potrebbe riorganizzare anche i rapporti contrattuali, in particolare il ruolo unico di assistenza primaria. Si sta discutendo, poi, sul regime da applicare anche attraverso un confronto con le categorie interessate".
Così il Ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, rispondendo oggi pomeriggio in Aula alla Camera al question time ad un'interrogazione sul tema presentata da **Giulia Pastorella (Azione)**.

**Di seguito la risposta integrale del ministro Schillaci.**
"Ringrazio gli interroganti per il quesito posto. Ricordo che il decreto del Ministero della Salute n. 77 del 23 maggio 2022 ha delineato il nuovo modello organizzativo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, il cui perno è il distretto sanitario e al cui interno riveste un ruolo fondamentale la casa di comunità.

Come è noto, la casa di comunità introduce un modello organizzativo di approccio integrato multidisciplinare, con un'équipe multiprofessionale territoriale.
In tali strutture, per poter erogare tutti i servizi sanitari di base, è previsto che operino in équipe medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, in collaborazione con infermieri di famiglia o comunità ed altri specialisti ed operatori sanitari. Più precisamente, per quanto riguarda le case di comunità con presenza medica obbligatoria, è stabilito che prestino servizio, in quanto facenti parte del ruolo unico di assistenza primaria, medici di assistenza primaria ad attività oraria e medici di medicina generale a ciclo di scelta.
A tal riguardo, premesso che i soggetti attuatori della riforma sono le regioni e province autonome, che devono provvedere all'adeguamento dell'organizzazione dell'assistenza territoriale agli standard definiti dal decreto ministeriale che ho citato precedentemente, il monitoraggio semestrale è assicurato dal Ministero tramite Agenas. All'esito del monitoraggio riferito, al secondo semestre 2024 risultano attive 485 case di comunità. Non si rilevano, ad oggi, criticità rispetto agli impegni assunti per la Commissione europea.
Devo far presente, inoltre, che nella recente cabina di regia dedicata alla Missione 6, presieduta dal Ministero degli Affari europei, il PNRR e le politiche di coesione, il 6 marzo scorso, a livello nazionale, sono stati avviati cantieri per oltre 940 case di comunità, superando il 90 per cento dei cantieri previsti per il raggiungimento del target.
Per quanto riguarda, poi, il problema della carenza dei medici, è in corso un confronto serrato con le regioni per individuare un nuovo modello di erogazione delle cure primarie, che potrebbe riorganizzare anche i rapporti contrattuali, in particolare il ruolo unico di assistenza primaria. Si sta discutendo, poi, sul regime da applicare anche attraverso un confronto con le categorie interessate.
In ogni caso, devo ricordare che l'accordo collettivo nazionale, sottoscritto nel febbraio del 2024, ha declinato questo nuovo modello organizzativo di erogazione dell'assistenza primaria nell'ambito dei rapporti di lavoro. Gli interventi del medico ad attività oraria sono finalizzati a realizzare la continuità dell'assistenza per tutto l'arco della giornata e a partecipare alla presa in carico dei pazienti.
Risulta evidente che gli obiettivi esposti ed inseriti nell'ACN, nell'atto di indirizzo del mio Ministero, già contenevano gran parte delle esigenze individuate per l'apertura e il funzionamento ottimale delle case di comunità. Il dibattito attuale sulla forma contrattuale non inficia in alcun modo i punti qualificanti già in essere.
Per completezza di informazione, ricordo che nel corso degli anni sono state rese disponibili risorse finanziarie per coprire i costi del personale. La legge di bilancio del 2024 ha ulteriormente incrementato, per gli anni 2025 e 2026, i maggiori oneri per la spesa di personale dipendente, da reclutare anche in deroga ai vincoli in materia di spesa di personale, previsti dalla vigente legislazione.
Fermo restando quanto riferito in merito ai medici, segnalo che il Ministero intende porre in essere ogni iniziativa per risolvere la problematica relativa alla carenza di infermieri (problema tra l'altro presente in tutta Europa).
Concludo rappresentando che il Ministero della Salute è costantemente impegnato in un confronto con le regioni per rafforzare la presenza di tutti i professionisti sanitari interessati dalla riforma nelle strutture istituite per effetto del DM n. 77 del 2022".

**La replica di Antonio D'Alessio (AZ-PER-RE).** Signor Ministro, noi prendiamo atto delle buone intenzioni, ma non siamo soddisfatti perché siamo su una scia di ritardi pazzeschi. A volte, nel dibattito politico, le opinioni e le dichiarazioni sono sostituite dai numeri e questi sono numeri poco rassicuranti, perché siamo in ritardo, non riusciamo a correre e a seguire quelle che sono le esigenze del Paese. I numeri non possono essere sottoposti a letture soggettive - in Italia, la sanità purtroppo, soprattutto al Sud, è in condizioni disastrose - o i dati quanto a strutture, personale, tempi di attesa ed altro. Non possiamo permetterci di perdere un'ora in più di quella che già abbiamo perso in passato, non possiamo lasciare non utilizzato nemmeno un euro, dobbiamo correre in maniera veloce.
La considerazione che corre, che ci che ci viene spontanea è questa: nella scala di priorità del Governo, che posto occupa la sanità? Noi, come opposizione, siamo convinti che facciamo un'opposizione sempre costruttiva, anche comprensiva di quelle che sono le difficoltà, ma in ogni finanziaria, diciamo, mettiamo al primo posto la sanità come risorse. È un settore sul quale se non si investe in maniera significativa le cose purtroppo non miglioreranno. Abbiamo telefonate continue da tutti i comuni, da tutti i centri, da tutti i

territori, da tutte le comunità. La criticità numero uno in Italia, in questo momento, è la sanità e voi avete il dovere di provvedere bene e subito con riferimento all'utilizzo delle risorse per la sanità stessa. Noi, come opposizione, abbiamo il dovere di seguire, di sollecitarvi nella direzione dell'efficienza e del miglioramento urgente della nostra sanità. È una priorità assoluta, non possiamo assolutamente posporla a nessuna esigenza del Paese

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=128483

welforum.it Osservatorio nazionale sulle politiche sociali

## Community for action

*Un progetto per generare comunità educanti e potenziare i processi collaborativi*

**Angelo Buonomo**

Nel 2020, nei mesi in cui scoprivamo e imparavamo a conoscere il Coronavirus, l'impresa sociale *Con i bambini,* che gestisce il Fondo povertà educativa – non rinnovato nell'ultima legge di bilancio, poi recuperato, con importi ridotti, nel *milleproroghe* – emanava il Bando Comunità educanti, una sperimentazione volta a mettere in rete attori, agenzie educative, enti del terzo settore, imprese responsabili con l'intento di promuovere inclusione sociale, generare innovazione, implementare i percorsi educativi a partire dal potenziamento delle cosiddette infrastrutture sociali. Il bando, che ricevette 754 proposte progettuali e ne finanziò 152 in tutta Italia, mirava a dare vita a processi duraturi nel tempo, capaci di valorizzare le risorse territoriali attraverso reti leggere con l'intento di contrastare la povertà educativa.

Uno dei 152 progetti sostenuti è *Community for Action* promosso dall'Associazione Sottencoppa in collaborazione con Associazione SO. LE. – SOlidarietà & LEgalità, Azienda Consortile N19 ACCC, Liceo Scientifico "Filippo Brunelleschi", U.S. Rugby Afragola, Università degli Studi di Napoli Federico II – Dipartimento di Architettura, Università di Salerno – Dipartimento di Scienze Politiche e della Comunicazione, Istituto Superiore "Sandro Pertini", Auser Afragola Let's do It! Italy; il progetto ha preso il via ufficialmente il 13 febbraio 2023. Il percorso ha avuto come obiettivo generale quello di dare vita a una comunità educante nella Città di Afragola, in provincia di Napoli. Nella fase di realizzazione del progetto si è consolidato il consenso da parte delle reti associative, delle studentesse e degli studenti, dai collettivi studenteschi, dagli enti territoriali circa la necessità di mettere al centro della comunità educante la Masseria Antonio Esposito Ferraioli – il bene confiscato più grande dell'area metropolitana di Napoli riutilizzato per scopi sociali – trasformato in un vero e proprio hub dell'educazione non formale.

Afragola è una città che presenta diverse fragilità sociali come povertà educativa, sottoutilizzo di spazi e luoghi di aggregazione, l'urgenza di ricostruire reti relazionali solide. Al tempo stesso il territorio presenta numerosi elementi di risorsa e potenzialità sociali e ambientali come, ad esempio, proprio la Masseria Antonio Esposito Ferraioli, la Casa del Popolo quale luogo di incontro e socializzazione, numerose associazioni sportive dilettantistiche, scuole attive e capaci di mettersi in relazione con il territorio.

**La condizione giovanile oggi**

La narrazione pubblica attorno ai giovani in questi ultimi anni ha intensificato il paternalismo introducendo un meccanismo inedito, dall'alto verso il basso, di conflitto generazionale rovesciato. In altre parole, stiamo

assistendo a un conflitto univoco di alcuni adulti – in particolare nelle classi dirigenti e nelle élite – *contro* i giovani definiti con diverse accezioni negative: "choosy", bamboccioni, mammoni, fannulloni etc. In questo contesto si amplificano i disagi psicologici delle ragazze e dei ragazzi, si implementano gli elementi di preoccupazione verso il futuro e di precarietà senza riconoscere le risorse relazionali, le nuove competenze, le visioni di diverse generazioni che cercano di ritrovare il proprio protagonismo a loro modo; come è evidenziato da alcuni documenti della stessa impresa sociale "Con i bambini":

*"quasi la metà dei casi problematici di salute mentale si verifica entro i 14 anni di età e il 75% di essi si sviluppa entro i 24 anni, ma difficilmente la causa viene individuata e ancor più raramente si attiva la presa in carico. Peraltro va tenuto sempre presente che la distinzione stessa di casi, come la gravità delle sofferenze, va messa in relazione con i caratteri dell'età evolutiva. Con questa prudenza va, tuttavia, ricordato che un rapporto UNICEF stima che in Italia, prima della pandemia, il 16,6% dei ragazzi e delle ragazze fra i 10 e i 19 anni, circa 956.000 persone, soffrisse di problemi legati alla salute mentale, con una prevalenza nelle ragazze (17,2%, pari a 478.554) rispetto ai ragazzi (16,1%, pari a 477.518) e con un'incidenza in aumento con l'età (Fonte: On my mind. Promoting, protecting and caring for children's mental health, Regional brief: Europe, Unicef, 2021)"*[1].

Allo stesso tempo si evidenziano alti tassi di dispersione e abbandono scolastico, in particolare nel Mezzogiorno del Paese. Nel 2023 l'Italia è il quinto paese con più abbandoni (10,5%), dopo Romania (16,6%), Spagna (13,7%), Germania (12,8%) e Ungheria (11,6%)[2]. A questi si aggiungono ulteriori elementi di fragilità che configurano la difficile condizione delle ragazze e dei ragazzi come, ad esempio, quelli relativi ai giovani NEET che nel Mezzogiorno sono 1 milione e 210 mila, di cui 402 mila (FONTE: ISTAT, 2023).

Questo racconto non agevola i percorsi di autonomia e di empowerment dei più giovani, sempre più ingabbiati in categorie vetuste. Possiamo dire, in maniera sintetica, che questa situazione ha portato a un prolungamento dell'età adolescenziale, a una emarginazione, alla nascita di nuovi disagi e patologie psicologiche e sociali, elementi amplificati da uno stato di precarietà generale unito a una condizione che porta alle *solitudini connesse*.

Questa condizione, come emerge dai dati qui riportati, assume contorni ancora più preoccupanti nel Mezzogiorno del Paese che vivono criticità sociali storiche. Pertanto, è possibile sostenere che il conflitto si è spostato dall'esterno verso l'interno. Una situazione articolata che esplode nelle periferie del Paese e fa emergere disagi complessi: aumentano i casi di dipendenza, l'assunzione di psicofarmaci, i fenomeni di esclusione volontaria dalla società, si assiste al ritorno prepotente dei disturbi alimentari.

In altre parole, i giovani sono identificati dagli adulti come portatori di elementi esclusivamente negativi; il mondo adulto demonizza il digitale – inteso come male assoluto – trascurando il patrimonio di valori e saperi di cui si fanno portatori le ragazze e i ragazzi.

**Generare comunità educanti**

Il progetto *Community for action* ha inteso rispondere ai bisogni dei minori della città di Afragola attraverso la valorizzazione del potenziale inespresso e l'attivazione di percorsi partecipativi che vedono i giovani protagonisti. Il progetto si articola in diverse azioni volte a promuovere il protagonismo giovanile e attivare le risorse della comunità di riferimento. È stato istituito un "Tavolo attori per la comunità educante di Afragola" uno spazio di confronto che continua a coinvolgere gli attori territoriali e singoli esperti nella sfera dell'educazione con il compito di raccogliere le proposte progettuali dei giovani e di trasformarle in servizi socio-educativi, di ascoltare il territorio e rafforzare le reti collaborative. Disegnare il futuro – Laboratori co-progettazione, ha realizzato un laboratorio con minori dai 5 agli 11 anni e due laboratori dedicati ai giovani dai 12 ai 18 anni nei quali, con l'ausilio di facilitatori ed educatori, sono stati progettati giochi e servizi educativi (è in fase di realizzazione uno STEM Park presso la Masseria), mentre con le studentesse e gli studenti delle scuole secondarie sono emersi progetti aggregativi e di socializzazione, in particolare un percorso di benessere psicologico attraverso la mindfulness da realizzare sempre presso il bene confiscato. L'attività "Affido e co-gestione spazi", ha realizzato una mappatura delle risorse socio-ambientali del territorio, l'ideazione e rigenerazione di spazi che, attraverso un laboratorio di autocostruzione hanno dato vita a un

percorso benessere e sport, inoltre sono emersi progetti utili per migliorare i setting educativi e dei servizi sociali territoriali nell'ottica di prendersi cura del disagio e delle fragilità in luoghi di bellezza. L'azione "Genitori di comunità" è stata immaginata e realizzata come uno spazio integrato di supporto alla genitorialità, un luogo di ascolto e di mutuo-aiuto rivolto ai singoli e alle coppie accompagnati da esperti, un percorso complesso che ha saputo potenziare le risorse disponibili ampliando l'azione e rendendo stabili i servizi grazie alla legge regionale sulla psicologia scolastica e le risorse del PNRR, garantendo la continuità delle azioni. Giovani per la comunità educante ha visto la selezione, formazione e l'accompagnamento di 25 giovani under 35 per favorire l'acquisizione di nuove competenze sociali volte ad accompagnare e a facilitare i processi nella comunità educante al fine di mettere a disposizione della comunità educante nuove figure professionali capaci di lavorare nel sociale e di accompagnare i processi di comunità. "Progettare comunità" è un ciclo di 4 workshop dedicati ai professionisti del lavoro sociale e di comunità: educatori, psicologi, assistenti sociali, operatori del terzo settore che ha messo in condivisione strumenti di innovazione sociale e fatto nascere collaborazioni volte a potenziare i servizi. L'attività "Insieme – Facilitazione dei servizi" ha previsto il potenziamento dei servizi sociali territoriali attraverso un percorso di accompagnamento da parte di esperti e la trasformazione in azioni concrete dei servizi educativi elaborati dai ragazzi nei laboratori di coprogettazione. In fase di conclusione il progetto prevede la scrittura, la diffusione e la sottoscrizione di un "Patto comunità educante", che prevederà due modalità di adesione: la prima dedicata ai soggetti territoriali attraverso impegni concreti a favore della comunità educante di Afragola, la seconda tramite un sostegno extraterritoriale da parte di organizzazioni e singoli che sottoscriveranno l'impegno in forma solidale a livello regionale e nazionale.

**Innovare i processi**

Il bando Comunità educanti promosso da Impresa sociale Con i bambini si caratterizza per l'attivazione di processi sperimentali nei territori in cui insiste. Community for action ha rappresentato un processo articolato e sperimentale che mira a mobilitare le risorse sociali territoriali, rigenerare i servizi sociali territoriali, sperimentare percorsi di protagonismo giovanile nella città di Afragola. Ha puntato a intervenire sulle situazioni di fragilità sociale dei minori e delle loro famiglie e, allo stesso tempo, a valorizzare le risorse territoriali, i potenziali inespressi per dare vita a reti collaborative e creare spazi – materiali e immateriali – nei quali attivare percorsi educativi innovativi. Dentro questa sperimentazione si intende mettere in rete gli attori locali e dare vita a una comunità educante solida e duratura per superare le criticità e costruire felicità pubblica attraverso la promozione del benessere sociale, con spazi di protagonismo giovanile, nuovi servizi educativi volti a superare il rischio esclusione e marginalità, le povertà educative e materiali. Una possibilità di trasformazione radicale, per generare cambiamenti significativi e irreversibili perché come sostiene Edgar Morin "*Tutto ciò che non si rigenera, degenera".*

**Community for action - Welforum.it**

quotidianosanità.it

## Il ruolo centrale dei Distretti nella riorganizzazione dell'assistenza territoriale

**Antonino Trimarchi, Paolo Da Col,** *Responsabili Centro Studi CARD Italia*

**24 MAR** -

*Gentile Direttore,*

incoraggiati dalla buona accoglienza del nostro intervento al recente Convegno Nazionale della Fnopi e dell'amabile apprezzamento della Presidente Barbara Mangiacavalli, desideriamo renderne noti attraverso QS i principali messaggi, nella speranza che possano risultare utili a riflessioni anche del mondo esterno alle professioni infermieristiche.

Abbiamo esordito cercando di rispondere alle due domande-titolo del Convegno: *Che Paese sarà l'Italia ? con quale assistenza ?* La risposta alla prima, secondo Card, è che dovrà essere un paese orgoglioso di avere un SSN forte, solido, equo. Perché non possiamo non permettercelo (superando quindi i dubbi se potremo permettercelo, punto di partenza errato).
Abbiamo già argomentato su Quotidiano Sanità come questo richieda innanzitutto un radicale cambio di passo delle politiche macroeconomiche, abbandonando ogni logica di austerità, per riacquistare risorse e poter privilegiare i servizi di welfare e cura alla persona (oggi diventa attuale la distinzione: non per alimentare strategie bellicistiche); per rivedere con altri paradigmi la stretta connessione tra economia e salute, verso altre prospettive, espansive.
Rispetto alla domanda *con quale assistenza*?, Card è tra i tanti che ritengono che l'assistenza "riformata" non possa che basarsi su una totalmente nuova assistenza territoriale. Più "territorio" per più salute per tutti.
Nel ricordare che Card è la Società scientifica delle attività territoriali e dei Distretti, precisiamo che noi li sosteniamo perché "vogliamo bene ai distretti" per difesa-deriva "partigiana" (particolare), ma perché vogliamo il bene (salute) della gente (visione della centralità della persona e della Comunità, globale).
Se il Paese può essere rappresentato dagli 8.000 Comuni, noi diciamo che queste specificità si riflettono nei 5-600 Distretti della Comunità, luoghi per le politiche della salute globale fatte di promozione, protezione, prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, elementi messi in campo nel loro insieme coerente e coordinato, efficiente ed efficace, in un'azione collettiva unitaria. In ogni "territorio" deve esistere per questo un agente attuativo-organizzativo, che – alle condizioni date – non può che essere il Distretto.
Del resto, lo stesso DM 77 (all. 1, par.4) lo definisce: "(Il distretto) *luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali* ."
Fatta questa premessa introduttiva, nel nostro intervento abbiamo ripreso la metafora "Inventata" da Card del "cubo della salute", interpretazione del cubo di Rubik (onorati che esso sia stato il logo del Convegno Fnopi), che pensiamo possa avere un valore metodologico generale per chi si occupa di sistemi complessi, e specifico per chi, come noi, lavora per armonizzare la multidimensionalità dell'assistenza territoriale e distrettuale.
Se lo scopo per "risolvere il cubo" è ottenere l'allineamento dei colori di tutte le facce e caselle, se essi vanno a rappresentare i tasselli di un sistema sanitario complesso occorre capire che muovere (agire) solo su una faccia non porta al successo finale, raggiungibile solamente coordinando gli spostamenti-movimenti di tutte le componenti, arrivando solo così all'ordine finale, che potrebbe essere appunto la "nuova organizzazione dell'assistenza territoriale" (ma anche del nuovo SSN).
Dobbiamo quindi agire in una visione d'insieme, intelligentemente, per riuscire a spostare e muovere via via le singole facce del cubo, affiancandole l'una all'altra in coerenza con i colori (rappresentano le attività distrettuali).
Fuor di metafora, l'integrazione perfetta per una organizzazione di salute globale sta nell' insieme multifattoriale, multidimensionale, multiprofessionale e multidisciplinare che pone in congiunzione, coerenza, unitarietà tutto quanto oggi appare frammentato. Si mettano dunque insieme gli interventi "i colori del cubo" assegnabili all'area delle Cure Primarie, della Salute Mentale, della Riabilitazione, delle cure alla Donna al Bambino e alla Famiglia, delle cure all'Anziano.
Di tutte queste il distretto deve diventare l'agente con il mandato realizzativo. Il cubo può essere metafora, oltre che dell'insieme di questi od altri servizi (a prescindere da come denominati), anche dei target di persone che il distretto serve, sempre in una visione di interconnessione da armonizzare: gli interventi a favore dei bambini, adolescenti, donne, famiglie, adulti e anziani, disabili, terminali. Non solo interventi "Per" costoro, ma "con" costoro. [1]
Le facce da combinare del cubo di Rubik ci ricordano che "Nessuno si salva da solo"; che sono le interdipendenze assunte a consentire alle competenze e alle buone pratiche degli Autori della Cura di transitare, di fare assieme.
Dunque per arrivare al giusto risultato finale non basta ordinare nel cubo la singola "faccia" (area di lavoro di una singola equipe) ma sostenere lo sviluppo di tutte le altre cinque facce.

Si passa quindi dalle "prestazioni alle relazioni"; questa è l'estetica del cambiamento della trans-professionalità, trans-disciplinarietà, trans-culturalità a favore dell'empowerment comunitario: di porre al centro del prendersi cura la Qualità della Relazione.
In questa visione fortemente legata alle interdipendenze da riconoscere, valorizzare, risolvere, estendere ed armonizzare affermiamo che nello scenario e visione del "cubo" vediamo la possibilità di dimostrare che il primo requisito del nuovo SSN dovrà essere la coerenza tra le sue parti.
Abbiamo bisogno di un sistema coerente, in primis coerente tra ospedale e territorio. La prima coerenza consiste – per Card - nel riconoscere che territorio vuol dire Distretto. E come vogliamo ospedali di eccellenza, dobbiamo volere distretti di eccellenza, ovvero forti. Forti perché sono "forti" nelle relazioni con le altre parti del SSN. Sono "forti" nelle relazioni con le Comunità locali del territorio di pertinenza distrettuale.
Ed ecco il secondo messaggio di Card: andiamo a realizzare i Distretti della Comunità, da rendere forti nella capacità di mettere insieme e d'accordo i "pezzi" del distretto, ovvero le componenti-subunità delle diverse aree di lavoro-azione.
Per completezza, ricordiamo che nel "cubo" abbiamo previsto anche la "faccia" (area) della prevenzione, ulteriore pezzo ineludibilmente interconnesso con il distretto, per creare un sistema unitario (declinazione di one health) [1].
Da qui un terzo messaggio, anche questo lanciato con dei simboli-metafore: il "*distretto jolly*", regista di un complesso insieme di servizi, a favore di diversi target di PERSONE, e – infine – della Comunità Locale.

**Per tutto questo emerge evidente il messaggio di Card sul Distretto della Comunità**
Il distretto forte è quindi forte perché è forte nel servire le persone, le comunità, e per questo non può non essere forte nelle dotazioni di risorse, uomini, donne, strumenti, mezzi e – a costo di essere fraintesi – ricco anche di giusti poteri organizzativi e gestionali, adeguati ai mandati che deve ricevere per essere perno e protagonista di una nuova assistenza territoriale.
È forte quando ha sguardi congiunti con i servizi socioassistenziali, e quindi il raccordo operativo scorrevole tra il Distretto ed il Comune/Ambito è la regola più che l'eccezione. È ben evidente quanto questo sia carente o assente nei territori del Paese.
A Rimini abbiamo sostenuto, non per piaggeria contingente ma per lunga convinzione, e ampia esperienza, che nel Distretto Forte è fondante la figura dell'Infermiere, di cui l'IFeC è portabandiera, richiamando tuttavia l'attenzione sul fatto che non esiste un protagonismo assoluto di una singola categoria professionale (questa o dei medici o di altri operatori), ma valgono i professionisti inserirti in un lavoro in equipe, parte di team distrettuali multidisciplinari (ad esempio gli *home care team*, proposti da Card ancora prima della pandemia). Questi team sono gli elementi costitutivi dei nuovi pezzi del sistema configurato dal DM 77: la CdC; L'OC, LA COT. E in questi certamente la parte protagonista spetta agli infermieri, che senz'altro dovranno assumere nuove specifiche competenze.
Card ha già ben prefigurato questa nuova figura professionale specializzata, in primis, per le cure domiciliari, di comunità. E ha anche osato prefigurare per loro un percorso formativo specifico, riconoscere responsabilità peculiari per conferire proprie autonomie professionali, anche negli ambulatori infermieristici, come avemmo occasione di chiarire su QS, a seguito di un'idea di Fnopi.
Lungi da atteggiamenti compiacenti, nel tempo Card si è anche spesa, nel nostro piccolo, verso nuove forme salariali e retributive per l'infermiere che opera nei servizi pubblici del "territorio", non luogo o mestiere cenerentola, ma espressione di una professione di eccellenza, che va premiata, soprattutto nelle fasi di avviamento dei nuovi percorsi realizzativi.
Dunque, nel cubo della salute Card immagina sono rappresentati servizi di alto valore tra loro ben collegati e valorizzati da intenti comuni, da ricerca della qualità e dell'innovazione, che si esprimono nella personalizzazione delle cure, in cui uno dei primi requisiti da soddisfare è certamente la continuità. L'equazione potrebbe essere: Territorio = cronicità = long term care. E non basta.
Perché la pandemia ha ben dimostrato il ruolo che l'assistenza territoriale esercita anche nelle situazioni e contingenze acute. E quindi occorre pensare ad un sistema certamente centrato per e sulle "cronicità", ma che riesce ad assumere anche valore quando sussistano condizioni di acuzie. Per proseguire nell'equazione logica, secondo CARD "forte assistenza territoriale" = distretto "forte", in relazione biunivoca, interdipendente.

Dato che la comunicazione oggi poggia sui simboli e slogan, sulle metafore, per richiamare l'essenzialità e irrinunciabilità dei distretti con forti connotati e capacità connettive, protagonisti anche nell'innovazione, a Rimini abbiamo lanciato "l'ultima creazione di CARD", una sorta di concept-model che cerca di allargare le prospettive contenute nel DM 77 (v. sopra): **il Distretto Cloud della salute.**

Il Distretto **Cloud della Salute, che coincide con il "Distretto forte della Comunità"**.
Perché il Distretto per Card è paragonabile a un **Cloud della Salute**?

1. Perché è **Sistema integrato e interconnesso** – L'infrastruttura cloud-territoriale è il Distretto che si prende Cura del Cittadino e delle Comunità; è il Distretto che i cittadini sanno che è loro vicino, che accoglie, sempre ascolta. L'interconnessione cloud permanente rende possibile la raccolta e l'accesso-scambio delle informazioni, facilita il collegamento umano e tecnologico, la connessione con i dispositivi e le applicazioni, le attività in rete. Una "nuvola" che abbraccia la Persona, superando i limiti del tempo, mettendo in continuità servizi ospedalieri e territoriali, medici di famiglia e specialisti, infermieri e professionisti, assistenti sociali, altri professionisti, tutti gli Autori di cura formali ed informali, inclusi in "quella" rete wireless, "Nuvola", attiva e attivante.
2. Perché dà **Accesso in qualsiasi punto della rete integrante** – Un paziente non deve più essere legato a un solo punto di cura, ma può ricevere assistenza ovunque grazie alla rete di servizi del Distretto, ottimizzando tempi e spazi, con percorsi integranti oltre che integrati. "Nuvola" per un nuovo orizzonte di senso.
3. Perché vive nel **Flusso continuo di informazioni e dati** – Il Distretto Cloud garantisce equità grazie all'alimentazione, la conservazione e la condivisione sicura di dati clinici tra i professionisti (con la cartella elettronica personalizzata, gli strumenti di telemedicina e ICT, i Piani Assistenziali Individualizzati messi in rete), evitando frammentazioni, interruzioni e duplicazioni.
4. Perché ha **Adattabilità e scalabilità a perimetro variabile** – Come un cloud che si adatta alle esigenze dell'utente, il Distretto è flessibile e risponde ai bisogni espressi della popolazione, modulando l'offerta di servizi ambulatoriali, domiciliari, residenziali/intermedi in base alle necessità emergenti, aprendo porte per avvicinarsi ai bisogni inespressi.
5. Perché offre **Sicurezza e tutela della salute** – Il Distretto, concepito come un sistema cloud ben strutturato, assicura protezione sicura e continuità virtuosa delle cure, riducendo i rischi dell'esclusione, dell'isolamento e dell'abbandono, riducendo le disuguaglianze e potenziando l'efficienza, l'efficacia, la pertinenza e l'appropriatezza dei Servizi territoriali.

**In sintesi:** interpretare il **Distretto forte** come Cloud della Salute significa realizzare il suo ruolo di hub al centro di un sistema intelligente che collega e coordina "satelliti" (spoke) di servizi, insiemi di dati, team di professionisti, verso una sanità unitaria che si congiunge con il sociale e si orienta alla Comunità Locale, che in questo Cloud si riconosce e partecipa ad un Servizio sanitario pubblico accessibile a tutti, guida condivisa e assunta dai Cittadini per la tutela della salute bene comune, interesse dell'individuo e della collettività.

**https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=128560**

quotidianosanità.it

# Medicina generale. Atto di indirizzo, un'occasione mancata per un concreto rinnovamento del Ssn

**R. Polillo, M. Tognetti**

*Il documento nel complesso presenta un taglio decisamente burocratico/ amministrativo perdendo così di vista la questione centrale ossia che solo con un ripensamento della governance, del modello organizzativo e delle modalità di interazione e di co-progettazione fra i diversi livelli di governo e le diverse Agenzie di supporto al Ssn sarà possibile adeguare il sistema salute alle nuove esigenze e alle nuove sfide globali*

Abbiamo letto con attenzione e interesse il recente Atto di Indirizzo sperando di trovare traccia di cambiamenti che pure sembravano intravedersi in altre partite come quella della dipendenza dei MMG; partita oggi fortemente a rischio per le crescenti richieste di tipo corporativo delle vecchie guardie della medicina generale.
Nell'analisi del documento la scelta da noi adottata è di seguirne la struttura, non intervenendo su tutti i punti, sia per non annoiare troppo gli eventuali lettori, sia perché vi sono alcune questioni strettamente tecniche e di settore che lasciamo ai singoli esperti. Ci soffermeremo invece su alcune questioni che riteniamo fondamentali e di ordine generale, iniziando dalla impostazione adottata.

**Questioni di metodo**
Il documento nel complesso presenta un taglio decisamente burocratico/ amministrativo perdendo così di vista la questione centrale ossia che solo con un ripensamento della governance, del modello organizzativo e delle modalità di interazione e di co-progettazione fra i diversi livelli di governo e le diverse Agenzie di supporto al SSN, a partire da AGENAS e via via quelle qui ipotizzate, sarà possibile adeguare il sistema salute alle nuove esigenze e alle nuove sfide globali.
Una co-progettazione in cui vengano identificati con chiarezza attori da coinvolgere, obiettivi, tempi di realizzazione degli obiettivi e modalità di verifica e valutazione.
Ci si sofferma invece solo sulla promozione dell'efficientamento organizzativo del Ministero della salute omettendo di definire una reale strategia di intervento. Per avere risultati infatti non basta citare la prevenzione, la One Health, ecc. senza concretamente precisare come si opererà in tal senso, quali azioni, con che tempi e con che risorse si procederà.
Così come nulla si dice su come si andrà avanti con l'attività di prevenzione e di promozione dei corretti stili di vita e ci si dimentica che il Ministero della Salute aveva già implementato con il progetto "guadagnare salute" un piano organico di interventi in cui le azioni e i soggetti coinvolti erano stati identificati con chiarezza.
Il rischio è che l'Atto di indirizzo, immemore del passato, resti un esercizio vuoto, irrispettoso di quanto precedentemente elaborato.

**La struttura del documento** Il documento si apre giustamente richiamando i principi alla base del nostro SSN e al troppo citato, non nel documento in discussione, bensì nel dibattito pubblico, art. 32 della costituzione. Principi che poi sembrano perdersi per strada man mano che si procede nel documento. La medicina predittiva diventa questione importante nell' atto di indirizzo, ma non si dice invece quali saranno le azioni concrete di promozione della salute.
Siamo così ancora in presenza di una logica meramente riparativa e ci si dimentica che le malattie croniche non trasmissibili originano da modifiche epigenetiche che iniziano precocemente fin dal concepimento o in quella che viene definita finestra di opportunità (4-6 mesi di vita) e che sono implementate nel tempo dall' accumulo progressivo, specie nella popolazione svantaggiata, dei fattori di nocività ambientali e lavorativi
Tema importante trattato è poi quello della salute e sicurezza sul lavoro, questione sempre più urgente anche in relazione ai nostri modelli produttivi. Purtroppo il documento si concentra sui controlli e sulle azioni repressive, che certamente sono necessarie e utili, se rese sistematiche, ma si tralascia tutto il tema del cambiamento culturale necessario; nulla si dice sul benessere lavorativo e negli ambienti di lavoro, di qualità del lavoro come anche sul coinvolgimento dei RLS e delle organizzazioni sindacali e sul potenziamento complessivo dei servizi dedicati.

I luoghi di lavoro e le condizioni lavorative sono dinamiche come lo è il nostro sistema sociale e questo non va taciuto o sottovalutato.
Ancora una volta emerge dunque la logica amministrativa del documento e procedurale, disinteressata a valorizzare il ruolo che debbono e possono avere i lavoratori proprio all' interno dei loro contesti di vita e di lavoro.

**Il Piano Sanitario Nazionale** Interessante il punto sul rilancio dello strumento Piano Sanitario Nazionale ed in particolare quando si evidenzia che sarà utilizzata un percorso metodologico partecipato. Sarebbe stato utile adottare questa metodologia in tutte le azioni e gli interventi considerati dal documento, ma questo non si evince.

**Le reti di cura** Importante il tema delle reti di cura pediatriche, ma anche qui una questione di metodo, la costruzione di una logica di rete non può essere limitata al processo di accreditamento. "L'organizzazione delle reti, il coordinamento centrale e regionale e l'interscambio tra gli attori favoriscono una connessione capillare e partecipata." Questo principio affermato nel punto 1.5 dell'atto di indirizzo non può essere valido solo per il sistema dei trapianti ma deve diventare un principio universale per tutte le azioni, gli interventi operativi, promozionali e culturali della salute.
Le reti di cura infatti costituiscono un nodo centrale e un metodo da seguire per tutti gli interventi e le azioni di salute al fine di aumentarne l'efficacia, l'efficienza e un'effettiva presa in carico dei pazienti.
L'implementazione di un sistema diffuso di reti cliniche dovrebbe essere l'obiettivo principale di ogni documento di progettazione che non voglia restare un mero esercizio di stile. E dunque dovrebbe fortemente embricarsi con le modifiche in atto del decreto sugli standard ospedalieri di cui purtroppo non si ha più traccia.

**Andare oltre un modello verticistico** Uscire dal modello verticale di erogazione dei servizi e adottare un modello orizzontale di integrazione tra strutture e personale è il vero cambiamento di cui purtroppo nel documento non vi è traccia. Interessante e utile la costruzione di modelli di simulazione e previsione di scenari a medio e lungo termine, così come è importante la stratificazione della popolazione in relazione al rischio sanitario, ma tutto ciò richiede un modello organizzativo e una Governance adeguata e coerente.

**Gestione dei dati e dei servizi** Il documento poi si sofferma sulla questione dei dati e la loro gestione che oltre ad essere strategica rende un SSN sostenibile.
L'atto di indirizzo parla poi di rafforzamento del ruolo dei consultori, ma nulla si dice del loro progressivo smantellamento, e ciò vale anche per i servizi di salute mentale. Anche qui manca un'analisi del perché in pochi decenni ci sia stato un tale regresso culturale e organizzativo in tali settori su cui tanto si era investito.

**Considerazioni conclusive** Quello del Ministro è dunque un atto di indirizzo che si articola secondo una logica ancora troppo settoriale e che perde l' occasione per un ridisegno organico del sistema, sottovalutando che la logica delle reti di cura, l'One Health, la metodologia partecipata e la coprogettazione sono questioni di metodo che dovrebbero governare tutte le future azioni e tutti gli interventi per ripensare il sistema salute. Così come la questione di una nuova Governance deve diventare centrale in tutte le future azioni per una salute equa e sostenibile. Non bastano buoni obiettivi se non si rivede il metodo di programmazione e di lavoro.
Il declino del nostro servizio sanitario si può e si deve fermare non solo con la messa a disposizione di nuove risorse finanziarie e umane ma anche e soprattutto con una vera azione di riforma programmata e condivisa con i numerosi stakeholder del campo sanitario.
Alcune di queste azioni, che da tempo suggeriamo, riguardano il rafforzamento del ruolo del Ministero della salute, oggi dicastero senza portafoglio alle dipendenze del MEF.
Per ribaltare tale subalternità basterebbe un semplice comma della legge di bilancio con cui si sposti il fondo sanitario dalla titolarità del secondo a quella del primo. Un atto semplice che nessuno ministro della salute sollecita o reclama!
Altri aspetti riguardano la ripartizione delle competenze non solo tra stato centrale e regioni, ma anche e soprattutto tra regioni e comuni, per riaffermare il principio della diretta partecipazione dei territori alle scelte

di programmazione e di verifica dei risultati. Siamo dunque a favore di un ruolo forte dello stato ma non delle regioni se questo si traduce nello svilimento dei comuni e delle comunità.
Sul personale abbiamo fatto già un rapido cenno. Non c'è futuro per il SSN se non si blocca la fuga dei professionisti dal servizio pubblico. Serve un unico contratto di filiera per tutto il personale e serve soprattutto ridare dignità e potere decisionale, per quanto di loro competenza, a medici e personale di assistenza. Da modificare radicalmente il modello di gestione delle aziende sanitarie superando lo pseudo-aziendalismo che le distingue a favore di una gestione più democratica con la creazione di un organo di sorveglianza sul modello tedesco o simile.
Riforme assolutamente necessarie che hanno tuttavia un costo politico che i governi degli ultimi decenni non hanno potuto o quel che peggio voluto affrontare.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=128117

quotidianosanità.it

## Ospedale di Comunità del Policlinico Tor Vergata. In sei mesi 421 accessi, il 64,6% dalle aree mediche

**Isabella Mastrobuono**, *Commissario Straordinario Policlinico Tor vergata, Roma*
**Alessandro Sili,** *Direttore Professioni Sanitarie e Sociali Policlinico Tor Vergata, Roma*

**04 MAR** - *Gentile direttore*,
l'Ospedale di Comunità (OdC), normato dal decreto interministeriale del 23 maggio 2022 (DM 77/2022), è stato istituito presso il PTV con DDG n. 1138 del 10 settembre 2024.
È una struttura sanitaria che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio. (Ministero della Salute, 2022).
Attualmente sono stati attivati 20 posti letto, a servizio dei circa 300 posti letto ordinari di medicina e chirurgia generale e specialistica, ma entro il 2026 ne varranno attivati ulteriori 20 e conseguentemente anche i medici di medicina generale potranno usufruirne.
L'OdC, struttura a completa gestione infermieristica, ha l'obiettivo di contribuire ad una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari, come ad esempio quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero. In linea di massima l'accesso presso l'OdC è determinato da una serie di criteri di ammissione (processo diagnostico terapeutico completato, dimissibili da setting per acuti, stabilità clinica, rete sociale attiva, non destinati a riabilitazioni intensive) che, a seguito di consulenza da parte dell'infermiere case manager, determinano l'eleggibilità all'ingresso.
La richiesta di accesso all'OdC da parte delle Unità Operative o dal Pronto Soccorso, viene formalizzata attraverso l'attivazione di una consulenza infermieristica sul Sistema Informativo Ospedaliero (Ellipse o Gipse) al Case Manager e/o Coordinatore Infermieristico.
Al momento dell'ammissione nella struttura viene effettuata la stesura del Piano Assistenziale Individuale in collaborazione con il medico che effettua la dimissione dal setting di cura di provenienza, condiviso con paziente/familiari. Durante il soggiorno vengono espletate tutte le necessità di cura e soprattutto, a cura degli infermieri, sono organizzate sessioni di self care al fine di rendere l'ospite e il proprio care giver, il più possibile autonomo al rientro nel proprio domicilio. La dimissione è predisposta dal personale assistenziale e si integra con la dimissione clinica effettuata dal medico del reparto di provenienza per acuti.

A 6 mesi dall'avvio della sperimentazione, sono state effettuate 589 consulenze (valutazioni di ammissibilità) che hanno generato 421 accessi (circa il 12% dei dimessi totali, nel medesimo periodo, dalle UUOO invianti). La degenza media in OdC si attesta a 6 giorni (perfettamente in linea con la normativa vigente e le linee di indirizzo AGENAS) e le permanenze maggiori di 15 giorni, sono state registrate solo nel 3,6% dei casi.
Gli over 75 sono stati il 37,4 % dei pazienti, mentre solo il 4,8% ha avuto complicanze che hanno richiesto la riammissione al reparto di provenienza. Ventiquattro sono i pazienti inseriti in lista di attesa che, mediamente dopo 3 giorni, sono stati presi in carico dall'OdC.
Il progetto avviato solo per le aree mediche, è stato pian piano esteso anche alle aree chirurgiche e soprattutto al dipartimento dell'emergenza. Stratificando la totalità dei pazienti è possibile costatare che il 64,6% proviene dalle aree mediche, il 9,5 % dalle aree chirurgiche, mentre il restante 25,9 % dall'area emergenza. L'ampliamento delle aree di provenienza ha permesso di ammettere pazienti direttamente dal pronto soccorso, dopo consulenza specialistica e inquadramento diagnostico, andando a gestire anche i frequent user di PS o i pazienti "casi sociali" (10,6%) che, dopo attivazione degli assistenti sociali e in collaborazione con la Centrale Operativa Territoriale e l'Unità Valutativa Multidimensionale interne, avessero un progetto sociale definito.
Analizzando le motivazioni che hanno indotto i clinici a proporre l'ammissione dei pazienti presso l'OdC, è emerso quanto segue. Il 40% dei pazienti ha effettuato un completamento di terapia endovenosa, il 32% attendeva l'attivazione della rete territoriale e il 28% iniziava, in attesa di tornare presso il proprio domicilio, una riattivazione funzionale (fisioterapia) o un intervento educativo (sviluppo del self care). In generale in questi primi 6 mesi, sono state erogate 365 prestazioni fisioterapiche (101 valutazioni funzionali globali e 264 rieducazioni motorie individuali). Ben l'87% dei pazienti e dei propri care giver, hanno avuto bisogno di sedute di self care dedicate, allo scopo di sviluppare le capacità di autogestione della propria patologia cronica una volta dimessi.
Inoltre, il 10% dei pazienti è stato trattato con Caring Massage®. Si tratta di un massaggio a pressione moderata che può essere offerto a tutte le persone costrette a letto, può rappresentare un aiuto per ridurre la sofferenza morale, il senso di solitudine e le difficoltà di comunicare. Il Caring Massage® non è finalizzato alla guarigione, bensì al benessere: l'intento è quello di donare alla persona che lo riceve un momento di sollievo, regalandole l'affettività e la vicinanza emotiva ed empatica del professionista che se ne prende cura.
Il 12% dei pazienti, al termine del soggiorno presso l'OdC, è stato preso in carico presso l'Ambulatorio Infermieristico delle Cronicità al fine di completare il proprio percorso assistenziale (completamento terapia antibiotica, somministrazione farmaci, medicazioni, etc). Di questi l'8% è stato seguito attraverso un follow-up infermieristico telefonico (telenursing) che ha permesso di consolidare e controllare alcune attività di cura nonché stili di vita. Ultimo dato, sicuramente incoraggiante, che a seguito dell'attivazione dell'OdC, è stata registrata una riduzione media della degenza pari a 2,3 giorni nelle UUOO che hanno maggiormente beneficiato di questa struttura di cure intermedie.
L'OdC opera in stretto rapporto collaborativo con la ASL di riferimento, Roma 2, per i percorsi di Transitional Care in cui un ruolo determinante sarà svolto proprio dalla COT ospedaliera in collaborazione con i Servizi Sociali. Successivamente l'offerta assistenziale sarà ampliata alle richieste provenienti dai Medici di Medicina Generale, al fine di implementare e strutturare percorsi di presa in carico territorio-ospedale. Le risorse impiegate con il PNRR, si stanno rivelando vincenti nella messa a terra del PNRR che, nell'ottica di una ridefinizione soprattutto del piano della cronicità, potranno determinare risultati tangibili a servizio dei cittadini.

**https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=128112**

quotidianosanità.it

# One Health e invecchiamento sano. In Liguria parte la sperimentazione del primo modello integrato di una "comunità in salute"

*Al via nel piccolo Comune nell'entroterra del Tigullio, il Progetto "Neirone in Salute". Presi in carico tutti gli over 65 anni (circa 350 soggetti), per identificare condizioni di criticità e fragilità anche attraverso l'analisi di big data da database amministrativi. Obiettivo, realizzare un sistema di cure primarie integrato e di prossimità. In prima linea, Mmg e Infermieri di Famiglia e Comunità*

**25 MAR** -
Un piccolo Comune di un migliaio di abitanti, nell'entroterra del Tigullio, nella provincia di Genova, a 28 chilometri dalla costa e dal più vicino Pronto Soccorso, raggiungibile in circa 45 minuti di auto: l'Asl 4 Liguria ha scelto il borgo di Neirone per avviare il progetto "Neirone in Salute", primo modello integrato di una "comunità in salute" ispirata e che applica tutte le attuali traiettorie di indirizzo e di strumenti disponibili in tema di integrazione sociosanitaria e ospedale-territorio, digitalizzazione e domotica ad un intero Comune.
Il progetto mette a frutto tutti i precedenti progetti innovativi elaborati dall'Asl 4 e rappresenta la prima applicazione sperimentale della legge n. 33 del 23 marzo 2023 "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane", e relativi decreti attuativi, sul territorio regionale.
"Il Progetto – spiega **Paolo Petralia,** Direttore generale della Asl 4 – prevede la presa in carico degli abitanti con più di 65 anni (circa 350 soggetti) residenti nel Comune di Neirone, per identificare le condizioni di criticità e fragilità nella popolazione anziana anche attraverso l'analisi di big data da database amministrativi. L'obiettivo è elaborare strategie di prevenzione e percorsi di diagnosi e cura mirati e personalizzati per il miglioramento della salute della comunità e alla promozione di un invecchiamento sano e attivo, e contestualmente per una maggiore appropriatezza nell'accesso alle prestazioni socio-sanitarie e maggiore aderenza terapeutica delle persone".

**Obiettivo infrastrutturale, è quindi realizzare una dettagliata analisi dei bisogni di salute di tutta la popolazione over 65 anni** e ottenere una stratificazione per complessità clinica e bisogni assistenziali quale strumento per pianificare e successivamente attuare interventi mirati di *presa in carico* (PIC) e *presa in cura* dell'intera comunità.
Nell'ambito della progettualità saranno inoltre attivate specifiche campagne di prevenzione e promozione della salute e dei corretti stili di vita, anche con l'impiego sul campo degli ambulatori mobili della flotta "Gulliver", il tutto con la possibile **integrazione della domotica, della tecnologia diffusa e della piattaforma IT-Cura nelle sue funzionalità (Cartella a Casa e IT-COT) e con l'utilizzo della intelligenza artificiale.**
"La prospettiva – aggiunge Petralia – è realizzare un sistema di cure primarie in senso largo, integrato e di prossimità, che parte dalla proattività dei cittadini, dell'infermiere di famiglia e di comunità e dell'assistente sociale, ed è catalizzata nel riferimento del medico di medicina generale in un team residenziale e specifico (Unità di valutazione territoriale)".

**Attori coinvolti**
Applicando il modello Community Building, il progetto coinvolge, il Sindaco**,** che rappresenta la massima autorità sanitaria locale, mette a disposizione gli spazi necessari e supporta logisticamente lo sviluppo delle azioni progettuali incluse le campagne di prevenzione, il Parroco**,** la pubblica assistenza, che costituisce un avamposto sanitario anche per le frazioni più distanti, la Pro Loco, le Forze dell'Ordine, le Associazioni e i gruppi locali del Terzo Settore.

**I professionisti coinvolti**
La rete dei Professionisti che coordinano e realizzano **il progetto include i Medici di Medicina Generale,** punto d riferimento sanitario più vicino ai cittadini, che lavorano in stretto contatto con gli Operatori dell'Asl 4. Tra questi ultimi il **Medico di Distretto** (membro dell'Unità di Continuità Assistenziale-Uca, supporta i professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità), il **laureato in**

**Scienze Motorie** che potrà condurre il corso di Attività Fisica Adattata, la **Farmacia Territoriale, il Servizio Sociale Professionale** e, in prima linea, gli **Infermieri di Famiglia e Comunità** (IFeC).
Ruolo dell'IFeC è promuovere stili di vita sana, riconoscere la fragilità prima che insorgano stati di disabilità e/o disagio conclamati, gestire le condizioni di cronicità insieme ai Mmg, potenziare l'offerta dei servizi territoriali e domiciliari, migliorare l'accesso ai servizi con integrazione di quelli assistenziali, sociali e ospedalieri, sviluppare l'educazione terapeutica per l'autogestione della malattia e per l'utilizzo degli strumenti diagnostici e terapeutici appropriati, gestire adeguati strumenti di teleassistenza.
Infine, da remoto, interviene la **COT:** (Centrale Operativa Territoriale), ossia un'infrastruttura digitale che svolge una funzione di **coordinamento** della presa in carico della persona, **raccordo** tra i servizi e i professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali (attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e rete dell'emergenza-urgenza), oltre alla raccolta, gestione e monitoraggio dei dati.

**La sede operativa: il Punto Salute "Neirone in Salute"**
La sede messa a disposizione dal Comune di Neirone ospiterà gli IFeC, che saranno disponibili dal lunedì al giovedì su appuntamento e il venerdì mattina con accesso libero per promuovere la prevenzione e l'adeguato controllo di eventuali malattie croniche; per le persone non autonome potranno essere fissate visite a domicilio.
Gli over 65 "arruolati" nel progetto saranno sottoposti ad **uno screening completo per valutare il rischio di fragilità e l'eventuale presenza di fattori di rischio per lo sviluppo di malattie cardiovascolari e metaboliche**; in particolare verrà effettuata una valutazione tramite colloquio e l'esecuzione di alcuni esami (glicemia capillare, colesterolo ematico, pressione arteriosa, frequenza cardiaca ed eventuale elettrocardiogramma con refertazione da remoto).
"Questo – spiega Petralia – permetterà di concordare un piano d'azione con l'obiettivo di ritardare il più possibile le limitazioni nell'autonomia migliorando la qualità di vita, evitando accessi al Pronto Soccorso e mantenendo la permanenza delle persone anziane il più possibile presso la propria casa. Nel corso dell'intervento degli IFeC, qualora emergessero bisogni di cura o di assistenza, saranno individuate le possibili soluzioni assistenziali, in collaborazione con il suo Medico di Medicina Generale e la rete dei servizi territoriali. Potranno inoltre essere attivate sedute di Attività Fisica Adattata (AFA) rivolte a persone anziane, anche con alcune limitazioni".

**I risultati attesi**
Molti i risultati attesi:

- miglioramento della qualità della vita: incremento del benessere percepito misurato attraverso survey standardizzate (SF-36);
- riduzione del numero di accessi impropri al P.S. (codici verdi e bianchi);
- riduzione del numero di chiamate al MMG;
- riduzione del numero di visite ambulatoriali in ospedale;
- accesso migliorato ai servizi: maggiore utilizzo delle infrastrutture locali e accesso alle opportunità di prevenzione, a fronte di un incremento delle prestazioni erogate sul territorio, grazie anche all'impiego della telemedicina.

**Collaborazioni**
Il progetto riveste rilievo particolarmente strategico per l'Azienda, considerata la possibilità di replicazione del modello in altre realtà analoghe. Sono state quindi attivate diverse collaborazioni con FIASO "per svolgere l'itinerario formativo e presentare sotto forma di sperimentazione della legge 33/23 il progetto" con **l'Università La Sapienza di Roma,** in particolare con il gruppo di lavoro coordinato dalla professoressa **Felicia Pelagalli** che fornirà un supporto metodologico nello sviluppo del progetto contribuendo alla stesura dell'elaborato finale e con il gruppo di ricerca diretto dall'Architetto **Tiziana Ferrante**, Professore Ordinario di Tecnologia dell'Architettura che applicherà i risultati del progetto di ricerca Age-it condotto con fondi del PNRR che riguarda l'adattabilità delle abitazioni degli anziani non autosufficienti che devono accogliere l'assistenza domiciliare e devono poter usufruire di dispositivi tecnologici per il monitoraggio dei parametri vitali ed il supporto alle attività quotidiane.

**Tesi e pubblicazioni** Il progetto sarà oggetto di pubblicazione scientifica e di tesi di un medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università di Genova che svolge il proprio incarico presso il Distretto 15.

**Conclusioni**

"I risultati dello studio – evidenzia il Direttore Generale – potranno costituire il punto di partenza per l'ideazione di un modello predittivo integrato di sanità digitale, che orienti le scelte di politica sanitaria aziendale, in grado di contribuire tra l'altro alla riduzione delle liste d'attesa, delle ospedalizzazioni inappropriate e dei tassi di mortalità".

Inoltre, il modello applicativo è trasferibile in altri contesti territoriali nell'ambito delle sperimentazioni previste dalla Legge 33/2023 e dei relativi Decreti attuativi: "L'obiettivo – conclude Petralia – è quello di sviluppare e consolidare, partendo dalla sperimentazione pilota a Neirone, un modello digitale ed integrato di presa in carico della salute della comunità applicabile nel territorio dell'intera Azienda ed eventualmente esportabile".

Infine, si intende sperimentare il progetto "*Il Frome Medical Practice*" realizzato con successo a Frome nel Regno Unito in epoca pre covid, i cui 4 *"valori"* dichiarati dal gruppo di operatori promotori del progetto sono gentilezza, collaborazione, apprendimento, sostenibilità.

**https://www.quotidianosanita.it/liguria/articolo.php?articolo_id=128600**

quotidianosanità.it

## Case di Comunità, MMG e grandi incognite

**Giuseppe Belleri**

*Gentile Direttore,*

il recente report di Agenas ha documentato lo stato di attuazione della Misura 6A del Pnrr: mancano poco più di 15 mesi alla scadenza del Piano per le CdC, quelle attive restano sguarnite di personale, nelle regioni meridionali si registra un grave ritardo, il ruolo unico si sta rivelato un flop, l'Acn 2022-2024 è in alto mare, per la dipendenza serviranno anni prima dell'entrata in servizio dei primi Mmg.

Insomma si stanno avverano le pessimistiche previsioni sui possibili ostacoli che potevano rallentare l'iter attuativo della Missione 6. Ecco, in proposito, i rischi paventati nelle schede di programma del Pnrr del 2022, per quanto riguarda il solo personale:

- Normativa nazionale ambigua in materia di assistenza primaria, con conseguente attuazione ineguale a livello regionale;
- Scarsa capacità di coordinare i professionisti, soprattutto attraverso accordi contrattuali;
- Scarsa capacità di coinvolgere i vari stakeholder;
- Insufficiente numero e competenza dei professionisti dedicati all'assistenza.

Sempre nelle schede di programma si mettevano in evidenza i potenziali "*problemi di adattamento alle esigenze locali: le diverse realtà territoriali italiane (aree urbane, rurali, montane) richiedono adattamenti specifici nelle Case della Comunità. La non personalizzazione dei modelli strutturali e operativi rischia di ridurre l'efficacia del progetto in alcune aree*".

Sebbene non compaia nell'elenco dei rischi, tra le righe si legge la prima preoccupazione per la buona riuscita dell'operazione: come convincere i professionisti ad entrare a far parte del team della CdC?

Il flop della riforma lombarda della cronicità dovrebbe aver insegnato che si devono tenere in debito conto i processi decisionali, le valutazioni e le resistenze al cambiamento degli attuatori della riforma, la cui partecipazione attiva è influenzata da bias come quello dello status quo e della familiarità.

Purtroppo non sempre i policy maker impegnati nell'elaborazione e nella realizzazione di una riforma considerano l'importanza delle variabili cognitivo-comportamentali tra gli attori delle policy, come sottolinea Riccardo Viale: «Si decidono azioni sulla base di previsioni errate. Si scrivono leggi e regolamenti sulla base di un'assenza di conoscenza di quelle che possono essere le reazioni della popolazione» in quanto i decisori non sono «consapevoli dei limiti del giudizio nell'analizzare i dati, nel fare previsioni e valutazioni», per cui «le decisioni che vengono prese sono spesso già viziate dagli errori di giudizio e producono risultati catastrofici», come nel caso delle CdC.
La distribuzione geo-demografica degli assistiti, le caratteristiche orografiche e delle comunicazioni renderebbero problematico concentrare in una struttura i professionisti distribuiti in un vasto territorio, lontani chilometri dalla CdC. La struttura sarebbe poco fruibile per gli abitanti in zone disagiate, alpine ed appenniniche spopolate, specie se affetti da patologie croniche, con buona pace per la capillarità e prossimità dell'assistenza primaria.
Per superare i limiti delle CdC Hub si dovevano finanziare almeno un numero doppio di CdC Spoke per una distribuzione omogenea delle strutture nelle zone a bassa densità demografica e per favorire la partecipazione dei professionisti convenzionati.
Per ovviare ai rischi e ai problemi di funzionalità delle CdC è stato proposto il passaggio alla dipendenza degli attuali medici convenzionati, che ha problemi di implementazione e di efficacia sul breve periodo non inferiori a quelli delle CdC.
Da 2 anni giungono dal ministero dichiarazioni favorevoli, ma non s'è ancora visto un progetto di massima su come, in che tempi e con quali modalità e risorse verrà implementata la complessa transizione epocale da un uno status giuridico all'altro.
Inoltre da tempo si vocifera di una proposta di legge delle Regioni, anch'essa indefinita, che indica il livello di incertezza in cui si sviluppa l'annosa e tormentata riforma dell'assistenza primaria. Nel frattempo i mesi passano e si avvicina la scadenza del giugno 2026.

**https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=128406**

quotidianosanità.it

## Davvero con le Case e gli Ospedali di Comunità per realizzare una sanità di prossimità?

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

*Gentile Direttore,*
il termine "comunità" rischia di diventare un oggetto inflazionato, démodé, di pronto consumo, un slogan automatico e spesso autoreferenziale appiccicato a qualunque cosa (case, ospedali, quartieri, situazioni…). È noto che il Documento Next Generation UE ha raccomandato un riordino (a causa dell'esperienza covid) delle cure primarie territoriali orientandole al massimo della prossimità.
Questa indicazione generale della UE è stata (da chi?) forzatamente incanalata in una direzione rigida, statica, protocollare, normata dalle agenzie (sistema delle Case della Comunità & degli Ospedali di Comunità & delle COT, ecc.) orientate ad azioni in conto capitale (una tantum). Attualmente la parte della gestione (conto) corrente secondo quanto riportato da Maragò e Rodriquez (QS del 13 marzo 2025) per le CdC è del 3%!

Eppure vi sarebbe stata a disposizione una corposa letteratura che indica possibili altre direzioni da percorrere probabilmente più aderenti ad una visione contemporanea della prossimità dove la teoria dei sistemi complessi viene opportunamente integrata con il paradigma bio-psico-sociale.
Alcune strategie avrebbero potuto dimostrare molta più efficacia ed efficienza nell'assistenza territoriale di vicinanza e meno impegno dal punto di vista economico: ci si riferisce ad una revisione operativa delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT della Riforma Balduzzi 2012) dette anche dei Nuclei di Cure Primarie (NCP). Il prestito PNRR deve essere comunque restituito in quanto pur avendo ricevuto 68,9 miliardi a fondo perduto, 122,6 miliari dovranno essere rimborsati entro il 2058.
Il sistema Case della Comunità (poche spoke e pochissime hub), Ospedali di Comunità (rarefatti), le COT (l'estrosa infografica prodotta dell'agenzia difetta un po' in comprensibilità) mostrano tutt'ora affanno, tuttavia la recente notizia del possibile commissariamento dell'Agenas non inficerà certamente il lavoro svolto dalla sua istituzionalizzazione ad oggi (QS L. Fassari, 14 marzo 2025).
Con le numerose situazioni di commissariamento all'interno del servizio sanitario nazionale si potrebbe pensare anche di fare un campionato di eccellenza in aggiunta a quello esistente.
Nel frattempo sbucano, qua e là, informative su possibili accorpamenti delle AFT.
Non si tratta solo di dare forma a "superaziende" uniche (Ospedaliere-Universitarie-Territoriali) ma di operare anche su scale inferiori riducendo ambiti che in teoria avrebbero dovuto risentire positivamente, dopo tanto tempo, delle indicazioni del PNRR e di una sanità più equa.
Accorpando un certo numero di AFT o NCP se ne riduce di fatto il loro numero totale, in opposizione a quanto sostenuto dalla stagionata Legge Balduzzi (non abrogata). La nuova ingegnerizzazione territoriale permette di offrire quindi a queste AFT accorpate una CdC Hub, forse anche un Ospedale di Comunità, potrebbe scapparci anche una COT ecc.
Sembra una operazione opposta a quella definita economia di scala. Sarebbe una "distribuzione concentrata" che ancora una volta va a scapito dell'eticità e della capillarità. Oppure può sembrare una "esclusività forzata": quando le risorse destinate ad un territorio vengono distribuite su due settori si creano vantaggi di prossimità ad alcuni e svantaggi professionali e assistenziali ai molti che hanno subito l'accorpamento. Il riordino del PNRR potrebbe tendere ad incrementare quindi le discriminazioni quando in teoria dovrebbe ridurle. Il vento controriformista è riuscito a trovare un nuovo ambito di influenza.
La tormentata opera di riordino delle cure primarie, così impegnata nella sua govenamentalità, è incline a dimenticare la tradizione culturale della professione medica, la sua deontologia, i principi operativi distintivi sintetizzati dall'albero Wonca. Tralascia, in particolare, il fatto che la medicina generale territoriale ha contribuito a costruire nel tempo, in osservanza ai determinanti di salute, reali piccole "comunità solidali". Le aggregazioni comunitarie solidali non possono essere paragonate al sistema delle Case della Comunità o agli Ospedali di Comunità che, per il momento, possono vantare solo nomi evocativi.
Non sarà certo sfuggito ai più che numerosi servizi ipotizzati nelle Case della Comunità, Hub e Spoke, sono classificati come non obbligatori, facoltativi o raccomandati a fronte di una ostentata completa prossimità.
Se lo standard per una CdC hub è di 50-000 abitanti di che prossimità si parla? E quando si prevede un Ospedale di Comunità ogni 100.000 assistiti perché ci si ostina a definirlo di comunità? Le comunità solidali sono invece preesistenti ad ogni sovrastruttura e hanno soprattutto caratteristiche di tipo etico e solidaristico. Queste comunità che, come riporta anche la Legge Balduzzi, non dovrebbero superare mai le 30.000 persone, non entrano mai in concorrenza sulla salute e cercheranno un benessere intelligente e percorribile che non crei disgregazione di tradizioni e costumi (patrimonio di emancipazione).
La sanità territoriale autonoma può moderare le conflittualità temperando i vari particolarismi egoistici compresi quelli aziendali. Secondo Hegel l'idea di solidarietà passa attraverso il riconoscimento reciproco e l'integrazione all'interno di un sistema valoriale che, pur se rappresentato da comunità piccole, viene accettato e rispettato anche dalle istituzioni.

Gentile Direttore,
il termine "comunità" rischia di diventare un oggetto inflazionato, démodé, di pronto consumo, un slogan automatico e spesso autoreferenziale appiccicato a qualunque cosa (case, ospedali, quartieri, situazioni…).
È noto che il Documento Next Generation UE ha raccomandato un riordino (a causa dell'esperienza covid) delle cure primarie territoriali orientandole al massimo della prossimità.

Questa indicazione generale della UE è stata (da chi?) forzatamente incanalata in una direzione rigida, statica, protocollare, normata dalle agenzie (sistema delle Case della Comunità & degli Ospedali di Comunità & delle COT, ecc.) orientate ad azioni in conto capitale (una tantum). Attualmente la parte della gestione (conto) corrente secondo quanto riportato da Maragò e Rodriquez (QS del 13 marzo 2025) per le CdC è del 3%!

Eppure vi sarebbe stata a disposizione una corposa letteratura che indica possibili altre direzioni da percorrere probabilmente più aderenti ad una visione contemporanea della prossimità dove la teoria dei sistemi complessi viene opportunamente integrata con il paradigma bio-psico-sociale.

Alcune strategie avrebbero potuto dimostrare molta più efficacia ed efficienza nell'assistenza territoriale di vicinanza e meno impegno dal punto di vista economico: ci si riferisce ad una revisione operativa delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT della Riforma Balduzzi 2012) dette anche dei Nuclei di Cure Primarie (NCP). Il prestito PNRR deve essere comunque restituito in quanto pur avendo ricevuto 68,9 miliardi a fondo perduto, 122,6 miliari dovranno essere rimborsati entro il 2058.

Il sistema Case della Comunità (poche spoke e pochissime hub), Ospedali di Comunità (rarefatti), le COT (l'estrosa infografica prodotta dell'agenzia difetta un po' in comprensibilità) mostrano tutt'ora affanno, tuttavia la recente notizia del possibile commissariamento dell'Agenas non inficerà certamente il lavoro svolto dalla sua istituzionalizzazione ad oggi (QS L. Fassari, 14 marzo 2025).

Con le numerose situazioni di commissariamento all'interno del servizio sanitario nazionale si potrebbe pensare anche di fare un campionato di eccellenza in aggiunta a quello esistente.

Nel frattempo sbucano, qua e là, informative su possibili accorpamenti delle AFT.

Non si tratta solo di dare forma a "superaziende" uniche (Ospedaliere-Universitarie-Territoriali) ma di operare anche su scale inferiori riducendo ambiti che in teoria avrebbero dovuto risentire positivamente, dopo tanto tempo, delle indicazioni del PNRR e di una sanità più equa.

Accorpando un certo numero di AFT o NCP se ne riduce di fatto il loro numero totale, in opposizione a quanto sostenuto dalla stagionata Legge Balduzzi (non abrogata). La nuova ingegnerizzazione territoriale permette di offrire quindi a queste AFT accorpate una CdC Hub, forse anche un Ospedale di Comunità, potrebbe scapparci anche una COT ecc.

Sembra una operazione opposta a quella definita economia di scala. Sarebbe una "distribuzione concentrata" che ancora una volta va a scapito dell'eticità e della capillarità.

Oppure può sembrare una "esclusività forzata": quando le risorse destinate ad un territorio vengono distribuite su due settori si creano vantaggi di prossimità ad alcuni e svantaggi professionali e assistenziali ai molti che hanno subito l'accorpamento. Il riordino del PNRR potrebbe tendere ad incrementare quindi le discriminazioni quando in teoria dovrebbe ridurle. Il vento controriformista è riuscito a trovare un nuovo ambito di influenza.

La tormentata opera di riordino delle cure primarie, così impegnata nella sua govenamentalità, è incline a dimenticare la tradizione culturale della professione medica, la sua deontologia, i principi operativi distintivi sintetizzati dall'albero Wonca.

Tralascia, in particolare, il fatto che la medicina generale territoriale ha contribuito a costruire nel tempo, in osservanza ai determinanti di salute, reali piccole "comunità solidali". Le aggregazioni comunitarie solidali non possono essere paragonate al sistema delle Case della Comunità o agli Ospedali di Comunità che, per il momento, possono vantare solo nomi evocativi.

Non sarà certo sfuggito ai più che numerosi servizi ipotizzati nelle Case della Comunità, Hub e Spoke, sono classificati come non obbligatori, facoltativi o raccomandati a fronte di una ostentata completa prossimità. Se lo standard per una CdC hub è di 50-000 abitanti di che prossimità si parla?

E quando si prevede un Ospedale di Comunità ogni 100.000 assistiti perché ci si ostina a definirlo di comunità? Le comunità solidali sono invece preesistenti ad ogni sovrastruttura e hanno soprattutto caratteristiche di tipo etico e solidaristico.

Queste comunità che, come riporta anche la Legge Balduzzi, non dovrebbero superare mai le 30.000 persone, non entrano mai in concorrenza sulla salute e cercheranno un benessere intelligente e percorribile che non crei disgregazione di tradizioni e costumi (patrimonio di emancipazione).

La sanità territoriale autonoma può moderare le conflittualità temperando i vari particolarismi egoistici compresi quelli aziendali. Secondo Hegel l'idea di solidarietà passa attraverso il riconoscimento reciproco e

l'integrazione all'interno di un sistema valoriale che, pur se rappresentato da comunità piccole, viene accettato e rispettato anche dalle istituzioni.

**https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=128422**

la Repubblica

## "Medici di famiglia in via d'estinzione". Secondo il rapporto Gimbe in Italia ne mancano 5.500

**Elena Dusi**

*Gli anziani vanno in pensione e i giovani preferiscono altre specialità. "Il 15% delle borse di studio non viene assegnato perché mancano candidati"*

Medici di famiglia a rischio estinzione. Il nuovo rapporto della Fondazione Gimbe, che analizza attraverso i numeri lo stato di salute del sistema sanitario italiano, affronta oggi uno dei suoi organi più sofferenti.

**Il perché della carenza**

I medici di medicina generale sono infatti una delle categorie più carenti in Italia. Questo accade da un lato perché i loro numeri sono in calo: "Attualmente ne mancano oltre 5.500" spiega il rapporto. "Altri 7.300 andranno in pensione entro il 2027". Oltre la metà di chi lavora, il 52%, "è sovraccarico di assistiti". La situazione peggiore si trova in Lombardia e Veneto.

I giovani non hanno interesse a rimpiazzare gli anziani, ma si rivolgono a specialità mediche più remunerative. "Il 15% delle borse di studio – prosegue Gimbe – non è stato assegnato, con punte di oltre il 40% in 6 regioni". Si tratta di Marche, Molise, provincia autonoma di Bolzano, Lombardia, Liguria e Veneto.

Dall'altro lato la popolazione italiana invecchia, e i suoi bisogni di cure aumentano.

Negli ultimi 40 anni il numero di cittadini che hanno superato gli 80 anni è triplicato: da 1,4 a 4,5 milioni.

"E gli over 65 – spiega sempre Gimbe – erano 14,2 milioni nel 2023, più della metà dei quali affetta da due o più malattie croniche".

**Superato il tetto dei 1.500 assistiti**

"L'allarme sulla carenza dei medici di medicina generale – secondo Nino Cartabellotta, presidente della fondazione Gimbe – riguarda ormai tutte le regioni e affonda le radici in una programmazione inadeguata, che non ha garantito il ricambio generazionale in relazione ai pensionamenti attesi. Negli ultimi anni poi la professione ha perso sempre più attrattività, rendendo oggi spesso difficile per i cittadini trovare un medico vicino a casa".

Il limite massimo di 1.500 pazienti per medico di famiglia può essere superato se su un territorio troppi cittadini restano senza assistenza. Si tratta di un'eventualità che accade spesso, visto che il 51,7% dei medici supera la soglia fissata per legge.

La carenza si fa sentire in oltre mezza Italia. In testa ci sono Lombardia (il 74% dei medici supera il limite dei 1.500 pazienti) e Veneto (69%).

A seguire si trovano provincia di Bolzano, Valle d'Aosta, Sardegna, Campania, Emilia Romagna, provincia di Trento, Marche, Piemonte, Friuli Venezia Giulia e Liguria.

"Questo livello di sovraccarico – commenta Cartabellotta – riduce il tempo da dedicare ai pazienti, compromettendo la qualità dell'assistenza, e limita la possibilità per il cittadino di esercitare il diritto della libera scelta".

**Le regioni più sofferenti**
Le carenze più gravi di medici di famiglia in Italia si verificano soprattutto nelle grandi regioni. In Lombardia, calcola Gimbe, ne mancano 1.525. Seguono Veneto (785), Campania (652), Emilia Romagna (536), Piemonte (431) e Toscana (345).
La voragine dei medici di famiglia è riconosciuta dagli stessi camici bianchi. Coinvolge le grandi città, ma anche le zone rurali. La Società italiana dei medici di medicina generale calcola che 4 milioni di cittadini non abbiano accesso alle cure primarie perché vivono in zone isolate, troppo lontane da uno studio medico.
Il 26 febbraio lo stesso ministro della Salute Orazio Schillaci, rispondendo a un question time alla Camera, ha riconosciuto il problema: "I medici di famiglia sono il cuore pulsante della medicina di prossimità.
Dal 2017 al 2023 hanno fatto registrare una diminuzione del 13% e il sistema è sotto pressione, mentre il corso per la formazione in medicina generale non sta rispondendo alle sfide del presente".

**La riforma ferma al palo**
Da anni i governi tentano una riforma del settore. "Governo e regioni – spiega Gimbe - concordano sulla necessità di passare dal rapporto di convenzione a quello di dipendenza per i medici di medicina generale, con l'obiettivo primario di garantirne la presenza nelle Case di Comunità e negli altri servizi della Asl".
L'opposizione di molti medici di famiglia, lo squilibrio che la riforma creerebbe nell'Enpam, la loro cassa pensionistica, e le divisioni fra i partiti della maggioranza hanno di fatto bloccato l'iter di un processo che manderebbe in pensione l'attuale regime di convenzione tra i medici e le singole Asl e porterebbe i camici bianchi alle dirette dipendenze dello stato.
Se ne è parlato nel consiglio dei ministri del 13 febbraio, con la Lega favorevole, Forza Italia contraria e la premier Giorgia Meloni alla ricerca di strade alternative.

**https://www.repubblica.it/cronaca/2025/03/04/news/medici_di_famiglia_rapporto_gimbe_italia_ne_mancano_5500-424041176/?ref=RHLM-BG-P22-S1-T1**

24OreSalute

# Nuovi medici di famiglia, la scuola di specializzazione è pronta da 30 anni

*La proposta del doppio canale per la medicina generale: regime di convenzione per i camici bianchi che preferiscono lavorare come liberi professionisti o dipendenza per quanti scelgono questa alternativa*

**Fabio Pignatti**

La medicina generale in Italia sta affrontando una fase di profonda trasformazione, tra carenza di medici, necessità di riorganizzazione delle cure primarie e il dibattito sulla futura formazione specialistica. In questo contesto, la Società italiana di Medicina di comunità e delle cure primarie (Simccp), durante le recenti audizioni parlamentari davanti alla VII Commissione (Cultura e Istruzione) e alla X Commissione (Sanità e Lavoro), si è fatta promotrice di una riforma mirata a garantire un sistema più efficiente e integrato.
La formazione dei Mmg in Italia un'anomalia rispetto al panorama europeo
La formazione dei medici di medicina generale in Italia rappresenta un'eccezione rispetto al panorama europeo. Infatti, mentre in molti Paesi europei il percorso formativo è gestito dalle università, nel nostro Paese la formazione avviene in corsi regionali di durata triennale. Questa situazione ha generato varie criticità, come la mancanza di attrattività, percorsi formativi disomogenei tra le varie Regioni e un ridotto riconoscimento economico.

Esiste in Italia, in 11 atenei, la Scuola di specializzazione in Medicina di comunità e delle cure primarie (Ssmccp) che forma specialisti per la medicina territoriale (cure palliative, ospedali di comunità, servizi organizzativi per l'assistenza primaria) ma che non possono esercitare la medicina di famiglia. Paradossale, se consideriamo la cronica carenza di Mmg e il decreto Murst del 3 luglio 1996, istitutivo della scuola, che dichiarava come scopo "formare specialisti nel settore professionale della medicina di famiglia e di comunità idonei a ricoprire ruoli dirigenziali nell'assistenza sanitaria primaria". La scuola di specializzazione per i medici di famiglia esiste quindi da 30 anni. Sarebbe bastato un decreto attuativo.
Il successivo Dim 68/2015 ha ribadito che la medicina clinica generale è tra gli ambiti di competenza dello specialista in medicina di comunità e cure primarie. È utile ricordare che l'Europa, attraverso la Direttiva 2005/36/CE art. 28, ha stabilito i requisiti minimi che un percorso deve possedere per poter certificare l'avvenuta formazione specifica in medicina generale. Requisiti posseduti dall'attuale Ssmccp.

Le proposte della Società italiana di Medicina di comunità e delle cure primarie
La nostra Società ha proposto alle commissioni di:

- Riordinare la Ssmccp in Scuola di specializzazione in Medicina generale, di Comunità e delle Cure Primarie, in modo da garantire un percorso accademico strutturato per i futuri medici di famiglia
- Istituire la classe concorsuale "Medicina Generale, di Comunità e delle Cure Primarie" che permetterebbe, agli attuali specialisti in Mccp e ai futuri specialisti di accedere ai concorsi pubblici per l'esercizio della medicina generale e altre attività territoriali previste dal Dm 77
- Introdurre nel corso di laurea in Medicina e Chirurgia la disciplina "Medicina generale, di Comunità e delle Cure Primarie" con specifico Settore scientifico disciplinare.

Il doppio canale di inquadramento: dipendenza e convenzione
La Società scientifica propone la reintroduzione del doppio canale per la medicina generale, come prevede l'art. 25 della legge 833 del 1978, istitutiva del nostro Servizio sanitario nazionale: regime di convenzione, per chi preferisce lavorare come libero professionista, o regime di dipendenza, per chi sceglie di essere dipendente dal Ssn. Considerando i 7 Paesi europei che hanno adottato un Ssn, solo in Italia è attivo esclusivamente il canale convenzionale.
In conclusione, la Simccp ha presentato proposte concrete che, se adottate, potrebbero rivoluzionare il settore, rendendolo più attrattivo per i giovani medici e più moderno ed efficiente per Asl e cittadini. Resta ora da vedere se il legislatore sarà disposto ad accogliere questa sfida e ad avviare con coraggio una riforma ferma sul tavolo da quasi 30 anni.
**https://www.ilsole24ore.com/art/nuovi-medici-famiglia-scuola-specializzazione-e-pronta-30-anni-AGKBe8KD?cmpid=nl_sanita24**




https://osservatoriocpi.unicatt.it/ocpi-pubblicazioni-come-cambia-la-sanita-territoriale

## *Sanità, sociale e long term care*





### Riepilogo

**Sfondo**
La vulnerabilità ai problemi di salute mentale è ben consolidata nei rifugiati, attribuita all'interazione tra fattori di stress pre e post migrazione. La pandemia di COVID-19 è stata riconosciuta come un fattore di stress universale con il potenziale di avere un impatto ulteriore sulla salute mentale dei rifugiati. Questo studio longitudinale ha cercato di indagare l'impatto sulla salute mentale del COVID-19 e dei suoi moderatori nei rifugiati reinsediati in Australia.

**Metodi**
In questo studio sono stati utilizzati i dati delle Onde 1 (2013-2014, pre-pandemia), 5 (2017-2018, pre-pandemia) e 6 (2023, post-pandemia) del Building a New Life in Australia. L'alto rischio di grave malattia mentale (HR-SMI) e disturbo da stress post-traumatico (PTSD) è stato misurato dalle scale K6 e PTSD-8. Utilizzando un modello misto lineare generalizzato, abbiamo esaminato gli impatti sulla salute mentale della pandemia di COVID-19 e l'effetto di moderazione di sesso e solitudine. È stata calcolata la differenza nei cambiamenti nella probabilità prevista di HR-SMI e PTSD tra le Onde 1-5 e le Onde 5-6 tra sottogruppi basati sui moderatori.

**Risultati**
Hanno partecipato 2399 rifugiati reinsediati. La prevalenza ponderata di HR-SMI (Δ6-5 5,0%) o PTSD (Δ6-5 3,2%) è aumentata dopo la pandemia, diversamente dal trend delle Onde 1-5 (andamento stabile di HR-SMI; andamento in calo di PTSD). Rispetto all'Onda 5, l'Onda 6 ha avuto un effetto significativo su HR-SMI (AOR 1,54 [95% CI 1,17-2,04]), in particolar modo tra le donne (2,04 [95% CI 1,16-3,56]); causando un ulteriore cambiamento dell'8,82% nella probabilità prevista rispetto agli uomini. Un effetto significativo dell'Onda 6 sul PTSD è stato riscontrato solo negli intervistati con solitudine (2,17 [95% CI 1,17-4,05]), causando un ulteriore cambiamento del 14,92% nella probabilità prevista rispetto a quelli senza solitudine.

**Interpretazione**
I tassi di malattia mentale sono aumentati tra i rifugiati reinsediati in Australia da prima della pandemia a quattro anni dopo il COVID-19 e sono stati moderati dalla solitudine e dall'essere donne. Ciò evidenzia la necessità di un supporto psicosociale continuo e mirato per specifici sottogruppi di rifugiati.

## Ricerca nel contesto

### Prove prima di questo studio

Studi precedenti hanno dimostrato la vulnerabilità ai problemi di salute mentale nei rifugiati reinsediati, che è stata attribuita all'interazione tra fattori di stress pre e post migrazione. Tuttavia, non è chiaro in che modo la pandemia di COVID-19, un fattore di stress universale, abbia avuto un impatto sulla salute mentale dei rifugiati. Ad agosto 2024, abbiamo cercato su PubMed studi sull'impatto della pandemia di COVID-19 sulla salute mentale dei rifugiati, utilizzando la seguente combinazione di termini: ("Rifugiati" [Mesh] O "migrante umanitario∗") E ("Salute mentale" [Mesh] O "grave malattia mentale" O "disturbo da stress post-traumatico∗") E ("COVID-19" [Mesh] O "SARS-CoV-2" [Mesh]). Non è stata utilizzata alcuna restrizione di lingua o data. Ricerche precedenti hanno mostrato tassi elevati di problemi di salute mentale (ad esempio, PTSD, ansia e depressione) nel periodo iniziale della pandemia di COVID-19 e hanno attribuito il deterioramento della salute mentale a fattori di stress come solitudine, preoccupazione per la famiglia e difficoltà finanziarie. Sono state riscontrate anche differenze di genere nella salute mentale durante la pandemia. Tuttavia, sono emersi risultati contrastanti a causa dello scarso numero di studi longitudinali con campioni rappresentativi, misure pre e post-pandemia di risultati di salute mentale.

### Valore aggiunto di questo studio

Questo studio contribuisce alla comprensione limitata degli impatti longitudinali sulla salute mentale della pandemia di COVID-19 sui rifugiati reinsediati utilizzando i dati pre-pandemia delle Onde 1 (2013-2014) a 5 (2017-2018) e i dati post-pandemia delle Onde 5-6 (2023) della coorte Building a New Life in Australia (BNLA). Abbiamo riscontrato un trend crescente post-pandemia nei problemi di salute mentale dei rifugiati (vale a dire, dall'Onda 5 all'Onda 6), che differiva dai trend precedenti alla pandemia di COVID-19 (vale a dire, dall'Onda 1 all'Onda 5). I risultati hanno mostrato che il sesso e la solitudine hanno moderato l'impatto a lungo termine della pandemia di COVID-19 sulla salute mentale dei rifugiati. I rifugiati che erano donne e hanno segnalato la solitudine come fattore di stress hanno avuto un ulteriore cambiamento dell'8,82% e del 14,92% nella probabilità prevista di problemi di salute mentale rispetto agli uomini e a quelli senza solitudine rispettivamente.

### Implicazioni di tutte le prove disponibili

La prevalenza di problemi di salute mentale è aumentata tra i rifugiati reinsediati in Australia dal periodo pre-pandemia a quello post-epidemia di COVID-19. I rifugiati di sesso femminile che segnalavano la solitudine come fattore di stress erano più vulnerabili agli impatti a lungo termine della pandemia sulla salute mentale. Questo studio evidenzia la necessità di un supporto psicosociale continuo e mirato per specifici sottogruppi di rifugiati.

## Introduzione

A maggio 2024, nel mondo si contavano circa 120 milioni di sfollati forzati, di cui 43,4 milioni rifugiati, più che triplicati rispetto al 2014. [1] Le prove disponibili indicano che i rifugiati, in virtù dei loro percorsi migratori e delle sfide associate, sperimentano livelli più elevati di disturbi mentali comuni come depressione, ansia e disturbo da stress post-traumatico (PTSD) rispetto alle popolazioni ospitanti. [2] Ad esempio, i dati meta-analitici hanno dimostrato che i tassi di prevalenza di PTSD (29%), depressione (30%) e ansia (13%) sono più elevati nei rifugiati reinsediati in paesi ad alto reddito rispetto alle popolazioni non rifugiate e a quelle che vivono in contesti di conflitto e guerra. [2]

Il più alto tasso di prevalenza relativa di malattie mentali nella popolazione di rifugiati può essere ampiamente attribuito ai molteplici fattori di stress cumulativi e agli eventi potenzialmente traumatici che i rifugiati possono incontrare prima, durante e dopo il loro viaggio migratorio. Ricerche più recenti suggeriscono che i fattori di stress post-migrazione (ad esempio, solitudine, barriere linguistiche, separazione familiare, stato occupazionale e partecipazione alla forza lavoro, difficoltà finanziarie, appartenenza alla comunità ospitante) che possono essere considerati più prossimali e psicologicamente salienti, possono svolgere un ruolo complesso nel mediare il rischio di sviluppare malattie mentali nella popolazione di rifugiati. [3–5]

La pandemia di COVID-19 è un esempio di fattore di stress universale che ha portato a un aumento iniziale dei problemi di salute mentale durante i primi mesi della pandemia con ulteriori aumenti nei tassi di disagio psicologico nei paesi che avevano imposto il lockdown. 6–8 Mentre i livelli di problemi di salute mentale erano diventati paragonabili ai livelli pre-pandemia dopo i primi mesi, le donne, gli individui con condizioni di salute mentale preesistenti e fattori di stress correlati al COVID-19 come difficoltà finanziarie sembravano essere colpiti in modo più sproporzionato. 9 È stato suggerito che le donne sono intrinsecamente più vulnerabili a una cattiva salute mentale quando esposte allo stress. L'aumentata suscettibilità è stata attribuita a differenze di genere nei fattori biologici, come l'asse microbiota intestinale-immunità-cervello, e nei ruoli sociali, comprese le responsabilità di cura dei figli. 8,10 Questa suscettibilità dipendente dal sesso può interagire con lo stress pandemico e avere un impatto sulla salute mentale. In particolare, la ricerca ha anche scoperto che la solitudine, un forte correlato ai problemi di salute mentale, è aumentata significativamente durante la pandemia, probabilmente a causa dell'aumento del distanziamento sociale e delle restrizioni del lockdown. 8 Per i rifugiati, è stato dimostrato che le restrizioni del lockdown insieme ai requisiti di quarantena aumentano l'isolamento sociale e possono ulteriormente esacerbare i ricordi traumatici dell'isolamento forzato prima della migrazione insieme ai sentimenti di solitudine. 11 Inoltre, la ricerca ha documentato che la solitudine modera l'associazione tra eventi di stress pre-migrazione e la salute mentale dei rifugiati, suggerendo una potenziale suscettibilità allo stress correlato alla pandemia tra gli individui che si sentono soli. 12 Inoltre, molti rifugiati che si sono reinsediati in paesi ad alto reddito avevano spesso famiglie nei paesi di origine che stavano sperimentando infezioni elevate e bassi tassi di vaccinazione. 13,14 Le interazioni con le famiglie colpite nei paesi di origine possono anche aver aumentato l'ansia tra coloro che avevano precedenti esperienze traumatiche. 14

Finora la ricerca sugli impatti psicosociali della pandemia di COVID-19 sui rifugiati reinsediati nei paesi ad alto reddito è stata in gran parte limitata alla ricerca trasversale, che ha collegato gli stressor correlati al COVID-19 a disturbi mentali comuni tra cui depressione, stress e PTSD. 15–17 I pochi set di dati disponibili da studi longitudinali hanno prodotto risultati contrastanti a causa dell'uso di scarse variabili esplicative, misure non specifiche di salute mentale e piccole dimensioni del campione. 18–20 Uno studio longitudinale di Shaw e colleghi ha incluso solo 42 rifugiati reinsediati negli Stati Uniti e ha scoperto che i livelli di occupazione e sicurezza percepita sono diminuiti durante la pandemia con la maggior parte dei partecipanti che citava anche preoccupazioni relative alla salute, all'isolamento e alle finanze personali. 18 In due studi longitudinali che esaminavano i rifugiati reinsediati in Germania utilizzando lo stesso set di dati, uno non ha trovato cambiamenti significativi nella soddisfazione della vita o nella qualità della vita correlata alla salute mentale durante la pandemia e l'altro ha riportato significativi effetti negativi del blocco sulla soddisfazione della vita. 19,20

Data la scarsità di ricerche che hanno esaminato gli impatti longitudinali sulla salute mentale della pandemia di COVID-19 sui rifugiati reinsediati in paesi ad alto reddito, questo studio utilizza i dati delle ondate 1, 5 e 6 (2013-2023) dello studio Building a New Life in Australia (BNLA) per esplorare le traiettorie di salute mentale dei rifugiati reinsediati in Australia prima e durante la pandemia di COVID-19. Questo studio aveva due obiettivi di ricerca principali: (1) comprendere gli impatti sulla salute mentale della pandemia di COVID-19 analizzando l'andamento delle traiettorie di salute mentale prima e dopo la pandemia di COVID-19 e (2) comprendere se il sesso dei partecipanti e i livelli di solitudine auto-riferita hanno moderato gli impatti sulla salute mentale della pandemia di COVID-19. Da ricerche precedenti, 3,4 abbiamo ipotizzato che i tassi di PTSD e disagio psicologico saranno peggiorati dopo la pandemia di COVID-19 e che il sesso femminile così come coloro che hanno segnalato solitudine avranno un impatto sulla salute mentale.

…….

**Discussione**

La vulnerabilità verso esiti di salute mentale più scadenti nelle popolazioni di rifugiati è stata ben consolidata, tuttavia la nostra comprensione del significato relativo degli stress pre e post reinsediamento sta ancora emergendo. 4,25 Nonostante la pandemia di COVID-19 sia uno stressore universale, 29 si è presto riconosciuto che le comunità vulnerabili, come le popolazioni di rifugiati, sarebbero state colpite in modo sproporzionato a causa delle loro disuguaglianze sociali e sanitarie. 30 Utilizzando il set di dati longitudinali BNLA, questo documento riporta le traiettorie di PTSD e HR-SMI in un ampio campione di rifugiati reinsediati

utilizzando più ondate di raccolta dati prima e dopo il COVID-19. Abbiamo esaminato l'impatto della pandemia sugli esiti di salute mentale e sulle covariate nei rifugiati, circa quattro anni dopo il primo caso segnalato di COVID-19 in Australia, rendendo così il nostro studio uno dei primi a offrire queste intuizioni al di fuori del periodo acuto della pandemia.

In termini molto generali, i nostri risultati hanno indicato che, mentre la prevalenza ponderata di HR-SMI non differiva tra l'ondata 1 (2013-2014) e l'ondata 5 (2017-2018), si è verificato un aumento significativo tra l'ondata 5 e l'ondata 6 (2023), riflettendo i punti temporali pre e post pandemia. Vale la pena notare che gli intervalli tra le ondate pre e post pandemia sono variati leggermente, con circa 4,4 anni tra le ondate 1 e 5 e 5,8 anni tra le ondate 5 e 6. Riteniamo che le differenze relativamente minori abbiano un effetto limitato sui risultati. Ciò che più preoccupa è stato l'aumento dei tassi di prevalenza ponderata di PTSD tra l'ondata 5 e l'ondata 6, nonostante inizialmente dimostrasse una diminuzione significativa dall'ondata 1 all'ondata 5. Si è scoperto che la paura correlata al virus stesso e la possibilità di morire sono associate ad ansia patologica che potrebbe alimentare ulteriormente una risposta di paura accresciuta che è stata implicata nel PTSD. [16,17] Questa scoperta potrebbe anche essere correlata alle misure di contenimento del COVID-19 in Australia. Ad esempio, il potenziale che una maggiore presenza di polizia e militari, spesso imponendo blocchi in aree con grandi comunità di rifugiati reinsediati, sarebbe percepita come una minaccia e quindi riattivante, piuttosto che vista come una misura protettiva, non può essere ignorato date le loro esperienze traumatiche passate. [30] Va notato che mentre altri studi hanno dimostrato tassi elevati di malattia mentale post COVID-19 in gruppi di rifugiati reinsediati, [15–17,30] ad oggi questi risultati sono correlati ai dati dal primo al secondo anno iniziale dopo l'arrivo della pandemia, rendendo i nostri risultati ancora più significativi dal punto di vista clinico.

I nostri risultati hanno inoltre evidenziato l'importanza delle difficoltà economiche, della minore autoefficacia percepita e dei sentimenti di appartenenza alla comunità ospitante, dell'età media o avanzata, della solitudine e dell'essere donne come predittori significativi sia di HR-SMI che di PTSD alla sesta ondata. Oltre alla riabilitazione psicologica basata sul trauma e all'assistenza fornita dalle organizzazioni che compongono il Forum of Australian Services for Survivors of Torture and Trauma (FASSTT) a coloro che presentano evidenti vulnerabilità psicologiche, i nostri risultati richiedono lo sviluppo di programmi per promuovere la connessione sociale, riconoscendo al contempo che approcci sensibili al genere potrebbero essere necessari per alcune comunità di rifugiati. Ad esempio, spazi pubblici culturalmente sicuri in cui donne e bambini possano fare esercizio, connettersi socialmente e giocare richiedono il supporto di decisori politici e governi. Inoltre, si dovrebbe riconoscere che i percorsi verso il recupero potrebbero anche comprendere l'aiuto ai rifugiati colpiti per sfruttare i propri punti di forza, come il supporto a organizzazioni comunitarie specifiche per etnia che non solo promuovono la connessione sociale per ridurre la solitudine, ma possono anche aiutare a sfruttare le competenze intrinseche per migliorare la loro resilienza economica. Al contrario, essere impiegati era significativamente associato a un rischio ridotto di entrambi gli esiti, ed essere sposati era associato a un rischio ridotto di PTSD, sottolineando l'importanza della sicurezza economica e dei sistemi di supporto, entrambi precedentemente osservati come aventi un ruolo protettivo. [14,20]

Esaminando l'effetto di moderazione del sesso e della solitudine sul cambiamento nella prevalenza di HR-SMI e PTSD tra le ondate, emergono alcuni modelli interessanti. Le donne avevano significativamente più probabilità di sperimentare aumenti nei tassi di HR-SMI dopo la pandemia (ondata 5 rispetto a onda 6) e quelle che sperimentavano solitudine avevano tassi significativamente più alti di PTSD a onda 6 rispetto a onda 5. Questi risultati si basano sulla nostra precedente ricerca che ha notato l'importanza del genere e della solitudine sulle misure di salute mentale nelle ondate pre-pandemia del BNLA, [3,4,25] e più recentemente studi sui cali post-pandemia della salute mentale nella popolazione generale durante le prime fasi della pandemia. [29,31] Tuttavia, dato che si è scoperto che moderavano i cambiamenti solo tra le ondate 5 e 6, i fattori specifici del tempo meritano ulteriore attenzione. Ad esempio, considerando le crescenti prove che la solitudine e l'isolamento sociale possono esacerbare i sintomi del PTSD, [11] l'impatto dei molteplici lockdown australiani, che hanno incluso la chiusura di scuole, istituzioni religiose e altri sistemi di supporto chiave per i rifugiati, sui tassi elevati di PTSD non può essere trascurato. Inoltre, la scoperta che le donne hanno avuto tassi significativamente più elevati di HR-SMI tra le ondate 5 e 6 può essere correlata all'esperienza di un carico sproporzionato associato ai lockdown prolungati, alle responsabilità di assistenza e alla gestione della transizione alla scuola a distanza.

Questo studio presentava diverse limitazioni degne di nota. In primo luogo, sebbene siamo stati in grado di esaminare i risultati sulla salute mentale nei vari punti temporali, compresi pre e post pandemia, non sono state incluse domande specifiche sul COVID-19 nel sondaggio di Wave 6, impedendo ulteriori analisi dei meccanismi attraverso i quali il COVID-19 può avere un impatto sulla salute mentale. In secondo luogo, i risultati sono soggetti a limitazioni intrinseche negli strumenti di misurazione. Sebbene le scale utilizzate per valutare HR-SMI e PTSD siano misure dei sintomi ben convalidate che possono fornire tassi probabili di malattia mentale nelle popolazioni di rifugiati, non sono strumenti diagnostici. La solitudine è stata misurata da un singolo elemento auto-riportato, il che può ridurre l'affidabilità della misurazione. In relazione a ciò, le risposte dei partecipanti potrebbero essere state influenzate da bias di richiamo e desiderabilità sociale. A causa della natura del design BNLA, non abbiamo potuto utilizzare altri approcci analitici che potessero minimizzare il rischio di confondimento non osservato, come il design di discontinuità di regressione o il design di serie temporali interrotte, per generare l'associazione tra COVID-19 e il cambiamento negli esiti di salute mentale dei rifugiati. Nonostante queste limitazioni, i punti di forza dello studio includono il suo design longitudinale rappresentativo della popolazione con un campione della comunità di rifugiati reinsediati. Ha valutato un'ampia gamma di variabili e misurato gli esiti quattro anni dopo l'insorgenza della pandemia, fornendo una comprensione più chiara dell'impatto a lungo termine di COVID-19 sulle traiettorie di salute mentale dei rifugiati.

**Conclusione**

In conclusione, il nostro studio ha fornito prove che la prevalenza di malattie mentali come HR-SMI e PTSD aumenta nel periodo compreso tra la pre-pandemia e i quattro anni successivi all'arrivo del primo caso di COVID-19 nei rifugiati reinsediati in Australia. Dato che questi aumenti sono stati moderati dalla solitudine e dal sesso femminile e che Wave 6 stava valutando gli intervistati dieci anni dopo l'inizio dello studio BNLA, i nostri risultati sottolineano la necessità di programmi psicosociali continui e mirati per sottogruppi specifici di rifugiati.

**https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(25)00053-7/fulltext**

sanità informazione

## Anziani, gli italiani sono i più soli d'Europa

*De Leo (Aip): "Siamo di fronte ad un'epidemia sociale che aumenta il rischio di demenza del 50% e la pre-mortalità del 30%"*

**Isabella Faggiano**

Gli anziani italiani sono i più soli d'Europa: in Italia il tasso di solitudine tra le persone della terza età è doppio rispetto alla media dei Paesi europei. Una condizione di disagio che influenza negativamente sia la salute mentale che fisica, favorendo l'aumento del rischio di depressione, disturbi del sonno, demenza, malattie cardiovascolari e suicidi. "Si tratta di un'epidemia sociale che aumenta il rischio di demenza del 50% e la pre-mortalità del 30% – spiega **Diego De Leo**, presidente dell'Associazione Italiana di Psicogeriatria, in vista del 25° congresso Aip previsto dal 27 al 29 marzo a Padova – con un impatto paragonabile al tabagismo cronico e all'obesità. Alcuni Paesi si sono dotati di strumenti come Linee Guida o raccomandazioni per affrontare questa realtà – prosegue -. In Italia non vi è ancora un approccio definito, nonostante sia il Paese più vecchio al mondo dopo il Giappone".

**I fenomeni sociali che peggiorano la situazione…**
Tra gli elementi che concorrono a peggiorare la situazione: "lo spopolamento dei centri storici, la chiusura dei negozi di prossimità, il proliferare delle truffe agli anziani, la discriminazione nota come ageismo". I suicidi degli anziani, in particolare "sono il 37% di quelli totali, sebbene gli anziani rappresentino il 24% della popolazione generale. Fenomeno che riguarda soprattutto gli uomini e le persone con più di 80 anni". Secondo i dati Eurostat, **il 14% degli anziani in Italia non ha nessuno a cui chiedere aiuto**, mentre il 12% non ha persone con cui condividere questioni personali, a fronte di una media europea del 6,1%.

**I campanelli di allarme della solitudine**
I primi sintomi delle conseguenze di una marginalità sociale dell'anziano sulla psiche possono emergere dai **disturbi del sonno e dalla maggior frequenza di incubi,** che può a sua volta favorire lo stato depressivo. "Gli incubi persistenti, che interferiscono con la vita quotidiana, possono essere diagnosticati come disturbo da incubi, una condizione che aumenta con l'età e ha gravi ripercussioni sulla salute mentale-conclude De Leo -. La prevalenza è di oltre tre volte superiore tra coloro che hanno più di 70 anni (6,3%) rispetto agli adulti tra i 50 e i 70 anni (1,8%). Gli individui con incubi frequenti – conclude – hanno maggiori probabilità di tentare il suicidio e di adottare comportamenti autolesionistici".

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

24OreSalute

# Terza età, uno studio rivela il legame tra condizioni sociali e invecchiamento biologico

*Chi ha una miglior posizione sociale avrebbe una minor presenza di proteine legate all'infiammazione e all'immunosenescenza*

Federico Mereta

In una società che invecchia, mantenere in salute le persone che si avvicinano alla terza età rappresenta un imperativo per la sostenibilità sanitaria, oltre che sul fronte sociale ed economico. Ma nell'embricarsi continuo di fattori psicosociali come il livello di istruzione, elementi di tranquillità finanziaria e processi fisiologici dell'organismo emerge chiaramente il peso delle diseguaglianze come fattori in grado di influenzare negativamente il benessere nell'età avanzata.
E non solo sotto l'aspetto psicologico e finanziario, ma anche sul fronte organico, tanto che chi presenta una miglior posizione sociale avrebbe anche una minor presenza di proteine legate all'infiammazione e all'immunosenescenza nel sangue circolante.
Biologia e condizioni sociali, insomma, vanno di pari passo. Al punto che le seconde diventano una variabile da considerare per il mantenimento del benessere nella terza età: chi si trova in condizioni socioeconomiche favorevoli avrebbe infatti un rischio ridotto di malattie tipiche di questo periodo della vita e soprattutto avrebbe meno segni "tangibili" (perché misurabili con parametri oggettivi) di invecchiamento biologico.
A segnalare come istruzione e disponibilità finanziarie possano fare la differenza nella traiettoria di salute è una ricerca coordinata da Mika Kivimaki dell'University College di Londra, apparsa su Nature Medicine.

**Fino a vent'anni di osservazione**
L'analisi dei ricercatori londinesi ha preso in esame le risultanze di quattro grandi studi longitudinali, per un totale di più di 800.00 partecipanti. I dati derivano dalla ricerca Whitehall II nel Regno Unito, dalla UK Biobank,

dal Finnish Public Sector Study (Fps) e dallo studio Atherosclerosis in Communities (Aric) negli Usa: sono stati considerati sia parametri sociali che dati organici.
Tra i primi si è puntato soprattutto su quanto avvenuto nella prima infanzia, con i livelli di istruzione e la posizione socioeconomica del genitore, oltre che su parametri economici in età adulta, dal reddito fino alle condizioni professionali e allo stato di occupazione.
Questi dati sono poi stati "mixati" con quelli biologici, legati a classici marcatori della senescenza, attraverso tecniche di proteomica plasmatica avanzata in grado di evidenziare processi associati all'età ben prima della comparsa di manifestazioni cliniche, oltre che alla diagnosi di eventuali patologie intercorrenti.
La situazione in termini di insorgenza di patologia è stata ricontrollata dopo più di una decade di distanza dalla valutazione delle condizioni sociali per due delle coorti e oltre 20 anni dopo per le coorti Whitehall II e Aric. Si è così visto quanto e come i fattori sociali della prima o della mezza età contribuissero alla definizione dell'età biologica (ben più di quella anagrafica) a decenni di distanza.

**Così aumentano i rischi**
Dall'indagine emerge che il benessere socioeconomico e il livello d'istruzione impatterebbero sul rischio di sviluppare più di 60 patologie età-correlate, con un aumento del rischio significativo in rapporto alle condiziono osservate. Nell'elenco delle patologie, il rischio è apparso di un quinto più elevato per le persone con basso status socioeconomico rispetto a quelle che stavano meglio su questo fronte.
Addirittura per alcune delle principali cronicità "sociali" come patologie cardio-cerebrovascolari (infarto ed ictus ad esempio), diabete di tipo 2, epatopatie e malattie respiratorie di natura oncologica si è registrato un rischio più che raddoppiato nel gruppo più svantaggiato rispetto a quello più avvantaggiato.
Come se non bastasse, il peso di una condizione sociale e finanziaria non ottimale arriva anche ad impattare sulla precoce comparsa di quadri patologici: in chi presenta una situazione non ottimale, le diagnosi di patologie legate all'età risultano mediamente sovrapponibili cinque anni prima rispetto a chi invece non ha particolari problemi. Sul fronte dei riscontri biologici, peraltro, la ricerca mostra come i valori nel sangue di ben 14 proteine sarebbero pesantemente influenzati dalla condizione socioeconomica dei partecipanti alle ricerche.
Tra queste, a prescindere dalle sigle scientifiche (si sono considerate ad esempio DNAJB9, F2, HSPA1A, BGN), ci sono diversi composti proteici che entrano in gioco nella regolazione della risposta infiammatoria e dello stress cellulare. Chi vive meglio potrebbe vedere una riduzione del rischio di malattia nella terza età pari al 39% proprio grazie alla mediazione di queste proteine.
Come segnala in una nota uno degli autori dello studio, Tony Wyss-Coray dell'Università di Stanford, «l'invecchiamento si riflette nella composizione delle proteine nel sangue, che comprende migliaia di proteine circolanti collegate ai processi di invecchiamento biologico in più sistemi di organi. Questi biomarcatori sono indicatori di salute che ci consentono di valutare come le differenze sociali possano dettare il ritmo dell'invecchiamento».

**Il valore dell'ascensore sociale**
A fronte di tutte queste osservazioni, dall'indagine emerge come la prospettiva di un cambiamento delle condizioni socioeconomiche possa influire positivamente sul benessere fisico dell'individuo nella traiettoria dell'esistenza. Si sono infatti individuate prove che i cambiamenti nella posizione sociale servono, eccome, a ridefinire il profilo del rischio.
La sfida alle diseguaglianze appare quindi ancor più importante, sulla base di esiti di parametri di invecchiamento biologico. Si è visto infatti che le persone che sono passate da bassi livelli di istruzione all'inizio della vita a un vantaggio sociale medio o elevato più avanti presentavano profili proteici diversi (e migliori) rispetto a chi non ha avuto opportunità di miglioramento delle condizioni socioeconomiche.
Insomma, non ci si può limitare a osservare trend sociali e sanitari che ci portano a capire quanto e come le cronicità, complice il progressivo innalzarsi dell'età media della popolazione, possano diventare il "trigger" in grado di far saltare la sostenibilità sociale ed economica dei sistemi sanitari.
Occorre darsi da fare, come segnala in una nota dell'ateneo londinese Kivimaki: «questo studio fornisce una solida prova biologica del fatto che le condizioni sociali influenzano il ritmo dell'invecchiamento. Per decenni,

abbiamo saputo che il vantaggio sociale è collegato a una salute migliore, ma i nostri risultati suggeriscono che potrebbe anche rallentare il processo di invecchiamento stesso».
E allora, in chiave strategica, agire sulle disuguaglianze e sui fattori che possono influire sul benessere, dalla sana alimentazione all'esercizio fisico regolare fino a screening medici, check-up, vaccinazioni e farmaci, può rivelarsi vincente. Con un occhio alle pari opportunità. E puntando di più su istruzione e benessere condiviso.

**https://www.ilsole24ore.com/art/terza-eta-studio-rivela-legame-condizioni-sociali-e-invecchiamento-biologico-AGXLsIeD?&cmpid=nl_sanita24**

**TUTTI I FONDI PER IL WELFARE SOCIALE**
**Franco Pesaresi**
**(questo articolo è stato pubblicato su welforum.it il 21/3/2025: https://www.welforum.it/tutti-i-fondi-per-il-welfare-sociale/ )**

Nella Legge di Bilancio 2025, i fondi per il welfare sociale ammontano a 10.451.083.000 euro (Cfr. Tab. 1).
Tali risorse sono distribuite in 25 diversi fondi che appaiono, oggettivamente, eccessivi per gli oneri burocratici e rendicontativi che ognuno di questi fondi genera. Senza ridimensionare le risorse forse sarebbe più facile la gestione del sistema se alcuni fondi si aggregassero; pensiamo, per esempio, che i fondi a contrasto della povertà sono addirittura sette mentre i fondi per la disabilità sono cinque.
La gran parte delle risorse sono destinate al contrasto della povertà; a questa finalità sono destinati 7.444.620.000 euro pari al 71,2% del totale della spesa per il welfare sociale.
Al secondo posto per dimensione della spesa ci sono gli interventi per la disabilità che possono disporre di 1.084.346.000 pari all'11% della spesa complessiva. Al resto dei settori di intervento (minori, famiglia, anziani, ecc.) vanno finanziamenti limitati.

*Tab. 1 – I finanziamenti nazionali per l'assistenza locale e il terzo settore (welfare locale) (dati in migliaia di euro)*

| Fondo | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026* | 2027* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Fondo politiche sociali | 390.925 | 390.925 | 390.925 | 371.379 | 371.379 | 371.379 |
| Fondo non autosufficienza | 822.000 | 865.300 | 913.600 | 919.755 | 934.570 | 1.108.470 |
| Fondo per le politiche in favore delle persone con disabilità | | | 320.369 | 50.000 | 50.000 | 150.000 |
| Fondo unico inclusione persone con disabilità | | | 551.807 | 433.679 | 378.644 | 328.644 |
| Fondo "Dopo di noi" | 76.100 | 76.100 | 72.295 | 72.295 | 72.295 | 72.295 |
| Diritto lavoro disabili | 76.915 | 70.225 | 68.545 | 68.495 | 66.065 | 94.965 |
| Fondo reddito e pensioni di cittadinanza | 8.774.300 | 8.041.900 | | | | |
| Assegno di inclusione | | | 5.573.800 | 5.732.600 | 5.607.800 | 5.607.800 |
| Supporto per la formazione e il lavoro | | | 1.460.900 | 606.000 | 581.800 | 556.600 |
| Fondo lotta povertà | 622.000 | 657.000 | 594.677 | 601.120 | 617.000 | 617.000 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| fondo per il sostegno alla povertà e all'inclusione attiva | | | | | 290.335 | 392.435 |
| Fondo sperimentazione reddito alimentare | | | 2.000 | 1.900 | 1.900 | 1.900 |
| Carta "Dedicata a te" | | 500.000 | 600.000 | 500.000 | | |
| Credito d'imposta per fondo povertà educativa minorile | 45.000 | 45.000 | 25.000 | 3.000 | 3.000 | 3.000 |
| Fondo reinserimento detenuti | | 4.000 | 4.750 | 4.750 | | |
| Assegno maternità (bonus bebé) | 234.556 | 252.764 | 253.064 | 254.664 | 254.964 | 255.264 |
| Fondo infanzia e adolescenza | 28.794 | 28.794 | 27.354 | 25.987 | 25.987 | 25.987 |
| Fondo politiche famiglia | 104.060 | 104.060 | 98.857 | 93.915 | 93.915 | 93.915 |
| Fondo politiche giovanili/gioventù | 90.863 | 85.863 | 72.820 | 54.929 | 54.929 | 54.929 |
| Fondo pari opportunità | 76.156 | 84.957 | 100.377 | 115.974 | 115.474 | 108.224 |
| Fondo sostegno donne vittime violenza | 12.928 | 13.160 | 13.396 | 13.401 | 13.405 | 13.409 |
| Fondo adozioni internazionali | 23.815 | 23.815 | 21.981 | 19.102 | 19.102 | 19.102 |
| Fondo caregiver | 80.000 | 80.000 | 50.000 | 62.500 | 57.500 | 61.250 |
| Lotta alla ludopatia | 44.000 | 44.000 | 44.000 | 44.000 | 44.000 | |
| Fondo x servizio civile universale | 311.581 | 111.581 | 143.051 | 330.899 | 330.899 | 330.899 |
| Fondo progetti di interesse del 3°settore | 61.960 | 61.960 | 61.960 | 55.739 | 55.739 | 55.739 |
| Fondo x RUNTS | 15.000 | 15.000 | 15.000 | 15.000 | 15.000 | 15.000 |
| TOTALE | 11.890.953 | 11.556.404 | 11.480.528 | 10.451.083 | 10.055.702 | 10.338.206 |

*Note: * I finanziamenti per il 2026 e il 2027 sono tratti dal bilancio pluriennale 2025-2027 dello Stato. Fonte: L. 207/2024; Forum Terzo settore (2025).*

In alcuni casi i singoli fondi distribuiscono risorse per una serie diversificata di interventi. È questo il caso del Fondo Povertà (quota servizi) che impiega – così come indicato nella tab. 2 – le proprie risorse per finanziare l'assunzione di assistenti sociali, i servizi per la presa in carico dei beneficiari dell'Assegno di inclusione, il Pronto intervento sociale ed una serie di servizi per la povertà estrema (Housing first, stazioni di posta, ecc).

*Tabella 2. Utilizzo del Fondo Povertà (quota servizi) 2024-2026*

| **Annualità** | **2024** | **2025** | **2026** |
|---|---|---|---|
| a) Rafforzamento servizio sociale professionale mediante assunzioni a tempo indeterminato di assistenti sociali* | 180.000.000 | 180.000.000 | 180.000.000 |
| b) AdI (quota servizi) | 394.677.545 | 401.120.765 | 417.000.000 |
| di cui: | | | |
| Segretariato sociale e altri servizi per la presa in carico (valutazione multidimensionale e progetto personalizzato) | 369.677.545 | 376.120.765 | 392.000.000 |
| Pronto Intervento Sociale | 20.000.000 | 20.000.000 | 20.000.000 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Azioni di sistema a titolarità del Ministero del Lavoro e delle politiche sociali per supportare, accompagnare e favorire l'attuazione territoriale degli interventi previsti dal Piano Nazionale per gli interventi e servizi di contrasto alla povertà | 5.000.000 | 5.000.000 | 5.000.000 |
| c) povertà estrema | 20.000.000 | 20.000.000 | 20.000.000 |
| di cui: | | | |
| housing first | 5.000.000 | 5.000.000 | 5.000.000 |
| servizi di posta e per residenza virtuale | 2.500.000 | 2.500.000 | 2.500.000 |
| pronto intervento sociale | 2.500.000 | 2.500.000 | 2.500.000 |
| Altri servizi | | | |
| -presa in carico, accompagnamento e centri servizi | 10.000.000 | 10.000.000 | 10.000.000 |
| -povertà alimentare e deprivazione materiale** | | | |
| | | | |
| **Totale** | **594.677.545** | **601.120.765** | **617.000.000** |

***in caso di quantificazione inferiore al massimo delle risorse disponibili, le risorse residue saranno utilizzate per gli altri servizi inseriti nella categoria AdI.*

*Fonte: Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2024-2026*

### *Le risorse per le politiche migratorie*

Ai fondi elencati nella Tab. 1 sul welfare sociale ad interesse locale, si aggiungono le risorse per le politiche migratorie elencate nella Tab. 3.

Le previsioni di spesa per il 2025 hanno superato i 2 miliardi di euro, un importo mai raggiunto in precedenza. Si pensi che nel 2022, l'ultimo anno del Governo Draghi lo stanziamento di bilancio era di 1,5 miliardi.

**Tab. 3 – I Fondi per le politiche migratorie**

| Fondo | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026* | 2027* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Servizi di accoglienza in favore di stranieri | 900.000 | 873.877 | 960.319 | 1.246.743 | 974.837 | 974.837 |
| Fondo politiche asilo | 441.979 | 692.432 | 589.241 | 705.626 | 689.260 | 504.260 |
| Fondo nazionale politiche migratorie | 10.000 | 10.000 | 9.888 | 9.763 | 9.500 | 9.500 |
| Fondo minori stranieri non accompagnati | 136.372 | 117.780 | 164.930 | 115.548 | 115.548 | 115.548 |
| Fondo per richiedenti status rifugiato | 9.287 | 9.287 | 9.287 | 8.823 | 8.823 | 8.823 |
| **TOTALE** | **1.497.638** | **1.703.376** | **1.733.665** | **2.086.503** | **1.797.968** | **1.612.968** |

**Fonte: L. 207/2024; Forum Terzo settore (2025).**

### *Le tendenze della spesa per il welfare sociale*

Dal 2022 (Governo Draghi) al 2025 (Governo Meloni[1]) la spesa di bilancio per il welfare sociale è passata da 11 miliardi e 890 milioni di euro a 10 miliardi e 451 milioni, con una riduzione degli stanziamenti di un miliardo e 430 milioni pari al 13,8% del complesso della spesa.

In realtà, la riduzione dei fondi per il welfare sociale in questi ultimi tre anni è stata ancora più elevata perché non si è tenuto in alcun conto della svalutazione a causa dell'inflazione. Dal 2022 al 2025 il bilancio dello Stato è cresciuto di 105,5 miliardi di euro mentre il settore di spesa del welfare sociale ha visto addirittura una riduzione del volume complessivo della spesa. Se teniamo conto anche di questo aspetto, è come se la spesa di bilancio per il welfare sociale avesse subito una riduzione complessiva di 2,5 miliardi di euro fra riduzioni effettive (1,4 mld) e mancati adeguamenti che tenessero conto degli incrementi complessivi del bilancio (1,1 mld).

Per contro, la spesa per le politiche migratorie sono cresciute costantemente in tutti e tre gli ultimi anni dal 2023 al 2025 superando la cifra record di 2 miliardi di euro. Non si può dire che questo non susciti sorpresa.

### Bibliografia


Forum terzo settore (Novarino), Un'analisi della spesa sociale nella legge di bilancio 2025-27, 4/1/2025: https://www.cantiereterzosettore.it/unanalisi-della-spesa-sociale-nella-legge-di-bilancio-2025-27/

IFEL, ANCI, Nota sintetica principali contenuti Legge di bilancio 2025: https://www.fondazioneifel.it/documenti-e-pubblicazioni/item/download/6129_8efda2dcb77cf4e8ff15ecd26fd67b23

Legge 30 dicembre 2024, n. 207: *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027*.

Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2024-2026: https://www.sossanita.org/wp-content/uploads/2024/11/Piano-Nazionale-degli-interventi-e-servizi-sociali-2024-2026-bozza.pdf

Servizi Studi di Camera e Senato, Dossier *Legge di bilancio 2025* (A.S. 1330) vol. I, 23/12/2025: https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/01439650.pdf

Ufficio Parlamentare di Bilancio, *Audizione della Presidente dell'Ufficio parlamentare di bilancio nell'ambito delle audizioni preliminari all'esame del disegno di legge di bilancio per il 2025 (C. 2112-bis)*, 5/11/2024.


**Inoltre segnalo che ho pubblicato un ebook dal titolo "Il Covid-19 vol. 2. Norme, linee guida, esperienze" che è scaricabile al seguente link:**
**https://www.academia.edu/128092878/Il_Covid_19_vol_2_Norme_linee_guida_esperienze**

[1] Il governo Meloni è entrato in carico nell'ottobre 2022.

quotidianosanità.it Lavoro e Professioni

# Giornata nazionale contro le aggressioni al personale sanitario.

*Nonostante gli interventi a contrasto il fenomeno non arretra. Nell'ultimo anno 18 mila episodi. Schillaci: "Nostro impegno prosegue". E il Ministero lancia campagna social contro le violenze*

***di E.M.***

*Dall'istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitari alla legge sul contrasto ai fenomeni di violenza che prevede l'arresto flagranza differita per chi aggredisce gli operatori sanitari, oltre a multe salate in caso di danneggiamenti. Le misure messe in atto dal Governo non mancano, ma l'escalation di aggressioni non si arresta. Le donne sono le più colpite, oltre il 60% delle segnalazioni, così come il personale infermieristico (oltre il 55%). E oggi parte la campagna social del Ministero della Salute.*

12 MAR -

Sono passati cinque anni dall'istituzione della Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari, che si celebra il 12 marzo di ogni anno. Ma il fenomeno delle aggressioni verso il personale sanitario non segna il passo, tutt'altro, come ricorda costantemente la cronaca.

**Un infortunio su 10 in sanità e assistenza sociale deriva da un'aggressione.** Secondo i dati più recenti dell'Inail (aprile 2024) sono stati registrati complessivamente nel quinquennio 2019-2023 quasi 12 mila infortuni da aggressioni o violenze sul posto di lavoro (2-3 mila l'anno). Il triplo di quanto registrato nell'intera gestione Industria e servizi.

Numeri, secondo l'Inail, da ritenersi sottostimati in considerazione sia dei limiti della codifica informatizzata utilizzata, sia di un potenziale fenomeno di sotto-denuncia dei casi meno gravi. A questo va aggiunto che, non sono assicurati all'Inail, i medici e gli infermieri liberi professionisti, compresi i medici di famiglia e le guardie mediche.

In buona sostanza, possiamo parlare di un sommerso importante.

**Oltre 18 mila aggressioni nel 2024.** E i numeri pubblicati oggi dall'Osservatorio nazionale sulla sicurezza dei professionisti sanitari e sociosanitari, che fanno riferimento a segnalazioni su base volontaria raccolte attraverso questionari alle Regioni, indicano per il 2024 oltre 18mila aggressioni a livello nazionale con il coinvolgimento di circa 22mila operatori.

I professionisti maggiormente interessati sono infermieri (oltre il 55%), medici e Oss. Le donne le più colpite, oltre il 60% delle segnalazioni.

Le aggressioni si verificano soprattutto in Pronto Soccorso, nei Servizi Psichiatrici e nelle Aree di Degenza mentre gli aggressori purtroppo sono prevalentemente i pazienti stessi, seguiti da familiari/caregiver e si conferma, come nel 2023, una netta prevalenza di aggressioni verbali (70%) rispetto a quelle fisiche (24%) e contro la proprietà (6%).

Comunque, precisa il Ministero, a un maggior numero di segnalazioni non corrisponde necessariamente una più alta incidenza di aggressioni in un determinato contesto territoriale, ma una **specifica attenzione al monitoraggio del fenomeno:** "L'aumento delle segnalazioni rispetto allo scorso anno (+15%), infatti, rispecchia una maggiore consapevolezza dell'importanza della denuncia e una migliore efficacia dei sistemi di segnalazione che hanno, probabilmente, portato più professionisti a denunciare episodi che in passato non avrebbero segnalato".

**Le misure messe in atto dal Governo.** Per contrastare il fenomeno delle aggressioni nei confronti dei professionisti sanitari, il Governo ha istituito nel 2022 l'Osservatorio nazionale (ricostituito con decreto del

ministero della Salute nel dicembre 2023). Sono stati rafforzati e istituiti presidi di polizia negli ospedali, grazie ad una azione congiunta voluta dai ministri Schillaci e Piantedosi ed è stato previsto che parte dei fondi del Pnrr possano essere utilizzati per potenziare i sistemi di sorveglianza.
Ma il giro di boa è arrivato il 13 novembre scorso, quando il Governo è sceso in campo con misure stringenti. Un giro di vite concretizzato con la conversione in legge del decreto sul contrasto ai fenomeni di violenza. Una legge che ha aperto le porte all'arresto in flagranza differita per le aggressioni a danno di operatori sanitari e servizi di sicurezza complementare. Oltre a prevedere multe salate in caso di danneggiamenti alle strutture pubbliche, fino a 10 mila euro, e un aumento della pena se il fatto commesso è da più persone.

Come ha sottolineato il ministro della Salute **Orazio Schillaci,** il Governo "non è rimasto a guardare". "Nel corso degli anni, purtroppo, c'è stata a una escalation di violenza: operatori sanitari e sociosanitari con minacce, insulti, feriti, uccisioni. Una violenza inaccettabile, che condanniamo con fermezza, e a fronte della quale non siamo rimasti a guardare. Oggi siamo qui per ribadire il nostro impegno per la sicurezza delle donne e degli uomini che si prendono cura della nostra salute; un impegno che abbiamo messo in campo da subito e che rinnoviamo ogni giorno. Perché sono inaccettabili le aggressioni come è inaccettabile la devastazione di reparti o pronto soccorso" ha detto intervenendo all'evento organizzato a Foggia dalla Fnomceo, proprio per celebrare la Giornata nazionale. La città pugliese fu teatro di uno degli episodi di aggressione più eclatanti quanto i medici del Policlinico Riuniti di Foggia, il 4 settembre dello scorso anno, furono costretti a barricarsi nel reparto di chirurgia toracica per difendersi dall'assalto dei parenti di una giovane paziente deceduta.

**I dati, ha aggiunto il Ministro, dicono che "non dobbiamo abbassare la guardia**. La sicurezza del personale sanitario e sociosanitario non è "un mero slogan, è una vera priorità". Per questo sono state approvate norme per non lasciare impuniti gli aggressori, con la procedibilità d'ufficio e pene più severe, e potenziata la vigilanza con più presidi di polizia negli ospedali. "Credo si debba riconoscere al Governo di aver messo in campo misure importanti, condivise con le categorie, per scoraggiare la violenza e aumentare i livelli di sicurezza per il personale" ha detto Schillaci.

**"È chiaro che non ci fermiamo qui" ha aggiunto il Ministro.** "L'Osservatorio – ha precisato – è impegnato nel rafforzare le attività di prevenzione e di formazione. La violenza nei confronti del personale sanitario e sociosanitario ha impatti non solo sulla salute e sul benessere dei lavoratori ma determina anche gravi conseguenze economiche con costi diretti e indiretti. Investire nella prevenzione della violenza, pertanto, è strategico per ridurre questi impatti e migliorare la qualità complessiva dell'assistenza sanitaria".

**Mentre sul fronte della prevenzione** si sta avviando a conclusione l'aggiornamento della Raccomandazione ministeriale numero 8 per la prevenzione degli atti di aggressione e violenza per una migliore e più agevole applicazione: "Abbiamo raccolto 23 buone pratiche regionali che saranno analizzate per individuare e diffondere quelle ritenute maggiormente efficaci".

**Alle misure già messe in atto o in itinere si aggiunge poi la leva della formazione** per intercettare e gestire il fenomeno "è un'altra leva essenziale di prevenzione ed è stata inserita come tematica di interesse nazionale della Commissione ECM. Tra il 2023 e il 2024 ci sono stati 133 tra corsi nazionali e regionali, coinvolgendo tutte le professioni sanitarie e sociosanitarie su queste tematiche" ha ricordato il Ministro.

**Non solo, il Governo sta valutando "l'introduzione dell'obbligatorietà della** formazione in materia di aggressioni, come già accade ad esempio per la radioprotezione, e l'opportunità di prevedere che la formazione sia effettuata da professionisti scelti all'interno delle aziende sanitarie e ospedaliere".

**Ma accanto a tutto, conclude Schillaci bisogna promuovere un cambiamento culturale**, per radicare i principi di fiducia e di rispetto: "Insieme dobbiamo parlare ai cittadini, anche per arginare campagne d'odio che spesso viaggiano sul web e che alimentano comportamenti violenti. Il medico, l'infermiere, tutti gli operatori sanitari e sociosanitari sono alleati del cittadino e della salute pubblica: proteggerli significa proteggere la nostra salute perché ogni violenza di fatto compromette anche la sicurezza delle cure.

Dobbiamo rinsaldare un patto d'amicizia e questo è il messaggio e l'appello che qui oggi rilanciamo con forza".

**Per contrastare il fenomeno, infine, è stato firmato il Protocollo d'intesa, tra il Ministero della salute, la Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere e Federsanità.** L'obiettivo è garantire la massima divulgazione, tra le aziende e gli enti sanitari e sociosanitari, dei percorsi formativi omogenei rivolti a tutto il personale sanitario e socio sanitario o comunque operante nel settore salute, che potranno essere attivati sull'intero territorio nazionale, nonché delle iniziative di informazione e comunicazione, volte a sensibilizzare i cittadini e gli utenti sull'importanza e il rispetto del lavoro svolto dal personale sanitario e socio sanitario.

**https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=128314**




**Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e socio-sanitarie**

**Relazione attività anno 2024**

**https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1741795235.pdf**




quotidianosanità.it Lettere al direttore

# Assistenza domiciliare integrata (ADI): gli infermieri fanno la differenza

**Marina Vanzetta,** *L'Infermiere Online*

*Gentile Direttore,*
senza gli infermieri, l'ADI non potrebbe garantire presa in carico, cure di qualità e continuità assistenziale. Questo è quanto emerge inequivocabilmente dalla lettura dell'Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale relativamente all'assetto organizzativo, alle attività e ai fattori produttivi del SSN pubblicato dal Ministero della Salute nel febbraio scorso.
Di fatto, i dati relativi all'ADI, ovvero l'assistenza domiciliare erogata in funzione di un piano di assistenza individuale che si sostanzia attraverso una presa in carico multi professionale e multidisciplinare della persona che comprende anche le cure palliative e le dimissioni protette, evidenziano chiaramente il ruolo determinante degli infermieri in questo ambito.
I numeri si commentano da soli. Le persone assistite al proprio domicilio nel 2023 sono state 1.645.234, di questi, il 7% erano persone in fase terminale e il 74,9% persone di età maggiore o uguale a 65 anni. Il tempo di assistenza dedicato a ciascuno è stato pari a 15 ore di cui 10 per ogni caso erogate dagli infermieri.

Nello specifico, le ore di assistenza per ogni persona anziana sono state 14 complessivamente e di queste, 9 dedicate dagli infermieri. Quelle per ogni persona in fase terminale sono state 29: di queste 20 erogate dagli infermieri.
Sostanzialmente il 70% delle cure complessive è rappresentato dall'assistenza infermieristica.
Investire dunque sull'infermiere e valorizzarne il ruolo nell'ADI equivale a rafforzare e consolidare un modello di presa in carico sempre più orientato alla prossimità, alla centralità dell'assistito e della sua rete e ancora,

alla continuità delle cure in uno scenario che si connota sempre più e rapidamente per i bisogni complessi che richiedono risposte tempestive, mirate ed efficaci.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=128258

quotidianosanità.it Lavoro e Professioni

# Infermieri. Gimbe: l'Italia perde 10 mila professionisti l'anno e precipita nelle classifiche europee su numero di laureati e retribuzioni

*Nel Ssn un infermiere su quattro è vicino alla pensione e uno su sei lavora fuori dal Servizio sanitario nazionale. La professione è sempre meno attrattiva: in cinque anni il rapporto tra posti disponibili e candidati è crollato da 1,6 a 1,04. Senza un piano straordinario risulta a rischio la riforma territoriale prevista dal Pnrr. Cartabellotta: "Siamo di fronte a un quadro che compromette il funzionamento della sanità pubblica e mina l'equità nell'accesso alle cure".*

25 MAR -
La grave carenza di infermieri non è solo una questione di numeri, ma il riflesso di dinamiche professionali che aggravano lo squilibrio tra bisogni assistenziali e disponibilità di personale, configurando una vera e propria emergenza per il Servizio Sanitario Nazionale (Ssn).
"Siamo di fronte a un quadro che compromette il funzionamento della sanità pubblica e mina l'equità nell'accesso alle cure, soprattutto per le persone anziane e più vulnerabili, sia in ambito ospedaliero che territoriale, dove gli investimenti del PNRR rischiano di essere vanificati senza un'adeguata dotazione di personale infermieristico", afferma **Nino Cartabellotta** Presidente della Fondazione Gimbe, commentando i dati sulla professione infermieristica presentati al 3° Congresso Nazionale Fnopi di Rimini.

**I numeri del personale infermieristico.**
Nel 2022, secondo i dati del Ministero della Salute, il personale infermieristico contava 302.841 unità, di cui 268.013 dipendenti del SSN e 34.828 impiegati presso strutture equiparate. In Italia ci sono 5,13 infermieri ogni 1.000 abitanti, con forti disomogeneità territoriali: dai 3,83 della Campania ai 7,01 della Liguria.
"In generale – commenta il Presidente – il numero di infermieri risulta più basso in quasi tutte le Regioni del Mezzogiorno, sottoposte ai Piani di rientro, oltre che in Lombardia".
Il confronto internazionale è impietoso: considerando tutti gli infermieri in attività, a prescindere dal contratto di lavoro e dalla struttura in cui operano, nel 2022 l'Italia contava 6,5 infermieri per 1.000 abitanti, dato ben al di sotto della media OCSE di 9,8 e della media EU di 9. In Europa peggio di noi solo Spagna (6,2), Polonia (5,7), Ungheria (5,5), Lettonia (4,2) e Grecia (3,9).
Anche il rapporto infermieri/medici fotografa un sistema sbilanciato: in Italia è fermo a 1,5, rispetto alla media OCSE di 2,7.
Infine, se per il 2022 i dati OCSE riportano per il nostro Paese la presenza di 384.882 unità di personale infermieristico, il numero di quelli che lavorano nelle strutture pubbliche e in quelle private convenzionate si attesta poco sopra 324.000 (302.841 nel pubblico e 21.422 nel privato accreditato). "È evidente – chiosa Cartabellotta – che oltre 60 mila infermieri, ovvero più di 1 su 6, esercitano come liberi professionisti o all'interno di cooperative di servizi e rappresentano "forza lavoro" strutturale del Ssn".

**Dimissioni e cancellazioni dall'albo: ogni anno perdiamo migliaia di infermieri.** Il numero di infermieri dipendenti del Ssn che lasciano volontariamente il posto di lavoro è in costante aumento dal 2016, con un'accelerazione significativa nel biennio pandemico 2020-2021 e una vera e propria impennata nel 2022. Solo nel triennio 2020-2022 hanno abbandonato il Ssn 16.192 infermieri, di cui 6.651 nel solo 2022.

"Questo trend in continua ascesa – commenta Cartabellotta – non viene compensato dall'ingresso di nuove leve, aggravando la carenza di personale e l'insostenibilità dei carichi di lavoro, con un inevitabile effetto boomerang su chi rimane in servizio".
Ancora più allarmante è il dato relativo alle cancellazioni dall'Albo Fnopi, requisito essenziale per esercitare la professione: ben 42.713 infermieri si sono cancellati negli ultimi quattro anni, di cui 10.230 solo nel 2024.
Le motivazioni sono diverse - pensionamenti, trasferimenti all'estero, decessi, morosità, abbandoni volontari della professione - e tutte concorrono a un bilancio "in rosso": di fatto la professione infermieristica perde oltre 10 mila unità all'anno.

**Gobba pensionistica**. Nel 2022, quasi 78 mila infermieri dipendenti del SSN avevano più di 55 anni, ovvero oltre di 1 su 4 (27,3%), mentre un ulteriore 22% (n. 62.467) si collocava nella fascia di età 50-54 anni. "Anche prescindendo dagli altri fattori critici – commenta il Presidente – la sola variabile anagrafica basta a delineare uno scenario allarmante: senza un ricambio generazionale adeguato, la carena di infermieri è destinata ad acuirsi nei prossimi anni, quando si raggiungerà il picco della gobba pensionistica".

**Salari inadeguati.**
"A fronte di condizioni lavorative impegnative e spesso insostenibili – sottolinea Cartabellotta – gli stipendi degli infermieri restano tra i più bassi d'Europa, sia in termini assoluti, sia rispetto al costo della vita.
Una condizione che rende la professione sempre meno attrattiva per le nuove generazioni". Nel 2022, la retribuzione annua lorda di un infermiere italiano era di $ 48.931 a parità di potere di acquisto, ben $ 9.463 in meno rispetto alla media OCSE ($ 58.394).
In Europa, stipendi più bassi si registrano solo nei paesi dell'Europa dell'Est (Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Repubblica Slovacca, Lettonia e Lituania), oltre a Grecia e Portogallo. Ancora più allarmante è il dato storico: dal 2001 al 2019 il salario degli infermieri italiani è diminuito dell'1,52%, un segnale inequivocabile di progressiva svalutazione professionale, a fronte di crescenti responsabilità e carichi di lavoro sempre più gravosi.

**Troppi pochi laureati per compensare l'emorragia.** Il campanello d'allarme più preoccupante suona sul fronte dei nuovi laureati: nel 2022 in Italia si sono laureati solo 16,4 infermieri ogni 100.000 abitanti, a fronte di una media OCSE di 44,9. «Un divario drammatico – chiosa il Presidente – che conferma l'assenza di un "serbatoio" professionale e certifica la scarsa attrattività della professione infermieristica per i giovani». Un dato emblematico è il crollo del rapporto domanda/offerta del Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche: se prima della pandemia era pari a 1,6, dall'anno accademico 2020-2021 si è ridotto progressivamente sino a crollare a 1,04 nel 2024-2025 quando i candidati sono stati appena sufficienti a coprire i posti disponibili.

**Aumenta il bisogno di infermieri: invecchiamento della popolazione e attuazione del PNRR.** Il progressivo invecchiamento della popolazione italiana rappresenta un'imponente sfida assistenziale per il Ssn e genera un aumento della domanda di infermieri.
Nel 2024, gli over 65 rappresentavano il 24,3% della popolazione (14,4 milioni di persone) e gli over 80 il 7,7% (4,5 milioni di persone). Secondo le previsioni Istat, entro il 2050 gli over 65 saliranno al 34,5% (18,9 milioni di persone) e gli over 80 al 13,6% (7,5 milioni di persone). Questa trasformazione demografica si traduce in un aumento esponenziale dei bisogni assistenziali: secondo le indagini ISTAT, già nel 2023 oltre 11 milioni di over 65 convivono con almeno una malattia cronica e quasi 8 milioni presentano due o più patologie.
"Inevitabilmente – commenta Cartabellotta – il ruolo degli infermieri sarà sempre più centrale, non solo in ambito ospedaliero, ma soprattutto nell'assistenza territoriale e domiciliare, dove la gestione di cronicità e fragilità richiederà competenze avanzate, prossimità, continuità assistenziale e una presa in carico multidimensionale. Il rischio concreto è che, in assenza di una dotazione adeguata di personale, il crescente squilibrio tra bisogni e offerta finisca per vanificare gli investimenti del PNRR, che punta proprio sugli infermieri per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale". Infatti, secondo le stime di Agenas, garantire il pieno funzionamento di Case di Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità e per dare concreta attuazione all'assistenza domiciliare, serviranno un numero di Infermieri di Famiglia o di Comunità compreso tra 20 e 27 mila.

"Le nostre analisi – spiega Cartabellotta – mostrano con chiarezza i numerosi fattori che rendono la professione infermieristica sempre meno attrattiva: salari bassi, limitate prospettive di carriera, subordinazione professionale, incongruenza tra percorso formativo e attività lavorativa, che compromettono l'equilibrio tra vita lavorativa e privata e alimentano fenomeni di burnout per turni di lavoro massacranti. A tutto questo si aggiunge, ultimo ma non meno importante, il rischio di aggressioni verbali e fisiche, che mina ulteriormente dignità e sicurezza della professione infermieristica".
"La profonda crisi che investe il personale infermieristico – conclude Cartabellotta – impone un piano straordinario per la professione, con un duplice obiettivo: motivare i giovani a intraprenderla e trattenere chi già lavora nel Ssn, evitando che abbandoni definitivamente le corsie o i servizi territoriali. Un piano ambizioso, fatto di interventi economici, organizzativi e formativi. Accanto ad un aumento salariale, è fondamentale intervenire a livello regionale e locale con misure di welfare mirate: alloggi a costi calmierati, agevolazioni per trasporti pubblici e parcheggi, etc. Sul versante organizzativo, occorre garantire sicurezza sul lavoro e rivedere profondamente l'impianto, con riforme coraggiose per valorizzare la collaborazione interprofessionale e utilizzare tutte le potenzialità della digitalizzazione e dall'innovazione tecnologica, inclusa l'intelligenza artificiale. Infine, sul piano formativo è indispensabile rinnovare i percorsi universitari, aumentare il numero di lauree specialistiche e integrare formazione e sviluppo professionale continuo, monitorando l'impatto reale sul miglioramento delle pratiche assistenziali. In assenza di un piano multifattoriale capace di restituire attrattività, dignità e prospettiva alla professione infermieristica, assisteremo all'inesorabile indebolimento del Ssn, che poggia sulle spalle del personale sanitario, in particolare su quelle degli infermieri, che numericamente rappresentano la quota più consistente".

**https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=128587#:~:text=Gimbe%3A%20l'Italia%20perde%2010,laureati%20e%20retribuzioni%20%2D%20Quotidiano%20Sanit%C3%A0&text=25%20marzo%20%2D%20Nel%20Ssn%20un,fuori%20dal%20Servizio%20sanitario%20nazionale.**

FNOPI
FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

INFERMIERE
INNOVAZIONE, SFIDE E SOLUZIONI
TERZO CONGRESSO NAZIONALE
RIMINI 20-22 MARZO 2025

# Congresso Nazionale, la chiusura: "Investire sugli infermieri significa investire sul futuro del Paese"

22/03/2025
"Lo abbiamo detto più volte e lo rivendichiamo: gli infermieri non creano problemi, portano soluzioni. Ma abbiamo il coraggio di accogliere queste soluzioni? Sì, le giuste soluzioni possono far paura, ma bisogna avere il coraggio di uscire dall'abitudine e di aprire varchi dove oggi ci sono muri. **Facciamo dell'infermieristica un progetto forte, capace di reggere le sfide di oggi e di domani. Investire sugli infermieri significa investire sul futuro di tutto il Paese".**
Con le parole della presidente **Barbara Mangiacavalli** cala il sipario sul Terzo Congresso Nazionale della FNOPI che, nel suo ritorno in presenza, ha segnato numeri da record: **5mila iscritti,** di cui **33** relatori. **Quindici ore** di dibattiti ospitati nella sala plenaria e nella sala dell'Arengo. E ancora **24 ore** di formazione e **3 ore** di spettacoli.

La giornata finale del Congresso è stata aperta dal saluto della vicepresidente del Senato **Licia Ronzulli** che ha espresso gratitudine al lavoro degli infermieri e riconosciuto il dovere delle istituzioni di rispondere alle legittime istanze della professione. Lo speech di **Nino Cartabellotta**, presidente della Fondazione GIMBE, si è invece focalizzato, dati alla mano, sul ruolo della professione infermieristica in Italia mettendo in evidenza come senza infermieri non possa esserci salute.

Dallo scenario prettamente italiano si è passati a quello europeo grazie alla partecipazione dell'European Nursing Council nelle persone del **presidente Mircea Timofte** e del CEO **Theodoros Koutroubas che ha sancito l'ingresso della FNOPI all'interno dell'organismo** che, fondato nel 2004, riunisce gli Enti di regolamentazione della professione infermieristica in Europa.

**Alla FNOPI sarà affidata la vicepresidenza** dell'European Nursing Council (ENC) nella persona del vicepresidente della Federazione, **Maurizio Zega. "**Un momento particolarmente significativo per la nostra professione – ha commentato la presidente **Mangiacavalli** che simbolicamente ha siglato l'intesa insieme a **Timofte** dal palco del Congresso -.
Un segno tangibile dell'impegno della Federazione perché questa professione cresca e sia sempre di più una garanzia di salute per il cittadino dentro e fuori dall'Italia"
La giornata conclusiva del Congresso è stata poi l'occasione per presentare ufficialmente agli infermieri e infermieri pediatrici l'aggiornamento al Codice Deontologico delle professioni infermieristiche, risalente al 2019 approvato all'unanimità nella seduta del 21 febbraio del Consiglio Nazionale e da oggi 22 marzo in vigore.

Alla presentazione hanno preso parte alcuni degli esperti che hanno partecipato al processo di aggiornamento del Codice: **Aurelio Filippini,** del Comitato Etico nazionale Istituto superiore di Sanità, **Renato Balduzzi**, ex ministro della Salute e professore ordinario di diritto costituzionale all'Università del Sacro Cuore, **Don Massimo Angelelli**, direttore dell'ufficio nazionale per la Pastorale della salute, **Giuliana Masera**, docente dell'università di Parma, esperta in Bioetica, **Cosimo Cicia**, coordinatore del gruppo di lavoro che ha revisionato il Codice deontologico del 2019 insieme ai componenti del Comitato Centrale FNOPI.

A leggere gli articoli aggiornati del Codice Deontologico è stato l'attore **Paolo Romano**, noto al grande pubblico per l'interpretazione del magistrato Nicotera in Un posto al sole e per avere recitato come infermiere in Incantesimo, oltre a occuparsi di teatro, regia, doppiaggio.
Ad anticipare le conclusioni della presidente Barbara Mangiacavalli è stato il senatore **Francesco Zaffini** presidente della Commissione Affari Sociali del Senato che con la sua presenza ha voluto sottolineare la vicinanza e l'impegno istituzionale nei confronti della professione infermieristica, caposaldo del Servizio sanitario nazionale.
All'esterno del Pala Congressi, per tutta la mattinata spazio alla formazione con l'evento formativo promosso da CIVES che allestendo il villaggio del volontariato infermieristico ha permesso a congressisti e cittadini di conoscere il sistema di protezione Civile, le aree di attesa e le strutture campali.

**https://www.fnopi.it/2025/03/22/congresso-22-marzo/**

fanpage.it

# In Italia mancano gli infermieri: stipendi tra i più bassi dell'Ue, fuga all'estero e abbandoni volontari

La carenza di infermieri in Italia non è solo un problema numerico, ma il sintomo di una crisi profonda che riguarda condizioni di lavoro, retribuzioni inadeguate e mancanza di ricambio generazionale. Secondo il nuovo rapporto Gimbe, mentre la domanda di assistenza cresce il numero di professionisti diminuisce, con dimissioni volontarie e fughe all'estero.

La carenza di infermieri in Italia sta diventando un'emergenza che sta sempre più minacciando la stabilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Non si tratta solo di un problema legato al numero di professionisti disponibili, ma anche alle difficili condizioni di lavoro, agli stipendi tra i più bassi d'Europa e alla crescente difficoltà nel reclutare nuovi infermieri. Una situazione che è poi ulteriormente aggravata dall'invecchiamento della popolazione, che aumenta la domanda di assistenza, e dalla necessità di rafforzare la sanità territoriale attraverso le strutture previste dal PNRR. Senza un numero adeguato di infermieri, questi investimenti rischiano di risultare inefficaci. A complicare ancora il quadro, il crescente numero di dimissioni, pensionamenti e abbandoni della professione che non viene compensato da nuovi ingressi. Il nuovo rapporto della Fondazione Gimbe, insomma, dipinge un quadro decisamente allarmante.

"Siamo di fronte a un quadro che compromette il funzionamento della sanità pubblica e mina l'equità nell'accesso alle cure, soprattutto per le persone anziane e più vulnerabili, sia in ambito ospedaliero che territoriale, dove gli investimenti del Pnrr rischiano di essere vanificati senza un'adeguata dotazione di personale infermieristico", ha dichiarato Nino Cartabellotta presidente della Fondazione Gimbe.

**Numeri insufficienti e squilibri territoriali**

Secondo i dati del Ministero della Salute, nel 2022 in Italia erano attivi circa 302.841 infermieri, di cui 268.013 nel SSN e il resto impiegato in strutture equiparate. La distribuzione sul territorio è però fortemente disomogenea: si passa infatti dai 3,83 infermieri ogni mille abitanti in Campania ai 7,01 della Liguria. Se si considera poi il dato complessivo, in Italia ci sono 6,5 infermieri ogni mille abitanti, ben al di sotto della media OCSE di 9,8 e di quella UE di 9. Peggio di noi, in Europa, solo pochi paesi come Spagna, Polonia, Ungheria, Lettonia e Grecia; oltre alla carenza generale, il rapporto tra infermieri e medici evidenzia un sistema sbilanciato: in Italia ci sono 1,5 infermieri per ogni medico, mentre la media OCSE è di 2,7.

**Dimissioni e fughe dalla professione**

Uno degli aspetti più preoccupanti è il costante esodo degli infermieri dal SSN: dal 2020 al 2022, circa 16.192 professionisti hanno lasciato il settore pubblico, con un picco di 6.651 dimissioni nel solo 2022. Ancora più allarmante è il numero di cancellazioni dall'albo professionale FNOPI, necessarie per esercitare la professione: tra il 2020 e il 2024, oltre 42.713 infermieri si sono cancellati, di cui 10.230 solo nel 2024.

"Questo trend in continua ascesa", dice Cartabellotta, "non viene compensato dall'ingresso di nuove leve, aggravando la carenza di personale e l'insostenibilità dei carichi di lavoro".

Le motivazioni variano infatti tra pensionamenti, trasferimenti all'estero, decessi e abbandoni volontari. Una vera e propria "emorragia di professionisti", che si somma a un altro problema: il progressivo invecchiamento del personale attivo. Nel 2022, il 27,3% degli infermieri del SSN aveva infatti più di 55 anni, mentre un ulteriore 22% era tra i 50 e i 54 anni: questo significa che nei prossimi anni un numero elevato di professionisti andrà in pensione, aggravando così ulteriormente la crisi.

**Retribuzioni inadeguate e scarsa attrattività**

A rendere ancora meno appetibile la professione infermieristica ci sono poi gli stipendi, tra i più bassi in Europa: nel 2022, la retribuzione annua lorda di un infermiere italiano era di 48.931 dollari a parità di potere d'acquisto, ben 9.463 dollari in meno rispetto alla media OCSE (58.394 dollari). A livello europeo, solo alcuni paesi dell'Europa dell'Est, oltre a Portogallo e Grecia, offrono stipendi inferiori. Il problema si aggrava considerando che, tra il 2001 e il 2019, il salario medio degli infermieri italiani è addirittura diminuito

dell’1,52%, mentre in molti altri paesi è aumentato. Oltre alle fughe, c'è poi ancora un altro problema che si aggiunge agli altri: non si formano abbastanza infermieri per sostituire quelli che lasciano. Nel 2022, in Italia si sono laureati solo 16,4 infermieri ogni 100mila abitanti, mentre la media OCSE è di 44,9. E poi "l'attrattività" del corso di laurea in Scienze Infermieristiche, che è in calo. Significa che se prima della pandemia c'erano 1,6 candidati per ogni posto disponibile, nel 2024-2025 il rapporto è crollato a 1,04: questo vuol dire che ormai ci sono appena abbastanza candidati per coprire i posti disponibili.

**L'aumento della domanda di infermieri**
Nonostante il quadro allarmante, il bisogno di infermieri continua a crescere. L'Italia è un paese che invecchia rapidamente: nel 2024, gli over 65 erano il 24,3% della popolazione (14,4 milioni di persone), e si prevede che entro il 2050 saliranno al 34,5% (18,9 milioni). Una trasformazione demografica che comporta un aumento esponenziale delle richieste di assistenza: secondo dati ISTAT, già nel 2023, oltre 11 milioni di over 65 soffrivano di almeno una malattia cronica, e quasi 8 milioni presentavano due o più patologie. Una nuova riforma della sanità territoriale prevista dal PNRR punterebbe proprio sugli infermieri per migliorare l'assistenza domiciliare e nelle Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali. Per il pieno funzionamento di queste strutture servirebbero però tra 20mila e 27mila infermieri, che al momento, però, non ci sono.
"La profonda crisi che investe il personale infermieristico", conclude Cartabellotta "impone un piano straordinario per la professione. Accanto ad un aumento salariale, è fondamentale intervenire a livello regionale e locale con misure di welfare mirate: alloggi a costi calmierati, agevolazioni per trasporti pubblici e parcheggi. Sul versante organizzativo, occorre garantire sicurezza sul lavoro e rivedere profondamente l'impianto operativo".
**https://www.fanpage.it/politica/in-italia-mancano-gli-infermieri-stipendi-tra-i-piu-bassi-dellue-fuga-allestero-e-abbandoni-volontari/**

## *Digitalizzazione in sanità*

## ❓ Bill Gates: l'IA sostituirà medici e insegnanti in 10 anni

Bill Gates prevede che l'IA renderà l'assistenza sanitaria e l'istruzione di livello esperto gratuite e accessibili. Parlando con Jimmy Fallon, ha affermato che l'IA sostituirà presto gli esseri umani nella maggior parte dei ruoli basati sulla conoscenza. Gates crede che l'IA eliminerà le barriere all'esperienza, allontanando la dipendenza da **medici e insegnanti umani**.
Alcuni esperti vedono l'IA come uno strumento per **migliorare la produttività umana**, mentre altri avvertono di **gravi spostamenti di lavoro**. Il CEO di Microsoft AI **Mustafa Suleyman** sostiene che l'impatto dell'IA sarà **"enormemente destabilizzante",** sostituendo fondamentalmente il lavoro piuttosto che limitarsi ad assisterlo.
Nonostante le preoccupazioni, Gates rimane **ottimista**, indicando le scoperte guidate dall'IA in **medicina, soluzioni climatiche e istruzione**. Riconosce che **alcuni ruoli umani rimarranno**, come l'intrattenimento, ma esorta i giovani innovatori ad abbracciare il potenziale dell'IA come la prossima grande rivoluzione tecnologica.

JAMA Internal Medicine | Original Investigation

# Comparing Physician and Artificial Intelligence Chatbot Responses to Patient Questions Posted to a Public Social Media Forum

John W. Ayers, PhD, MA; Adam Poliak, PhD; Mark Dredze, PhD; Eric C. Leas, PhD, MPH; Zechariah Zhu, BS; Jessica B. Kelley, MSN; Dennis J. Faix, MD; Aaron M. Goodman, MD; Christopher A. Longhurst, MD, MS; Michael Hogarth, MD; Davey M. Smith, MD, MAS

## Confronto tra le risposte dei medici e delle chatbot di intelligenza artificiale alle domande dei pazienti pubblicate su un forum pubblico sui social media

**IMPORTANZA**
La rapida espansione dell'assistenza sanitaria virtuale ha causato un'impennata nei messaggi dei pazienti concomitante a più lavoro e burnout tra i professionisti sanitari.
Gli assistenti di intelligenza artificiale (IA) potrebbero potenzialmente aiutare a creare risposte alle domande dei pazienti elaborando risposte che potrebbero essere esaminate dai medici.

**OBIETTIVO**
Valutare la capacità di un assistente chatbot AI (ChatGPT), rilasciato a novembre 2022, di fornire risposte di qualità ed empatiche alle domande dei pazienti.

**PROGETTAZIONE, AMBIENTAZIONE E PARTECIPANTI**
In questo studio trasversale, è stato utilizzato un database pubblico e non identificabile di domande da un forum pubblico di social media (r/AskDocs di Reddit) per estrarre in modo casuale 195 scambi da ottobre 2022 in cui un medico verificato ha risposto a una domanda pubblica.
Le risposte della chatbot sono state generate inserendo la domanda originale in una nuova sessione (senza che fossero state poste domande precedenti nella sessione) il 22 e il 23 dicembre 2022.
La domanda originale insieme alle risposte anonime e ordinate in modo casuale del medico e della chatbot sono state valutate in triplice copia da un team di professionisti sanitari autorizzati.
I valutatori hanno scelto "quale risposta era migliore" e hanno giudicato sia "la qualità delle informazioni fornite" (molto scarsa, scarsa, accettabile, buona o molto buona) sia "l'empatia o il modo di trattare il paziente" (non empatico, leggermente empatico, moderatamente empatico, empatico e molto empatico). I risultati medi sono stati ordinati su una scala da 1 a 5 e confrontati tra chatbot e medici.

**RISULTATI**
Delle 195 domande e risposte, i valutatori hanno preferito le risposte della chatbot alle risposte del medico nel 78,6% (95%CI, 75,0%-81,8%) delle 585 valutazioni.
La media (IQR) delle risposte del medico era significativamente più breve delle risposte della chatbot (52 [17-62] parole contro
211 [168-245] parole; t = 25,4; P < 0,001). Le risposte della chatbot sono state valutate di qualità significativamente superiore rispetto alle risposte del medico (t = 13,3; P < 0,001).
La percentuale di risposte valutate come di buona o molto buona qualità (4), ad esempio, è stata più alta per il chatbot rispetto ai medici (chatbot: 78,5%, 95%CI, 72,3%-84,1%; medici: 22,1%, 95%CI, 16,4%-28,2%;). Ciò ha comportato una
prevalenza 3,6 volte superiore di risposte di buona o molto buona qualità per la chatbot. Le risposte della chatbot sono state anche valutate significativamente più empatiche rispetto alle risposte dei medici (t = 18,9; P < .001).
La percentuale di risposte classificate come empatiche o molto empatiche (4) è stata più alta per la chatbot che per i medici (medici: 4,6%, 95%CI, 2,1%-7,7%; chatbot: 45,1%, 95%CI, 38,5%-51,8%; medici: 4,6%, 95%CI,

2,1%-7,7%). Ciò ha comportato una prevalenza di risposte empatiche o molto empatiche 9,8 volte superiore per la chatbot.

**CONCLUSIONI**
In questo studio trasversale, una chatbot ha generato risposte di qualità ed empatiche alle domande dei pazienti poste in un forum online.
Un'ulteriore esplorazione di questa tecnologia è giustificata in contesti clinici, come l'utilizzo della chatbot per abbozzare le risposte che i medici potrebbero quindi modificare. Gli studi randomizzati potrebbero valutare ulteriormente se l'utilizzo di assistenti
AI potrebbe migliorare le risposte, ridurre il burnout dei medici e migliorare i risultati per i pazienti.

**Punti chiave**
Domanda Un assistente chatbot con intelligenza artificiale può fornire risposte alle domande dei pazienti di qualità ed empatia paragonabili a quelle scritte dai medici?
Risultati In questo studio trasversale di 195 domande dei pazienti estratte a caso da un forum di social media, un team di professionisti sanitari abilitati ha confrontato le risposte dei medici e delle chatbots con le domande dei pazienti poste pubblicamente su un forum di social media pubblico.
Le risposte delle chatbots sono state preferite alle risposte dei medici e hanno ottenuto un punteggio significativamente più alto sia per qualità che per empatia.
Significato Questi risultati suggeriscono che gli assistenti con intelligenza artificiale potrebbero essere in grado di aiutare a redigere le risposte alle domande dei pazienti.

**https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2804309**




Abbiamo letto con grande interesse il vostro recente editoriale 1 e vorremmo ringraziare i redattori per aver evidenziato questioni critiche nei sistemi di dati pubblici del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano a pagatore unico.
Tuttavia, crediamo che l'affermazione secondo cui "il sistema di dati sanitari italiano è rotto" semplifichi eccessivamente le complessità di un sistema in evoluzione che, nonostante le sue criticità, detiene punti di forza significativi e il potenziale per svilupparsi in un ecosistema di dati sanitari unificato, efficiente e lungimirante.
Le 21 regioni e province autonome italiane, con i loro sistemi sanitari federalizzati, sperimentano effettivamente frammentazione ed eterogeneità nei loro sistemi di dati sanitari.
Tuttavia, va notato che questo problema non rende l'Italia un caso isolato nel contesto europeo. Tuttavia, il SSN possiede una significativa struttura portante di flussi di dati clinici e amministrativi unificati e centralizzati, basati su protocolli di raccolta e trasferimento dati standardizzati.

Questi includono servizi di assistenza ospedaliera e ambulatoriale, servizi farmaceutici e altri, tutti attualmente interconnessi a livello individuale e unificati a livello nazionale nel "Nuovo sistema informativo sanitario" (NSIS), che copre circa l'85% di tutti i servizi del pacchetto di prestazioni nazionali. 2
Questo sistema in espansione rappresenta un passo importante verso un sistema informativo sanitario nazionale completamente integrato e digitalizzato.
Anche il sistema italiano del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è parte integrante di questo processo. In Italia, l'adozione nazionale del FSE è iniziata nel 2012, basandosi su iniziative regionali esistenti. Oggi, il sistema FSE è ancora regionalizzato, con tassi di utilizzo variabili tra cittadini e professionisti ( Fig. 1 ). 3
Tuttavia, lo studio del Decennio Digitale del 2024 sull'accessibilità dei dati eHealth per i cittadini considera l'Italia un "fast tracker" nell'UE-27, con un punteggio di maturità superiore alla media e prestazioni significativamente migliorate anno dopo anno. 4
A novembre 2023, erano attivi 57.663.021 FSE, che coprivano il 97,8% della popolazione italiana, e il 94% (42.016) di tutti i medici di medicina generale aveva accesso al sistema FSE nel terzo trimestre del 2024. 3
Il Piano di ripresa e resilienza (PNRR) dell'Italia sta finanziando riforme nei sistemi di dati sanitari, telemedicina e digitalizzazione, tra cui "FSE 2·0", che si basa sulle infrastrutture dati esistenti con l'obiettivo di garantire la piena interoperabilità FSE tra le regioni entro il 2026 e fornire ai cittadini un archivio completo dei loro dati sanitari nativamente digitali.
In abbinamento alla rete capillare di operatori sanitari di base e specialisti, questi sviluppi mirano a un sistema sanitario digitale completo e interoperabile che segua i cittadini lungo il loro percorso sanitario, a condizione che una politica adeguata consenta l'accesso, il trasferimento e l'elaborazione dei dati.
Anche in questo caso, troviamo motivi per essere ottimisti, poiché recenti sviluppi legislativi, come il Codice della privacy rivisto, facilitano anche l'uso di dati sanitari secondari e hanno allineato l'Italia più da vicino agli standard europei. 5
L'Italia ha una ricca tradizione di competenze scientifiche e mediche e una grande quantità di dati sanitari da cui attingere. Con le giuste politiche e investimenti, ha il potenziale per diventare un leader nell'innovazione dei dati sanitari.

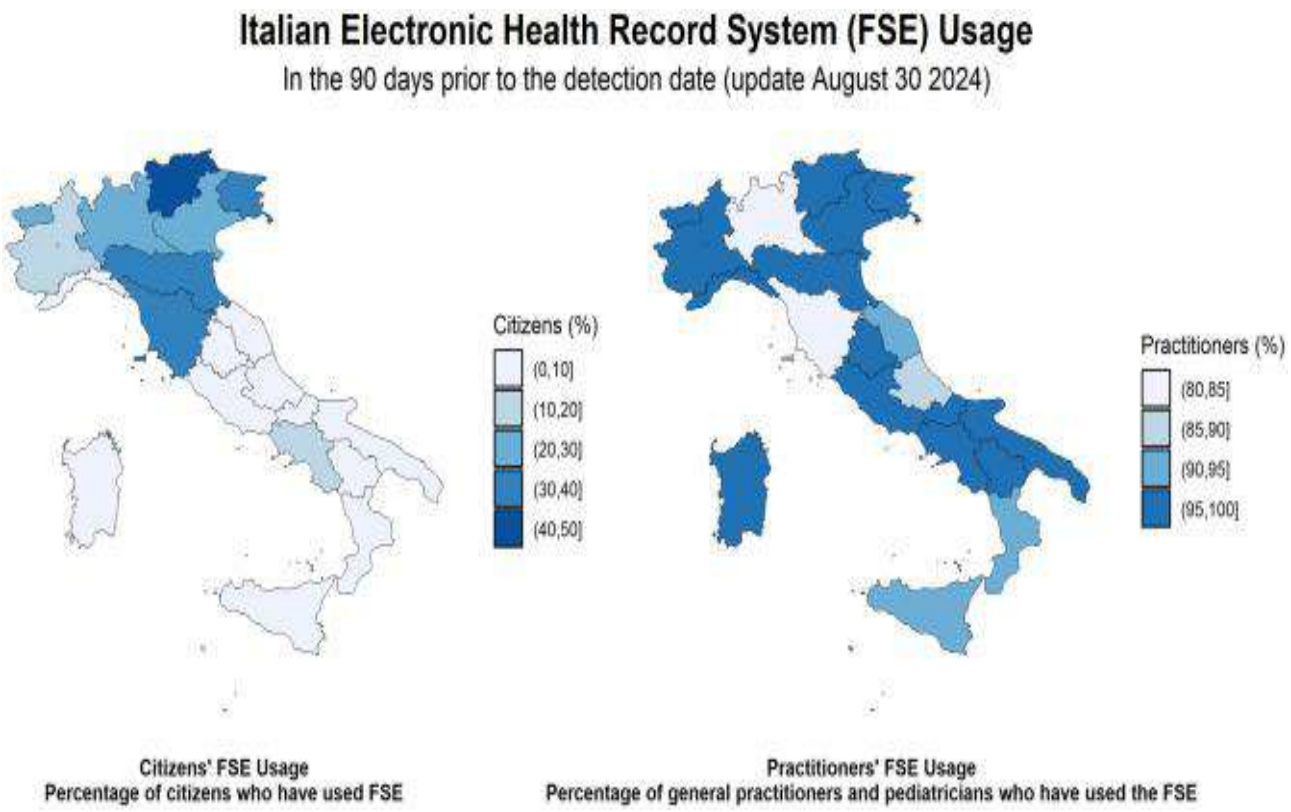



*Fig. 1 Percentuale di cittadini e operatori sanitari che utilizzano il sistema italiano di cartella clinica elettronica (FSE) nelle varie regioni. I dati rappresentano i 90 giorni precedenti il 30 agosto 2024. Per la regione Trentino-Alto Adige, i dati dei sistemi sanitari autonomi delle province di Trento e Bolzano sono riportati come media.*

*La Fig. 1 è stata realizzata utilizzando dati disponibili al pubblico (Ministero della Salute, Italia. Dati di utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico . Disponibile da: https://monitopen.fse.salute.gov.it/usage - accesso 6 gennaio 2025) e R versione 4.2.2, con le librerie sf, ggplot2 e patchwork.*

Ciò richiede uno sforzo collettivo per bilanciare l'autonomia locale con la coesione nazionale, assicurando che i progressi tecnologici siano condivisi e implementati efficacemente tra le regioni, concordando al contempo quadri di dati aperti e interoperabilità.
Per avere successo, questa evoluzione deve coinvolgere decisori politici, professionisti sanitari e ricercatori, assicurando che equità e fiducia pubblica rimangano centrali. Le sfide nell'armonizzazione di sistemi e standard sono evidenti, ma rappresentano anche un'opportunità per sfruttare l'innovazione e guidare i cambiamenti sistemici necessari per sbloccare il pieno potenziale del sistema di dati sanitari italiano.

**https://www.thelancet.com/journals/lanepe/article/PIIS2666-7762(25)00048-1/fulltext**



Gazzetta ufficiale dell'Unione europea

IT
Serie L

2025/327

5.3.2025

REGOLAMENTO (UE) 2025/327 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO

dell'11 febbraio 2025

sullo spazio europeo dei dati sanitari e che modifica la direttiva 2011/24/UE e il regolamento (UE) 2024/2847

(Testo rilevante ai fini del SEE)



JAMA Health Forum

Viewpoint | AI in Health Policy

Pursuing Equity With Artificial Intelligence in Health Care

Kevin B. Johnson, MD, MS; Ivor B. Horn, MD, MPH; Eric Horvitz, MD, PhD

## Perseguire l'equità con l'intelligenza artificiale nell'assistenza sanitaria

L'umanità sta assistendo a un momento di opportunità per il potenziale delle applicazioni dell'intelligenza artificiale (IA) nell'assistenza sanitaria per guidare cambiamenti trasformativi e ridurre le disparità sanitarie. Queste applicazioni spaziano dalla scoperta di farmaci e dal supporto alle decisioni cliniche alla stesura di riepiloghi delle visite e messaggi del portale.
Molti stakeholder hanno sottolineato la ricerca di equità ed equità nell'uso dell'IA. La National Academy of Medicine definisce l'IA equa come "applicazioni accompagnate dalla prova di misure appropriate per

garantire uno sviluppo equo e imparziale e l'accesso ai benefici associati all'IA e alle misure di mitigazione del rischio". 1
Una differenza fondamentale tra l'apprendimento automatico tradizionale e l'IA generativa è la capacità di "guardare sotto il cofano" quando si esaminano le prestazioni.
I sistemi di apprendimento automatico tradizionali sono addestrati per attività specifiche di diagnosi e previsione utilizzando dati relativamente ben compresi, consentendo l'ispezione dei dati di addestramento, i test di equità e l'analisi delle prestazioni tra i dati demografici utilizzando un set di metodi e strumenti in via di maturazione. 2
Al contrario, l'IA generativa pone sfide di valutazione dell'equità a causa di casi d'uso ampi ed eterogenei; sensibilità all'ingegneria rapida; e formazione su grandi set di dati scarsamente caratterizzati con fonti, campionamento e dati demografici della popolazione sconosciuti.
Mentre gli sviluppatori applicano le lezioni degli studi di equità sui sistemi di apprendimento automatico tradizionali, affrontare l'equità e l'equità con grandi modelli linguistici è un'area di ricerca nascente e impegnativa, che amplifica le incertezze e i rischi di esiti sanitari negativi per alcune popolazioni.
L'uso di correttezza ed equità da parte della National Academy of Medicine richiede un apprezzamento per i ruoli unicamente intrecciati di sviluppatori (ad esempio, aziende tecnologiche e startup) e adottanti (ad esempio, sistemi sanitari e medici) dell'IA. Questa sfumatura deriva dalle differenze nel significato di correttezza nello sviluppo tecnologico ed equità come definito in salute rispetto all'ingegneria.3
Come notato da Schaekermann, aspirare a raggiungere l'equità sanitaria richiede di considerare che gli individui con "maggiori barriere al miglioramento della propria salute richiedono uno sforzo maggiore e/o diverso, piuttosto che uguale, per sperimentare questa giusta opportunità".4
L'equità non equivale all'equità delle previsioni e diagnosi dell'IA, che aspira ad avere prestazioni uguali in tutte le popolazioni, senza riguardo per le esigenze e i processi differenziali di queste popolazioni. Ingegneri, informatica biomedica e comunità di ricerca sanitaria devono allinearsi sulla terminologia e sulle definizioni per procedere come una comunità.
Mentre l'ecosistema sanitario persegue opportunità ed equità sfruttando i progressi per tutte le forme di apprendimento automatico, la nostra esperienza storica conferma che non esiste una definizione univoca di equità.
Problemi di equità e altri fattori nei sistemi di intelligenza artificiale sanitaria, inclusi i dettagli su dove e come i sistemi vengono distribuiti e utilizzati, contribuiscono alla disuguaglianza in modo diverso nelle diverse applicazioni.
Pertanto, ipotesi, definizioni e obiettivi devono essere sempre richiamati e dichiarati negli studi sull'equità del funzionamento del sistema di intelligenza artificiale, sull'equità delle sue prestazioni complessive e sull'impatto risultante delle applicazioni di intelligenza artificiale.5
Anche con grandi sforzi per raggiungere consenso e convergenza, gli sviluppatori dovranno probabilmente considerare molteplici prospettive sull'equità del funzionamento dei sistemi di intelligenza artificiale e sull'equità nell'impatto complessivo della fornitura di assistenza sanitaria influenzata dall'intelligenza artificiale.
Pertanto, per studi quantitativi, misure e metriche sull'equità dovranno essere condizionate e fornite con definizioni di obiettivi.
Sono necessarie discussioni multi-stakeholder e una tabella di marcia per avvicinare il campo dell'intelligenza artificiale sanitaria al raggiungimento dell'obiettivo di risultati sanitari più equi.
Oltre all'urgenza di definire meglio obiettivi e misure di equità, gli autori propongono raccomandazioni attuabili per migliorare le prestazioni eque. Queste raccomandazioni sfruttano modelli nuovi e consolidati provenienti da tecnologia e medicina in 3 fasi di sviluppo dell'intelligenza artificiale per applicazioni sanitarie. Ognuna di queste fasi è riassunta nel Box.

**Sviluppo del modello**
I dati provenienti da scansioni su larga scala spesso contengono imprecisioni, mancano di diversità e mostrano sotto campionamenti o lacune radicate in pregiudizi storici. I team di sviluppatori potrebbero non riconoscere questi problemi, soprattutto quando la loro diversità è limitata. Indipendentemente dalla presenza o assenza di tali pregiudizi nei dati, i modelli risultanti potrebbero mostrare disuguaglianze o introdurre nuove sfide con

l'equità tra contesti demografici e sanitari. Per affrontare questo problema, i leader del mondo accademico, dell'industria e delle agenzie governative dovrebbero creare team diversificati e multistakeholder (Box). I team dovrebbero deliberare sulle potenziali applicazioni e definizioni di equità, considerando le sfide di equità nell'assistenza sanitaria e il modo in cui l'uso dell'intelligenza artificiale potrebbe avere un impatto su di esse.3 Questa deliberazione aiuterà a valutare i modelli durante lo sviluppo. In alcuni casi, il raggiungimento dell'equità potrebbe richiedere l'utilizzo di dati statisticamente distorti per raggiungere obiettivi di performance specifici.4 Infine, il contributo di più parti interessate dovrebbe guidare i test per identificare vulnerabilità e rischi con un focus sull'equità.

**Integrazione del sistema sanitario**

Per garantire che i sistemi sanitari traggano ugualmente vantaggio dall'intelligenza artificiale predittiva in tutti gli ambiti, è essenziale una chiara comprensione del flusso di lavoro di previsione.6 Ad esempio, prima di implementare un modello per migliorare i tassi di screening del cancro ai polmoni, un sistema sanitario di apprendimento dovrebbe valutare le prestazioni di base e i pregiudizi per identificare le cause profonde delle prestazioni inique e indirizzare i miglioramenti. I miglioramenti possono includere sistemi di tracciamento, istruzione dei pazienti o servizi di trasporto per creare un equo framework. I sistemi sanitari dovrebbero applicare metodi di apprendimento dei sistemi sanitari con collaborazione multi-stakeholder.7

I sistemi sanitari dovrebbero dare priorità alla selezione di strumenti di intelligenza artificiale con caratteristiche operative, pregiudizi e usi consigliati divulgati, esercitando cautela quando li si usa in più siti. I modelli di intelligenza artificiale spesso richiedono formazione, messa a punto e test specifici per il sito nel contesto del loro flusso di lavoro specifico. Strumenti e flussi di lavoro dovrebbero essere testati in modo pilota in collaborazione con gli utenti in scenari realistici e perfezionati in base ai dati. La valutazione delle caratteristiche delle prestazioni può essere sufficiente se vengono soddisfatte le ipotesi del flusso di lavoro.8

**Distribuzione del modello**

Le organizzazioni sanitarie che distribuiscono l'intelligenza artificiale devono assumersi la responsabilità di monitorare e raggiungere prestazioni eque. Le sperimentazioni pragmatiche possono essere potenziate per identificare le differenze nelle prestazioni del modello in vari contesti sanitari, supportando così le distribuzioni mirate. La misurazione periodica dovrebbe continuare a verificare l'accuratezza o il degrado dell'equità. La rivalutazione è particolarmente importante quando si implementano nuovi flussi di lavoro, anche quando si utilizzano modelli con comportamenti ben caratterizzati. Utilizzando l'esempio dello screening del cancro ai polmoni, i sistemi sanitari potrebbero valutare periodicamente la formazione del personale, le idee sbagliate dei pazienti e l'efficacia della comunicazione sullo screening.9

Mark Twain una volta osservò: "Il segreto per andare avanti è iniziare". C'è molto da imparare mentre affrontiamo la sfida di comprendere come le applicazioni di intelligenza artificiale influenzano le disuguaglianze di lunga data e scoprire i modi migliori per sfruttare l'intelligenza artificiale per affrontarle. Incorporando considerazioni di equità in ogni fase dello sviluppo e della distribuzione dell'intelligenza artificiale, gli Stati Uniti possono iniziare a compiere passi significativi verso l'utilizzo delle crescenti capacità dell'intelligenza artificiale per affrontare i problemi urgenti nell'assistenza sanitaria.

**Published: January 31, 2025. DOI:10.1001/jamahealthforum.2024.5031**

FiscoEquo
la rivista online di LEF

## Istat: Cresce la disuguaglianza nella distribuzione dei redditi dopo la riforma dell'Irpef

**Luciano Cerasa**
27 Marzo 2025

Aumenta la disuguaglianza nella distribuzione del reddito dopo la riforma dell'Irpef, l'eliminazione del Reddito di cittadinanza, gli esoneri contributivi e l'erogazione del bonus Natale.
L'Istat ha pubblicato il rapporto sulla redistribuzione del reddito in Italia per l'anno 2024. Come l'istituto scrive sul proprio sito, i risultati presentati "*valutano gli effetti sui redditi disponibili delle famiglie generati dalle politiche redistributive introdotte nel 2024*".
"*Nel complesso* – scrive l'Istat nel rapporto – *le modifiche al sistema di tasse e benefici prese in esame esercitano un effetto contenuto sulla distribuzione dei redditi. L'indice di Gini aumenta di poco più di un decimo di punto, da 30,25% a 30,40%*". Tale indice viene usato per misurare la disuguaglianza nella distribuzione del reddito: è maggiore se aumenta anche l'indice.
Gli interventi del governo hanno peggiorato la capacità redistributiva, e a soffrirne sono soprattutto le famiglie più povere. Infatti, è il passaggio al regime dell'ADI da quello del reddito di cittadinanza (già depotenziato nel 2023) a segnare profondamente i risultati.
"*Le misure esaminate comportano il peggioramento del reddito disponibile di poco meno di 1 milione e 200 mila famiglie (4,5% del totale). La perdita è pari in media a quasi 2mila euro, è concentrata tra le famiglie del quinto più povero (94,6% della perdita totale) ed è riconducibile per lo più al passaggio dal RDC all'ADI*" scrive l'Istat.
Nello specifico, il passaggio all'ADI ha comportato "*un peggioramento dei redditi disponibili per circa 850mila famiglie (3,2% delle famiglie residenti). La perdita media annua è di circa 2mila 600 euro e interessa quasi esclusivamente le famiglie che appartengono al gruppo delle famiglie più povere*".
Per circa 400 mila famiglie non è cambiato sostanzialmente nulla, mentre solo 100 mila nuclei hanno avuto un beneficio dal passaggio al nuovo regime, in virtù del diverso metodo di calcolo del trattamento dei componenti con disabilità. L'effetto della sostituzione del reddito di cittadinanza con l'ADI è l'aumento di oltre 2 decimi di punto dell'indice di Gini.
Le altre misure hanno dunque solo parzialmente riequilibrato gli effetti dell'introduzione dell'ADI, tra l'altro facendo pagare lo scompenso ulteriore nella redistribuzione della ricchezza alla fascia più povera dalla popolazione.

**https://www.fiscoequo.it/**

FiscoEquo
la rivista online di LEF

# L'amministrazione finanziaria emette meno atti: ecco perché si riduce il contenzioso tributario

**A cura di Redazione**

27 Marzo 2025

Nel suo intervento alla Cerimonia d'inaugurazione dell'anno giudiziario tributario 2025 Il viceministro dell'Economia, Maurizio Leo, ha riferito che i primi due mesi dell'anno hanno visto una "riduzione del contenzioso tributario con la contrazione del 19% dei nuovi giudizi incardinati" rispetto allo stesso periodo del 2024.

Leo ha spiegato che questi risultati sono conseguenza del concordato biennale e della "cooperative compliance" che "hanno introdotto un approccio ex ante nel rapporto tra fisco e contribuente".

Nelle corti del sud, ha aggiunto Leo, il calo dei nuovi giudizi raggiunge anche il 50%.

La riduzione del numero delle controversie tributarie, annunciato con enfasi dal governo, potrebbe suggerire in apparenza una riduzione della litigiosità tra contribuenti e amministrazione finanziaria. Tuttavia, attribuire a questa diminuzione un valore assoluto o interpretarla come un segnale di minore conflittualità è un errore metodologico.

Il semplice dato numerico sulla riduzione dei ricorsi non è di per sé indicativo di un miglioramento del rapporto fisco-contribuente, né di un calo dell'indice di impugnazione degli atti. Per comprendere realmente l'andamento della litigiosità tributaria, il numero delle controversie deve essere rapportato al volume complessivo degli atti impositivi e degli accertamenti emessi dall'amministrazione finanziaria.

La riduzione dei ricorsi non è certamente imputabile all'istituto del concordato biennale, che ha interessato una parte minima dei contribuenti, peraltro su periodi d'imposta (2024 e 2025) non ancora interessati dai controlli, ma potrebbe dipendere da molteplici fattori e, in particolare, dalla diminuzione del numero di atti impugnabili: se – come riscontrato negli ultimi anni dalla Corte dei conti – l'amministrazione finanziaria emette meno atti, è naturale che anche il numero di impugnazioni si riduca.

Un parametro più significativo per valutare l'andamento del contenzioso tributario – che si auspica possa essere adottato dall'amministrazione – è l'indice di impugnazione, ossia il rapporto tra il numero di ricorsi presentati avverso gli atti emessi in un determinato periodo e il numero totale dei predetto atti impugnabili. Senza questa comparazione, la riduzione delle controversie rimane un dato privo di significato sostanziale e potenzialmente fuorviante.

**https://www.fiscoequo.it/lamministrazione-finanziaria-emette-meno-atti-ecco-perche-si-riduce-il-contenzioso-tributario/**

la Repubblica

# Ecco chi paga il “whatever it takes” della Germania di Friedrich Merz

**Walter Galbiati**

Qualcosa non sta funzionando nei costi di finanziamento dei principali Stati europei, e in particolare per Italia, Spagna e Francia. Perché questi Paesi stanno pagando interessi sul proprio debito maggiori di quanto dovrebbero.

Il “whatever it takes” di Merz. Il cambio di direzione è avvenuto lo scorso 4 marzo, quando il cancelliere tedesco in pectore, Friedrich Merz, ha preso in prestito le parole del fu presidente della Bce, Mario Draghi – “Whatever it takes” – per dire che avrebbe fatto “qualunque cosa” per difendere la Germania e l’Europa, dalla minaccia russa, apparsa improvvisamente più grave dopo che Trump ha annunciato un possibile disimpegno militare degli Stati Uniti sul fronte europeo.

Il vincolo del debito. Per molti anni, i partiti tedeschi, tra cui la Cdu di Merz, si sono opposti a riformare l’articolo della loro Costituzione che pone un vincolo al debito, imponendo un disavanzo massimo allo 0,35% del Pil al bilancio federale.

Le nuove misure. Ora l’aria è cambiata e Merz è pronto a rivedere le norme e a impiegare un ulteriore 1% del Prodotto interno lordo del Paese per rifornire la macchina bellica tedesca, purché queste spese non vengano conteggiate al fine dell’accordo di stabilità europeo. Inoltre, ha messo sul piatto un fondo di investimento da 500 miliardi per potenziare le infrastrutture tedesche.

Gli effetti. Il ricco pacchetto ha prodotto subito due conseguenze: 1) sono state riviste al rialzo le stime di crescita dell’economia tedesca che da due anni langue sul filo della recessione e 2) sono schizzati in alto i rendimenti dei titoli di Stato tedeschi a lungo termine, quelli più sensibili alle aspettative di crescita economica e all’inflazione, ma anche meno legati alle decisioni delle banche centrali.

La corsa dei tassi. Da allora il rendimento del Bund decennale di riferimento è aumentato di circa 0,4 punti percentuali, passando dal 2,4% al 2,8%, più o meno arrivando allo stesso rendimento di settembre 2023 quando però i tassi della Bce erano ai massimi (il 4% sui depositi e il 4,5% sui rifinanziamenti).

Il disaccoppiamento. Nel frattempo, infatti, da giugno 2024 la Banca centrale europea ha abbassato il costo del denaro di un punto e mezzo al 2,5%, ma oggi è come se questa azione non avesse sortito alcun effetto.

E le attese, per esempio di Goldman Sachs è che il rendimento del decennale tedesco continui a correre e arrivi al 3% entro la fine dell’anno per poi toccare il 3,25% nel 2026.

Cosa spinge i titoli tedeschi. I rincari dei rendimenti dei Bund sono giustificati perché il titolo decennale sconta sia 1) una possibile maggiore crescita della Germania, grazie al fondo infrastrutturale e alle spese del riarmo, 2) sia le nuove e più forti emissioni di titoli per finanziare la spesa che ne deprimono la domanda.

Il contagio. Il movimento al rialzo ha, però, contagiato anche i titoli di Italia, Francia e Spagna. Dal 4 marzo a oggi, il rendimento del Btp decennale è salito dal 3,5 al 3,9%, l’Oat francese dal 3,2 al 3,4% e il Bonos spagnolo dal 3 al 3,4%.

Un conto senza ritorno. Un aumento questo non giustificato perché in questi Paesi non è previsto 1) nessun investimento aggiuntivo che possa innescare una crescita economica né i fondi tedeschi infrastrutturali finiranno fuori dai loro confini. E 2) la spesa per armi non offre comunque un ottimo ritorno.

La chiamata della Nato. Come la Germania, pure gli altri Paesi europei dovrebbero aumentare le spese militari, anche in misura maggiore dell’1% del Pil, per raggiungere il 3% del Pil chiesto dal segretario generale della Nato, Mark Rutte.

Le nuove emissioni di titoli. Germania e Francia spendono circa il 2% per le armi e per arrivare alla quota Nato dovrebbero rispettivamente investire 37 miliardi e 30 miliardi pari al 54% e al 20% delle emissioni nette di titoli di Stato stimate per l’anno in corso.

Italia e Spagna, che oggi destinano l’1,49% e l’1,29% del Pil, dovrebbero invece emettere titoli per 32 miliardi e per 26 miliardi, pari al 30% e al 46% delle emissioni nette del 2025.

Rischio per i conti. Eppure, queste spese, a differenza di quelle infrastrutturali, e le nuove emissioni potrebbero alimentare più il rischio della instabilità finanziaria che la crescita economica perché i moltiplicatori fiscali (ovvero il rapporto tra la variazione del reddito nazionale derivante da una variazione della spesa pubblica) associati alla Difesa sono bassi.

Il costo del debito. In più il peggioramento dei rendimenti, un po' per l'effetto trascinamento tedesco e un po' per il timore di arrivo di nuovi titoli, costituisce un aggravio del costo in termini di interesse, tanto che con le spese del riarmo l'Italia potrebbe vedere invertita la propria parabola di riduzione del debito.
Due possibili soluzioni. Per lenire l'aumento del costo del debito per i Paesi con bilanci più traballanti, come Italia e Francia, la capo economista di Société Générale, Michala Marcussen, ha suggerito sulle pagine del *Financial Times* di 1) allentare il quantitative tightening, ovvero la politica monetaria restrittiva della Bce, o 2) di non lasciare che i titoli emessi nell'ambito del Pandemic emergency purchase programme (Pepp), lanciato per far fronte al rallentamento economico legato alla pandemia, scadano senza essere riacquistati.
Una ulteriore soluzione. Una terza via, per abbassare i rendimenti, potrebbe essere l'attivazione del Tpi, il Transmission protection instrument, lanciato nel 2022 da Lagarde, ma finora mai utilizzato.
La capo economista di SocGen lo esclude, ma in realtà potrebbe essere lo strumento più adeguato, qualora ci fosse, come prevede il regolamento per la sua accensione, un discostamento tra la politica monetaria e la sua trasmissione ai Paesi dell'area euro.
Se gli spread di Italia, Francia e Spagna (cosa al momento non verificatasi) impazzissero o i rendimenti continuassero a salire invece di allinearsi alle scelte di politica monetaria (il ribasso dei tassi in corso), la Bce avrebbe la facoltà di acquistare sul mercato secondario i titoli di Paesi che presentano un deterioramento delle condizioni di finanziamento non giustificato dai fondamentali.
La clausola di salvaguardia. In più il Tpi sarebbe attivabile perché l'aumento dei costi per la spesa del riarmo viene effettuata in deroga, ovvero al di fuori del Patto di stabilità, il che non bloccherebbe l'uso del programma di protezione non attuabile invece se il Paese che ne deve beneficiare non fosse in regola con gli impegni di bilancio presi con Bruxelles.

**https://www.repubblica.it/economia/rubriche/outlook/2025/03/26/news/ecco_chi_paga_il_whatever_it_takes_della_germania_di_friedrich_merz-424086261/?ref=RHLF-BG-P7-S1-T1**

la Repubblica

## Stiglitz: "L'Europa resista e diventi un baluardo di diritti e democrazia"

**Giuseppe Colombo -**

*Il premio Nobel all'evento di Affari&Finanza esorta Bruxelles a reagire, perché le minacce americane vanno prese sul serio*

Ha una posizione «solitaria» nello scacchiere mondiale. Ma l'Europa ha anche un'opportunità: diventare «il paladino dei difensori dei diritti umani». In opposizione a Donald Trump che è «pronto a calpestarla». Per farlo, però, «deve riuscire a restare unita».
Dal palco di *Affari&finanza live*, all'università Bocconi, è il premio Nobel Joseph Stiglitz a scuotere il Vecchio continente. Perché - dice l'economista statunitense intervistato da Maurizio Molinari - è proprio l'Europa «l'ultimo bastione della democrazia del mondo».
Un appello convinto. Urgente. «È importante che l'Europa si faccia sentire contro Trump», insiste Stiglitz che apre i lavori dell'evento dedicato proprio a "L'Europa al bivio, tra Cina e Stati Uniti nell'era di Trump".
L'invito è fare presto perché, spiega, «l'unica cosa che capisce» il presidente degli Stati Uniti è «una dimostrazione di forza». Parole durissime contro chi - prosegue Stiglitz - «rispetta solo il potere» e ha un'idea precisa dei nuovi equilibri geopolitici. L'idea è un mondo diviso in tre, tra Usa, Cina e Russia.
E - avverte - «Trump, che è come Napoleone, va preso sul serio perché purtroppo fa quello che dice, bisogna capire le sue ossessioni e le sue idee sbagliate».
La questione è innanzitutto politica, come mettono in luce l'editorialista di *Repubblica*, Massimo Giannini, e l'europarlamentare del Pd, Lucia Annunziata. «Trump - sottolinea Giannini - rappresenta un modello di

assoluta e democratica onnipotenza, con lui siamo tornati alle politiche degli imperi». E l'Europa - è il ragionamento - sta andando incontro a «uno snaturamento».
Il rischio è di non avere più un peso nell'assetto geopolitico mondiale: «Tutti quelli che sono fuori dagli imperi di Trump e Putin diventano nemici o irrilevanti e l'Europa è nella seconda sfera». Per Annunziata «gli europei sono autocompiacenti, si rilassano volentieri di fronte alle difficoltà»: la grande occasione che l'Ue sta perdendo è «che una grandissima difficoltà», come è quella generata dal trumpismo, «possa trasformarsi in un'opportunità».
Ma la morsa in cui l'Europa è stretta ha anche una natura economica. Il pericolo è rappresentato dai dazi. «È un tema verissimo», annota l'amministratore delegato di Simest, Regina Corradini d'Arienzo, che tuttavia invita a sperimentare nuove rotte. «Ci sono Paesi che stanno crescendo e in cui la voglia di Italia è fortissima», dice invitando a «unire le forze per ridurre le incertezze» perché «non basta dire alle imprese di internazionalizzarsi».
E sulla necessità di guardare a nuovi mercati punta anche l'amministratore delegato di Eni, Claudio Descalzi. La nuova frontiera dell'Europa, a iniziare dall'Italia, è l'Africa. «È diventata una grossa alternativa in termini energetici» rispetto al gas russo e lo è «anche per le rinnovabili», sottolinea. Ma - avverte Descalzi - «un alleato importante deve essere rispettato, curato e aiutato». La prospettiva è lo sviluppo delle infrastrutture per alimentare un mercato interno che è debole.
Le sfide per l'Europa non finiscono qui. Hanno a che fare anche con l'innovazione, come sottolinea Alessandro Benetton, presidente di Edizione e vicepresidente di Mundys: «Di fronte a un' innovazione tecnologica che corre velocissima e alle pressioni del tempo e della velocità occorre rimettere al centro la capacità dell'uomo di fare sintesi».
La prospettiva per l'Italia deve farsi globale anche per l'occupazione. La ministra del Lavoro, Marina Calderone, rivendica i numeri del mercato italiano e guarda alla competizione internazionale: «Il modello europeo non può essere quello della rincorsa al minimo costo, ma del massimo valore nella ricerca, nella sostenibilità, nel lavoro», dice in un videomessaggio ricordando che «la sfida con Usa e Cina non si vince abbassando l'asticella, ma alzandola».

**https://www.repubblica.it/economia/dossier/affari-e-finanza-live-2025/2025/03/19/news/stiglitz_l_europa_resista_e_diventi_un_baluardo_di_diritti_e_democrazia-424071720/?ref=RHLF-BG-P6-S1-T1**

FiscoEquo
la rivista online di LEF

## Fondazione Cariplo: Le disuguaglianze dell'imponibile Irpef che ancora pesano sul sistema

*Pubblichiamo per la rubrica "Data room" uno stralcio della ricerca pubblicata sui Quaderni della Fondazione Cariplo nel 2023 dedicata alle dinamiche statistiche e applicative dell'imposta sulle persone fisiche.*

Classificando i contribuenti secondo il reddito prevalente, i lavoratori dipendenti sono 21,2 milioni di unità (il 51,4% del totale), mentre i pensionati 13,6 milioni (il 33,1%). Essi costituiscono l'84,5% dei contribuenti Irpef. I contribuenti il cui reddito deriva prevalentemente da fabbricati sono 1,7 milioni di unità (il 4,1% del totale), mentre i contribuenti con redditi dei terreni sono solamente 136 mila.

Gli altri contribuenti sono soggetti che percepiscono prevalentemente redditi da impresa o da capitale: gli imprenditori sono 910 mila, mentre sono un po' meno di un milione i soci di società di persone; sono poi 1,3 milioni i soggetti che nel 2020 hanno aderito al regime fiscale agevolato per le partite Iva.
Guardando invece alla composizione del reddito complessivo per tipologia di reddito, la ricerca evidenzia come l'86% del reddito complessivo Irpef sia costituito da redditi da lavoro dipendente e pensione.
Rispetto a queste due tipologie di reddito, le altre tipologie, dal punto di vista quantitativo, presentano delle percentuali molto basse, a maggior ragione dopo l'introduzione della cosiddetta *flat tax* per le partite Iva.

**Conclusioni**
L'Irpef è diventata di fatto un'imposta che genera una imposizione progressiva quasi esclusivamente sul reddito da lavoro e più in particolare su quello da lavoro dipendente e pensione. Diverse sono le ragioni che hanno allontanato l'imposta sul reddito dall'originario progetto che prevedeva una tassazione generale su tutte le forme di guadagno della persona fisica.
In Italia già la riforma degli anni '70 aveva previsto l'immediata sottrazione dei redditi da capitale dal reddito complessivo dell'Irpef a favore di una tassazione sostitutiva di tipo proporzionale. L'esclusione dei redditi delle attività finanziarie dalla progressività è una caratteristica che accomuna oggi, a differenza degli anni '70, tutti i sistemi tributari delle economie avanzate: la possibilità di realizzare concretamente sistemi di imposizione personale centrati sul principio di reddito-entrata è stata fortemente pregiudicata dallo sviluppo dei mercati finanziari.
La progressiva liberalizzazione del mercato internazionale dei capitali e la grande facilità di movimento dei flussi finanziari hanno infatti costretto molti sistemi tributari a sottoporre questi redditi a un trattamento fiscale agevolato (con l'introduzione di regimi sostitutivi) per evitare il rischio di fughe di capitali. I sistemi di tassazione duale del reddito rappresentano il più organico tentativo di affrontare questa problematica.
Una seconda ragione deriva dal trattamento fiscale delle plusvalenze: esse sono quasi totalmente esenti da Irpef, fatta eccezione per quelle conseguite dalle imprese. Solo a partire dal 1998 si è avuta una regolamentazione complessiva della tassazione dei redditi che derivano da incrementi patrimoniali.
Inoltre, sono stati previsti differenti criteri di accertamento del reddito (effettivo e normale) a seconda della fonte: i redditi dei terreni e dei fabbricati (quasi totalmente esclusi dal reddito complessivo Irpef a partire dal 2012) sono calcolati con metodi di determinazione dell'imponibile su base catastale, mentre per
cercare di arginare la forte evasione che caratterizza (ancora oggi) i redditi da lavoro autonomo si sono utilizzati strumenti di determinazione indiretta del reddito, come gli studi di settore e i più recenti indici di affidabilità fiscale.
Infine, si è verificata una sostanziale incapacità del Legislatore di adeguare l'imposta sul reddito ai radicali cambiamenti che hanno interessato l'economia italiana: l'inflazione, la crescita della quota del lavoro autonomo rispetto a quello dipendente, lo sviluppo della piccola e media impresa, il mutamento delle caratteristiche economiche e sociali delle famiglie, etc.
La continua erosione della base imponibile, avvenuta con una certa intensità anche nell'ultimo decennio (si pensi, tra tutti, al regime sostitutivo per i lavoratori autonomi con ricavi fino a 65 mila euro in vigore dal 2019), nonché l'ampliarsi di regimi agevolativi hanno determinato una struttura che appare oggi eccessiva- mente complessa e, al tempo stesso, orizzontalmente e verticalmente iniqua, al punto che sempre più spesso si propongono riforme volte a ridurne drasticamente la progressività, ponendo poca attenzione al forte ridimensionamento del livello della spesa pubblica che ciò comporterebbe.

**Invece di applicare il paradigma "allargamento della base imponibile e riduzione delle aliquote" nell'ultimo ventennio abbiamo fatto più o meno il contrario: una quota rilevante di base imponibile è esclusa dalla progressività dell'imposta personale e assoggettata ad imposizione proporzionale oppure, in alcuni casi, esentata da imposta.** Va infatti notato che: la quasi totalità dei redditi da capitale delle persone fisiche è tassata separatamente (dal 1974);
le rendite catastali delle abitazioni di residenza non rientrano nella base imponibile dell'imposta (dal 2000);
la quasi totalità dei redditi dei fabbricati tenuti a disposizione non rientra nel reddito IRPEF (dal 2012);
i canoni di locazione di abitazioni locate possono subire una imposizione proporzionale (dal 2011, dal 2019 anche per i canoni di locazione di negozi sotto una specifica metratura);

parti di reddito da lavoro dipendente erogate come premio di risultato ai lavoratori dipendenti privati, in base ad accordi aziendali, sono soggette a imposta sostitutiva proporzionale (dal 2008);
parti di reddito derivanti dall'utilizzazione economica delle opere d'ingegno e dei diritti d'autore sono esentati da imposta (dal 2008);
i redditi derivanti dalle ripetizioni private erogate da docenti sono sottoposti ad un prelievo sostitutivo proporzionale (dal 2019);
i redditi da lavoro autonomo derivanti da ricavi inferiori a un determinato ammontare sono soggetti a un prelievo proporzionale (dal 2019, la cosiddetta *flat tax* degli autonomi, di fatto una estensione, discutibile, dei requisiti organizzativi del regime dei contribuenti minimi in vigore dal 2008);
i redditi dominicali ed agrari, da sempre fortemente sottostimati, dichiarati da contribuenti coltivatori diretti o imprenditori agricoli non rientrano nella definizione del reddito complessivo (dal 2017).

**https://www.fiscoequo.it/fondazione-cariplo-le-disuguaglianze-dellimponibile-irpef-che-ancora-pesano-sul-sistema/**

