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. 26 del 1.05.2025



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 UN SECOLO DI STORIA DAVANTI A NOI 2021
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 1-25**

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

Articoli di apertura	**10**
Quotidiano sanità - *Monitoraggio del Pnrr: ridimensionamento e difficoltà di implementazione* - Giorgio Banchieri, Andrea Vannucci	10
Quotidiano sanità - *Middle management, Aziende adhocratiche e nuovi assetti delle Azienda sanitarie: nuove attività e nuove professionalità nel SSN/SSR* - Maurizio Dal Maso	18
Quotidiano sanità - *Cittadino e programmazione sanitaria: divieto d'accesso (pare)* - Claudio Maria Maffei	23
Comunità, solitudini e salute	***25***
Convegno "Comunità, solitudini e salute", 19 giugno 2025 - *Razionale*	*25*
Format per presentazione di progetti al Convegno	29
Quotidiano sanità - *Papa Francesco e la "cura dell'altro": sanità, salute, presa in carico e compassione nelle encicliche del suo pontificato* - Giovanni Rodriquez	31
Academia HM - *Solitudine percepita durante il COVID-19 e benessere mentale dei giovani adulti: testare lo status socioeconomico come moderatore* – Falecia Matlock e altri	32
Quotidiano sanità - *Salute mentale. Prevalenza di ansia e depressione tra i giovani sotto i 20 anni in crescita del 20% fra il 2018 e il 2022*	*38*
Ocse -*"Promoting good mental health in children and young adults. Best practices in public health"*	39
Academia - *Il desiderio di aiutare le persone è la motivazione principale per intraprendere la professione medica? Uno studio fenomenologico interculturale* - Cornelis AJ De Jong e altri	40
Corriere della sera - *I giovani italiani e la speranza: meno di uno su due guarda con fiducia al futuro* - Carlotta De Leo	41
Avvenire – *Cura pubblica bene comune* – Giovanni Migliore	43
Quotidiano sanità - *Salute mentale e disagio giovanile, invertire con urgenza il fenomeno, le soluzioni ci sono* - Saverio Proia	44
Diseguaglianze	***47***
Il Sole 24Ore - *Viaggio nelle disuguaglianze della sanità: così potremo permetterci ancora le cure per tutti* - Barbara Gobbi e Rosanna Magnano	47
Il Sole 24Ore - *L'indice Gini e le nuove mappe della disuguaglianza in Italia*	*49*
Fisco Equo - *Istat: Cresce la disuguaglianza nella distribuzione dei redditi dopo la riforma dell'Irpef* - Luciano Cerasa	51
The Lancet - *Stato di salute e disuguaglianze tra le regioni italiane dal 2000 al 2021: un'analisi sistematica basata sullo studio Global Burden of Disease 2021* – N. Naghavi e altri	52
Sanità USA e Governo Trump	***55***
The NEJM - *"Mettere l'America al primo posto" – Minare la salute delle popolazioni in patria e all'estero* - Christopher P. Duggan e Zulfiqar A. Bhutta	55
The NEJM - *Il ritiro degli Stati Uniti dall'OMS: come il presidente Trump sta indebolendo la salute pubblica* - Gavin Yamey e Boghuma K. Titanji	57
Salute Internazionale - *OMS orfana degli USA* - Benedetto Saraceno	59
The Lancet – *Perché ora: la controversia sul Morbillo* – Francesco Branda e altri	62
Salute Internazionale - *Sostenere la scienza medica negli USA* - The Lancet	*63*
Quotidiano sanità - *Stati Uniti. Salgono a 400 i casi di morbillo in Texas negli ultimi tre mesi, 41 i ricoveri ospedalieri.*	*65*
La Repubblica - *Dieci grafici per i cento giorni di Trump: così il ciclone Donald su economia e mercati*. – R. Ricciardi	*66*
La Repubblica - *La mappa mondiale dei dazi di Trump*	*72*
Scenari della sanità	**73**
Academia HM - *Un'agenda globale per la dignità e la salute: un'opinione personale* - Gabriel Ivbijaro	73
The Lancet – *Le persone potrebbero vivere più a lungo in salute?* - Q. Feng e altri	76
The Lancet – *Le madri meritano di meglio: strategie basate sull'evidenza per affrontare la mortalità materna* – E. Langloise e altri	77
Medicina Accademia - *Nessuna salute senza pace* - Nikolaos Markou-Pappas, Luca Ansaloni	79
Quotidiano sanità - *Roma celebra il Giubileo della Sanità tra solidarietà, valori e testimonianze. Presentata la Carta valoriale del mondo della salute*	*81*
Quotidiano sanità - *Il diritto alla salute non si dimezza* - Ivan Cavicchi	83
Quotidiano sanità - *I nuovi dati Istat, Prosegue il declino demografico*	*87*

Quotidiano sanità - *L'inverno demografico farà male ai conti pubblici.*	*89*
Quotidiano sanità - *Nutrizione. Oms annuncia 13 impegni da raggiungere in 8 aree chiave entro il 2030*	*91*
Salute Internazionale - *Difendere la giustizia di genere* - The Lancet	*93*
Scenari del SSN	**95**
The NEJM - *Risultati importanti per i pazienti: ICHOM come catalizzatore per un'assistenza basata sul valore* - Jennifer Bright e altri	95
The Lancet – *Stato di salute e diseguaglianze di salute tra le Regioni Italiane dal 2000 al 2021* – M. Nagard e altri	96
Salute Internazionale - *Non possiamo restare in silenzio. La società civile per la sanità pubblica*	97
Ministero Salute – *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero – Dati SDO 2023*	108
ISTAT – *Ulteriore calo della fecondità*	109
Quotidiano sanità - *La scelta condivisa per un effettivo governo clinico dell'appropriatezza delle prestazioni e della organizzazione* - Franco Cosmi	109
Quotidiano sanità - *DFP. Via libera da Palazzo Chigi. Spesa sanitaria in crescita in valori assoluti, ma l'incidenza sul Pil resterà stabile al 6,4% fino al 2028*	111
Quotidiano sanità - *DFP 2025. "Timidi segnali di crescita per la spesa sanitaria, ma il SSN resta largamente sottofinanziato". L'analisi Gimbe*	112
Quotidiano sanità - *Spesa farmaceutica. "Cresce da 20 anni. È tempo di collaborare e pensare a strumenti di governo diversi. Su norma 'de-listing' preconcetti, monitoraggio costi in corso".* - Barbara Di Chiara	112
Sostenibilità della sanità	**117**
FIASO - *Corte dei conti: il tetto di spesa per il personale è regionale, non aziendale. FIASO: "Svolta che rafforza il SSN"*	117
ISTAT – *Gli italiani che lasciano il nostro Paese sono sempre di più di quelli che rientrano*	118
MEF 2025 – *Documento di finanza pubblica – Sezione 1*	119
MEF 2025 – *Documento di finanza pubblica – Sezione 2*	122
Quotidiano sanità - *L'aziendalismo rompe l'alleanza tra società e sanità* - Ivan Cavicchi	124
Quotidiano sanità - *La complessità e la necessità* - Bruno Agnetti	128
Quotidiano sanità - *I disavanzi sanitari fanno saltare i bilanci. E sempre più Regioni aumentano le tasse* – L. Conti	129
Quotidiano sanità - "*Il lavoro medico è usurante e il banco è saltato, ma l'Europa lo ignora*" - Ester Maragò	132
Quotidiano sanità - *SSN, "Il vincolo economico prevale sulle necessità sanitarie". L'analisi del Rapporto Crea Sanità, Federsanità-Anci e Salutequità*	*135*
One Health e clima	**138**
The Lancet – *Rafforzare la resilienza alle malattie trasmesse dai vettori emergenti in Europa* .. – G. Charrnley e altri	138
The Lancet – *Microplastiche: una crisi sottovalutata e poco regolamentata* – V. S. Balakrishnam	141
The Lancet – *Effetti sulla salute degli eventi climatici: lezioni apprese* – The Lancet Respiratory Medicne	144
The Lancet – Interventi di adattamento al caldo basati sulla comunità .. H. Pearlse altri	146
Science - *L'EPA ordina al personale di iniziare a cancellare le sovvenzioni per la ricerca* - Erik Stokstad	153
Salute Umana - *Dossier Generazione "Green": l'ambiente e la salute degli adolescenti*	155
Salute Internazionale - *7 Aprile. In difesa della sanità pubblica* - Andrea Antonio Mariano	156
Politico - *L'accordo pandemico dell'OMS è a breve distanza*	158
Corriere della sera - *Quarant'anni fa la scoperta del buco dell'ozono. La bella notizia è che si sta chiudendo (grazie al nostro impegno)* - Cristina Marrone	159
Nature - *L'impronta digitale del recupero dell'ozono antartico* -Peidong Wang	161
Equologia - *Una Sardegna 100% rinnovabile: è possibile e conviene*	161
La Repubblica - *Clima, mai marzo così caldo in Europa. I dati di Copernicus: "Ancora temperature da record"* Elena Dusi	163
La Repubblica - *Ue: inquinamento in calo, ma non basta* - Sibilla Di Palma	165
Pandemie in essere e in arrivo	**167**
The Lancet – *Utilizzo del toolkit BRAVE* – H. Dorta e altri	167
The Lancet – *Combattere la resistenza antimicrobica: nuove linee guida e approfondimenti*. – D. P. Moore	171
La Repubblica - *Contrordine: vivremo meno (e anche peggio). Giù l'aspettativa di vita* - Elvira Naselli	172
Quotidiano sanità - *Allarme Oms. "Il sovra utilizzo degli antibiotici 'Watch' alimenta la resistenza ai farmaci"*	*174*
Quotidiano sanità - *Raggiunto l'accordo su una bozza di trattato pandemico globale.*	*176*
Salute Internazionale - *Malattie da vettori e ruolo delle comunità* - Andrea Ubiali	*177*
Sanità Informazione - *Sviluppato un biosensore innovativo per la rilevazione rapida dei virus* - Valentina Arcovio	*179*

The Lancet – *La predetta epidemia di febbre di Oropouche* – D. Alvarez e altri	*181*
PNRR e sua implementazione	**182**
Corriere della sera - *PNRR, abbiamo 130 miliardi da spendere in 14 mesi, ma il 40% dei cantieri è in ritardo. Ecco cosa rischiamo* - Domenico Affinito e Milena Gabanelli	182
La Stampa - La Cgil: PNRR in pesantissimo ritardo, speso solo il 34% dei fondi - Paolo Baroni	186
Quotidiano sanità - *Centro di formazione permanente in Sanità dell'Inmi Spallanzani. Presentato il programma formativo 2025-2027 della Regione Lazio*	187
L'ospedale che cambia	**189**
Salute Internazionale - *Turnover sanitario e qualità delle cure* - Maddalena Carretti e Erika Del Prete	189
Panorama sanità - *L'isola che non c'è* - Giovanni Monchiero	191
Quotidiano sanità - *La confusione di competenze che non fa bene al Ssn* - Pierino Di Silverio	192
Quotidiano sanità - *In Europa l'83% della popolazione vive a meno di 15 minuti di guida da un ospedale. Eurostat: bene l'Italia, ma rimangono zone isolate*	*193*
Medicina territoriale	**194**
Il Sole 24 Ore - *Liste d'attesa, Schillaci attacca ancora le Regioni: "I fondi ci sono, è colpa del caos organizzativo*" - Marzio Bartoloni	194
Il Sole 24 Ore - *Dal salta-code alla piattaforma nazionale: così lo scontro con le Regioni affonda le liste d'attesa* - Marzio Bartoloni	195
BMJ Journal - *ChatGPT (GPT-4) contro i medici nei casi complessi dell'esame specialistico in medicina di famiglia svedese* - Rasmus Arvidsson	197
Salute Internazionale - *L'Ambulatorio popolare Roma Est* -Andrea Calignano, Norina Di Blasio, Di	198
MSN - *Sanità, ecco come i pazienti sono presi in giro da 20 anni* - Milena Gabanelli e Simona Ravizza	200
Corriere della sera - *Medici di famiglia e riforma: le bugie a cui i pazienti non devono credere* - Milena Gabanelli e Simona Ravizza	202
Quotidiano sanità - *Carichi di lavoro dei MMG e organizzazione aziendale* - Mauro Marin	206
Quotidiano sanità - *Basta con le chiacchiere sulla medicina territoriale! Parliamo di un progetto ambizioso e concreto* - Giuseppe Graziano, Davide Dibitonto	207
SANITOVA - *Perché in molti hanno scelto la piattaforma EIMAS*	209
Sanità Informazione - *Farmacie. Dall'analisi dei bisogni del territorio alla formazione, tutti i segreti di una performance di successo* - Barbara Di Chiara	212
Sanità, sociale e Long Term Care	**214**
Welforum.it - *LEPS: progetti per il dopo di noi e per la vita indipendente* - Franco Pesaresi	214
Sossanità.it - *Marche: solo 9 ore di adi all'anno per gli anziani* - Franco Pesaresi	220
Salute Internazionale - *Il Laboratorio Cittadino per la Salute Pubblica di Bologna* - Andrea Antonio Mariano	222
Sanità Informazione - *Il caregiver nel percorso di cura del paziente affetto da linfoma: ruolo e responsabilità infermieristica*	224
Academia - *I percorsi assistenziali sociosanitari per anziani non autosufficienti nelle Marche* - Leonardo Catena	227
Nursing	**232**
Quotidiano sanità - *Professioni sanitarie: la sopravvivenza nel mercato, ma non nella missione* - Grazio Gioacchino Carchia	232
Il Sole 24 Ore - *Contratti in stallo per infermieri e medici: la Pa non è uguale per tutti* - Stefano Simonetti	233
Fanpage.it - *In Italia mancano gli infermieri: stipendi tra i più bassi dell'Ue, fuga all'estero e abbandoni volontari*	235
Quotidiano sanità - *Infermieri, innovazione, sfide e soluzioni nella formazione, nell'organizzazione nella pratica clinica* - Marina Vanzetta	237
Quotidiano sanità - *Professioni sanitarie, tra obblighi crescenti e incentivi insufficienti* - Carchia Grazio Gioacchino	237
Quotidiano sanità - *Riordino professioni sanitarie. Dal superamento del tetto di spesa alla valorizzazione delle competenze. Il documento dell'indagine conoscitiva in Affari Sociali. E Schillaci annuncia: "Già pronta riforma per il CdM"* - Ester Maragò e Giovanni Rodriquez	239
Quotidiano sanità - *"Un infermiere su tre a rischio burn out". Ecco perché nasce il Centro Interuniversitario per la ricerca sull'etica infermieristica* - Annamaria Bagnasco e Duilio F. Manara	*241*
JAN - *Costruire la nave mentre si naviga: Una sintesi qualitativa dell'implementazione di modelli di erogazione dell'assistenza infermieristica in un ambiente ospedaliero* - Klara Geltmeyer e altri	*242*
Digitalizzazione e telemedicina	**243**
Quotidiano sanità - *Lo sviluppo della sanità digitale è inarrestabile. Dalla sicurezza per i pazienti alla sostenibilità economica. Le indicazioni Ocse su come valutare le nuove tecnologie*	243

OECD – *Linee Guida per la digitalizzazione.*	244
La Repubblica - *Tumore al seno: con i test genomici - 57% di spesa pubblica e meno chemio inutili* - Irma D'A245ria	245
La repu247bblica - *La rivoluzione delle batterie al litio zolfo: durano tre volte di più e costano meno. Ecco perché* - Barbara C250rimaudo	247
Economia e sanità	**250**
Corriere della sera – *Perché le aziende italiane non sanno trattenere i dispendenti*	250
Forbes - *Il 40% dei lavoratori italiani pronto a cambiare azienda entro l'anno* - La redazione di Forbes.	250
Fisco Equo - *Guerra dei dazi: la normalizzazione dei mercati e la ripresa passano anche per il fisco* - Luciano Cerasa	251
Fisco Equo - *Contenzioso tributario: nel 2024 controversie aumentate del 30,9%* - Redazione	253
Corriere della sera – *Ecco quali sono i Paesi europei che subiscono più danni dai dazi (e l'Italia è tra questi): tutti i numeri*	255
Corriere della sera – *Bankitalia: il PIL sprofonderà del 9% entro il 2025 se non aumenta l'occupazione di giovani e donne*	256



Articoli in evidenza

quotidianosanità.it

Monitoraggio del Pnrr: ridimensionamento e difficoltà di implementazione

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

Lo stato di attuazione del Pnrr Missione 6 registra ancora difficoltà passando da linee di intervento nazionali a quelle regionali e locali. Sta a tutti gli operatori e amministratori del Ssn e dei Ssr e agli stakeholder istituzionali, sindacali, associativi, vigilare con molta attenzione se, al di là dei numeri, le realtà locali sono o meno sintoniche con gli obiettivi

11 APR -
Sono stati pubblicati di recente tre documenti istituzionali di revisione dello stato di avanzamento di quanto previsto nel PNRR relativamente alla Missione 6 "*Salute*", come segue:

- *Report Stato Avanzamento PNRR a febbraio 2025 da parte del Ministero alla Sanità e Italia domani;*
- Ministero per le Politiche UE nella sua sesta relazione sullo stato di attuazione del PNRR al 27 marzo 2025, Sezione I°.
- Ministero per le Politiche UE nella sua sesta relazione sullo stato di attuazione del PNRR al 27 marzo 2025, Sezione II°.

Vediamoli in successione e in sintesi.

Monitoraggio PNRR da parte del Ministero alla Sanità e Italia domani
Questo Report dà i dati oggettivi raccolti sullo stato avanzamento lavori per Regione per PPAA. Ministero alla sanità e Italia domani hanno pubblicato lo stato di avanzamento procedurale e finanziario degli Investimenti della Missione 6: Salute. Sono dati al monitoraggio febbraio 2025. Le voci di spesa monitorate sono:

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

M6C1I1.1 Case della Comunità (target comunitario 1038)
Il finanziamento totale PNRR previsto è pari a €. 2.000.000.000, fondi spesi al 31.01.2025 €. 291.873.893, pari al 14,59. Le Regioni meridionali vedono la Basilicata al 10,42%, la Puglia al 6,69%, la Campania al 6,11%, tutte le altre Regioni meridionali sono sotto al 6,00%.

M6C1I1.3 Ospedali di Comunità (target comunitario 307)
Il finanziamento totale PNRR previsto è pari a €. 1.000.000.000, fondi spesi al 31.01.2025 €. 115.057.221, pari all'11,51%. Le Regioni meridionali vedono l'Abruzzo al 9,75%, la Campania al 6,64%, tutte le altre sono sotto al 5,00%.

M6C2I1.2.1 Verso un Ospedale Sicuro e Sostenibile (target comunitario 84)
Totale finanziamento previsto €. 638.851.083,00, attività svolte per €. 68.438.612, pari al 10,71%. Se si va a vedere la distribuzione per Regioni il sud è in grave affanno. La Sicilia è al 25,94%, la Basilicata al 25,25%, la Sardegna al 20,28%, la Campania è al 14,19%, tutte le altre Regioni meridionali sono sotto al 2,00%.

M6C2I1.1.1 Digitalizzazione DEA (target comunitario 280)
Il finanziamento totale PNRR previsto è pari a €. 1.450.109.883, fondi spesi al 31.01.2025 €. 225.696.418 pari al 17,63%. La situazione delle Regioni meridionali su questa voce di spesa è migliore. Abbiamo la Sicilia al 25,94%, la Basilicata al 25,25%, la Sardegna al 20,28%, la Campania al 14,19%, la Puglia all' 8,12%. Tutte le altre sono sotto al 6,00%.

M6C2I1.1.2 Grandi apparecchiature (target comunitario 3100)
Il finanziamento totale PNRR previsto è pari a €. 1.189.555.000, fondi spesi al 31.01.2025 €. 567.562.332 pari al 47,73%. La Campania è al 48,55%, superiore alla media nazionale, la Sicilia è al 42,30%, la Puglia al 30,16%, la Sardegna è al 25,06%. Tutte le altre Regioni meridionali sono sotto al 17,00%.
Volendo fare una sintesi delle due voci di spesa più rilevanti per i cittadini, ovvero, Case di Comunità e Ospedali di Comunità, abbiamo il seguente prospetto di sintesi per Regioni e PPAA. I dati dal Lazio alla Sardegna danno il quadro delle difficoltà delle Regioni del centro sud del Paese. Tutte sono sotto le medie nazionali.

Regione o PPAA	**Case di Comunità**	**Ospedali di Comunità**
Piemonte	13,44%	12,89%
Valle d'Aosta	31,64%	80,94%
Lombardia	25,20%	17,89%
PA Bolzano	18,71%	0,00%
PA Trento	17,10%	9,46%
Veneto	31,10%	23,04%
Friuli Venezia Giulia	26,02%	32,09%
Liguria	36,42%	5,11%
Emilia Romagna	26,19%	21,86%
Toscana	19,86%	12,52%
Umbria	20,67%	17,35%
Marche	7,73%	10,36%
Lazio	9,52%	4,91%
Abruzzo	9,41%	9,75%
Molise	1,85%	1,88%
Campania	6,11%	6,64%
Puglia	6,69%	5,18%
Basilicata	10,42%	3,90%
Calabria	5,11%	2,42%
Sicilia	4,99%	4,66%
Sardegna	4,60%	6,08%
Media Nazionale	**14,59%**	**11,51%**

Ministero per le Politiche UE nella sua sesta relazione sullo stato di attuazione del PNRR al 27 marzo 2025, Sezione I°.
Il consuntivo per la Missione 6 relativamente alla "*Formazione del personale sanitario in materia di medicina generale" n*ell'ottica di rafforzare la formazione degli operatori sanitari e contribuire al loro regolare aggiornamento, registra che è stato raggiunto entro le tempistiche previste il target M6C2-15, afferente al sub-Investimento 2.2.1: "*Borse aggiuntive in formazione di medicina generale*".
Il target, fissato per giugno 2024, prevedeva l'assegnazione di ulteriori 900 borse di studio per la formazione in medicina generale relative al ciclo formativo 2023-2026, da aggiungersi alle 1.800 borse già precedentemente predisposte e assegnate nel 2023 (M6C2-14) per i cicli formativi 2021-2024 e 2022-2025, per un totale di 2.700 borse studio a a valere sulle risorse del PNRR.
La rendicontazione delle attività svolte porta al seguente prospetto per le Missioni 5 e 6:

Tabella 9 – Risultati della sesta rata: Missione 5 e 6

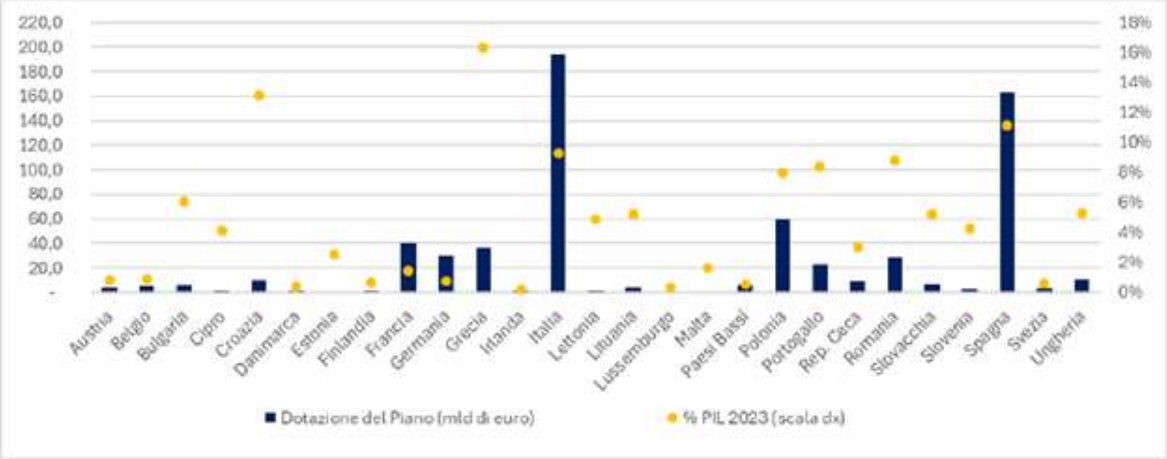
Missioni 5 e 6				
Amministrazione Titolare	**Numero**	**Misura**	**M/T**	**Descrizione**
Ministero della Salute	M6C2-15	Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario Sub-investimento 2.2.1: Borse aggiuntive in formazione di medicina generale	T	Sono assegnate ulteriori borse di studio per corsi specifici di medicina generale.

Fonte: Elaborazioni della Struttura di Missione PNRR

Nello stesso Rapporto, relativamente al Ministero della Salute, Misura *M6C1-7 (M6C1- 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina. Sub-misura 1.2.2: Centrali Operative Territoriali) i*l sub-investimento M6C1I1.2.2 *"Centrali Operative Territoriali* (COT)", di importo pari a 280 milioni di euro, era originariamente ripartito in diverse linee di investimento.
A causa dell'aumento dei costi di costruzione, il target minimo del sub-investimento relativo alle COT (M6C1-7) era stato ridotto (da 600 strutture originariamente fissate a 480 pienamente operative e funzionanti) e posticipato di sei mesi, al T4/2024.
Il target, al mese di dicembre 2024, risulta completamente raggiunto secondo le tempistiche previste, e superato al fine di assicurare gli *standard* previsti dal DM 77/2022. Quindi l'obiettivo è stato raggiunto solo tramite una riduzione dell'obiettivo da 600 a 480 COT, -20%.
Da notare che preesistevano le Centrali Covid-19 nelle ASL e nelle AO che sono state riconvertite in COT, sempre però ridimensionandone il numero da 600 a 480.

Il PNRR italiano a confronto con quello degli altri Stati membri
Secondo i dati pubblicati dalla Commissione europea nel *Recovery and Resilience Scoreboard*18, il bilancio finanziario totale del Dispositivo di ripresa e resilienza (RRF) oggi ammonta a 650 miliardi di euro, di cui 359 miliardi sono sovvenzioni e 291 miliardi prestiti.
L'Italia, come noto, in termini assoluti e ancora oggi il principale beneficiario dei fondi del Dispositivo, con una dotazione di 194,4 miliardi di euro, seguita dalla Spagna (163 miliardi) e, a grande distanza, da altri Paesi, tra cui, in ordine, Polonia (59,8 miliardi), Francia (40,3 miliardi), Grecia (36 miliardi) e Germania (30,3 miliardi) (Figura 3 del Report del Ministero delle Politiche UE).
In termini relativi, ossia rispetto al rapporto tra dotazione del Piano e PIL, l'Italia e il quarto percettore (il dato si attesta a 9,3 per cento) preceduto da Grecia (16,3 per cento), Croazia (13,1 per cento) e Spagna (11,2 per cento); seguono a larga distanza Paesi come Francia (1,4 per cento) e Germania (0,7 per cento) (Figura 4 del Report del Ministero delle Politiche UE).

Figura 4 - Le dotazioni dei Piani in relazione al PIL



Fonte: Elaborazioni della PCM – Struttura di Missione PNRR su dati del Recovery and Resilience Scoreboard della Commissione europea disponibili al sito https://ec.europa.eu/economy_finance/recovery-and-resilience-scoreboard/index.html.

Le revisioni dei Piani: per l'Italia 4 Revisioni nel 2023 2 nel 2024

Tutti gli Stati membri hanno provveduto a modificare i propri Piani rispetto alla versione originariamente adottata. La Bulgaria e l'unico Stato membro a non aver ancora introdotto il nuovo capitolo REPowerEU.

Sedici Paesi (inclusa l'Italia) hanno già ottenuto più di una revisione; inoltre, sono attualmente in corso di valutazione ulteriori cinque richieste formali di revisione presentate dagli Stati membri, che sono in attesa di approvazione da parte della Commissione, del Consiglio o di entrambi. L'Italia ha presentato e ottenuto 4 Revisioni del PNRR, come da prospetto seguente:

Tabella 28 - La revisione dei Piani nazionali di ripresa e resilienza degli Stati membri dell'UE

Paesi	N° revisioni	Data invio dai Paesi	Valutazione CE	Approvazione ECOFIN
Italia	1	12-lug-23	28-lug-23	19-set-23
	2	07-ago-23	24-nov-23	08-dic-23
	3	04-mar-24	26-apr-24	14-mag-24
	4	10-ott-24	29-ott-24	18-nov-24

Le richieste di pagamento delle Rate PNRR da parte dei Paesi membri della UE.

Gli Stati membri hanno potuto scegliere di articolare i propri Piani in più richieste di pagamento, connesse al raggiungimento di specifici milestone e target, sino a un massimo di due richieste all'anno, anche in relazione alle dimensioni e alla complessità del singolo Piano.

Il Piano italiano (così come quelli di Cipro, Croazia, Portogallo, Slovacchia, Slovenia e Spagna) prevede dieci rate.

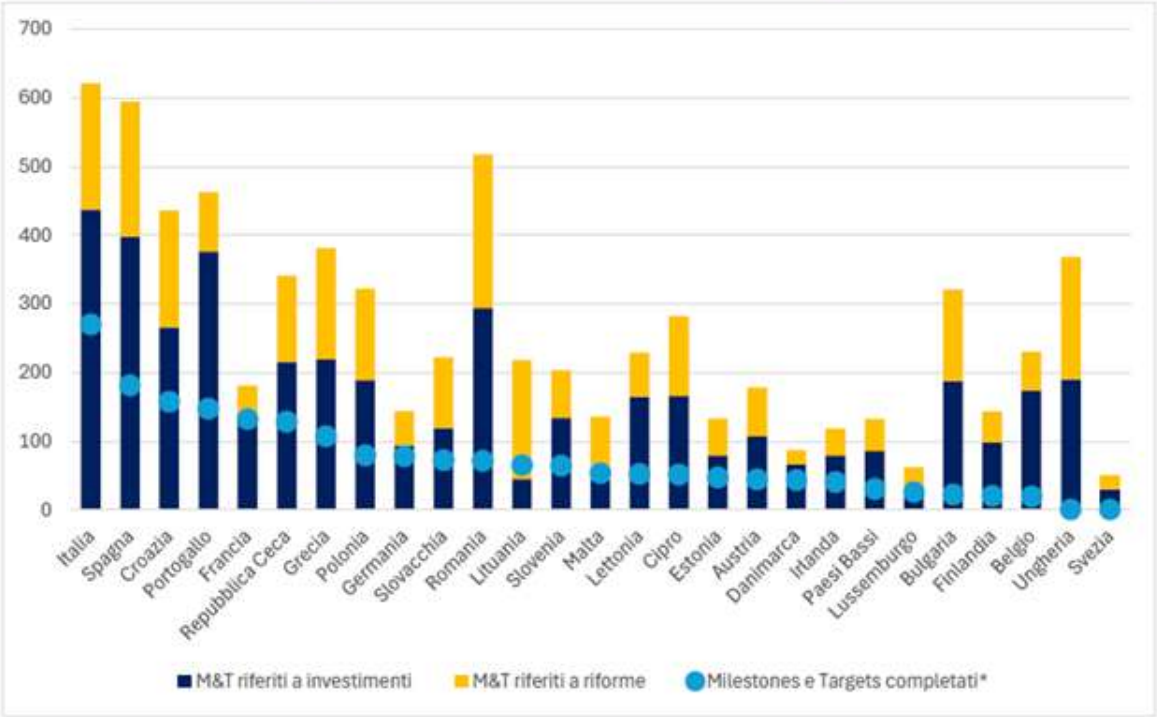
Tutti gli Stati membri, fatta eccezione per l'Ungheria, hanno presentato almeno una richiesta di pagamento. Ad oggi, l'Italia è l'unico Paese ad aver già presentato sette richieste di pagamento (Tabella 29).

Complessivamente, il Dispositivo per la ripresa e la resilienza prevede 203 richieste di pagamento da parte degli Stati membri.

Tabella 29 – Richieste di pagamento e risorse ricevute dall'Italia dalla UE

Paese	N. rate previste	N. richieste pagamento	Data presentazione	Stato	Importo rata (netto pre-finanziamento) [mld €]	Importo totale richiesto (al lordo del prefinanziamento) [mld €]	Pre-finanziamento (incluso REPowerEU) [mld €]	Totale risorse ricevute (A) [mld €]	Dotazione Piano (B) [mld €]	% A/B
Italia	10	1	30/12/2021	Erogata il 13/04/2022	21,00	140,35	25,45	122,15	194,42	63%
		2	29/06/2022	Erogata il 08/11/2022	21,00					
		3	30/12/2022	Erogata il 09/10/2023	18,50					
		4	22/09/2023	Erogata il 28/12/2023	16,50					
		5	29/12/2023	Erogata il 05/08/2024	11,00					
		6	28/06/2024	Erogata il 23/12/2024	8,70					
		7	30/12/2024	Valutazione in corso	18,20					

Figura 5 - Stato di completamento di milestone e target



Fonte: Elaborazioni della Struttura di Missione PNRR su dati della Commissione europea, aggiornati al 18 marzo 2025.

Ministero per le Politiche UE nella sua sesta relazione sullo stato di attuazione del PNRR al 27 marzo 2025, Sezione II°.

Questo report entra nel dettaglio di quanto realizzato dalle singole regioni e dalle Provincie Autonome.

Le Riforme previste in questa fase del PNRR erano due:

- *M6C1 - Riforma 1: Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale. Servizi sanitari di prossimità, strutture e standard per l'assistenza sul territorio;*

Il DM 23 maggio 2022, n. 77, "*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*" (GU SG n. 144 del 22 giugno 2022) rappresenta il conseguimento della milestone M6C1-1. Le Regioni e Province Autonome hanno provveduto ad adottare il provvedimento generale di programmazione dell'Assistenza territoriale entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del Regolamento.
Sulla base dell'art. 2 del Regolamento, è assicurato il monitoraggio semestrale degli *standard* previsti da AGENAS. Si evidenzia che al quarto trimestre 2024 risultavano attivate e funzionanti, nel rispetto degli *standard* del DM 77/2022 e delle condizionalità previste dal PNRR, 612 Centrali Operative Territoriali (COT), a fronte del target minimo di 480 - target comunitario M6C1-7 – rendicontato all'Europa.
A tali disposti segue l'art. 5 del D.L. 7 giugno 2024, n. 73, "*Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie*", che introduce, a partire dall'anno 2024, misure di flessibilità volte ad agevolare l'assunzione di personale delle aziende e degli enti del SSN.
Nulla di quanto sopra è stato implementato a regime. Le resistenze interne in specie delle categorie *"convenzionate*" sono ancora molto forti.

- *M6C2 - Riforma 1: Revisione e aggiornamento dell'attuale quadro giuridico degli IRCCS.*

È stato pubblicato in GU n. 304 del 30 dicembre 2022 il Decreto Legislativo n. 200 del 23 dicembre 2022, raggiungendo la milestone comunitaria entro le scadenze previste.
Attualmente sono state concluse 54 procedure con l'adozione di altrettanti Decreti Ministeriali di individuazione delle aree tematiche di afferenza valide sino alla successiva conferma del carattere scientifico sui 54 IRCCS attualmente riconosciuti.

Gli Investimenti previsti in questa fase dal PNRR erano i seguenti:

M6C1 - Investimento 1.1: Casa della Comunità (CdC) e presa in carico della persona.
Importo complessivo: 2.000.000.000 euro.
L'investimento prevede l'attivazione entro il 30 giugno 2026, di almeno 1.038 Case della Comunità (CdC) rinnovate e tecnologicamente attrezzate, rispetto alle 1.350 inizialmente previste, quali luogo fisico di prossimità e facile individuazione per accedere al sistema di assistenza sanitaria e sociosanitaria.
Il Ministero della Salute ha stimato un incremento generale dei costi a carico della realizzazione degli investimenti pari al 30 per cento. Ciò ha motivato un ridimensionamento dei target ma senza previsioni di definanziamento a carico delle singole misure né modifiche rispetto alla programmazione dei Contratti istituzionali di sviluppo (CIS) sottoscritti con ciascuna Regione e Provincia Autonoma.
A seguito della sottoscrizione dei CIS e relativi ai POR (Piani Operativi Regionali) 30-31 maggio 2022), il Ministero della Salute ha reso disponibile ai Soggetti attuatori il supporto tecnico operativo di Invitalia SPA per superare le difficoltà operative che si sono presentate a livello delle amministrazioni minori, ovvero, Enti locali e loro articolazioni, nonché ASL, in specie nel Sud e nelle isole del Paese.
Le Regioni/PP.AA. hanno aderito ai Bandi di Invitalia SPA, di cui 825 interventi sono riconducibili alle Case della Comunità, tenuto anche conto delle rimodulazioni intervenute.

M6C1 - Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina Importo complessivo: 4.750.000.000 euro
M6C1- Sub-investimento 1.2.1: Assistenza Domiciliare
Il sub-investimento, pari ad euro 2.970.000.000,00, in luogo dei precedenti euro 2.720.000.000,00, a seguito del processo di rimodulazione complessiva del Piano concluso con l'approvazione formale da parte del Consiglio ECOFIN in data 8 dicembre 2023 ("Consiglio ECOFIN"), si pone l'obiettivo di aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico entro il 30 giugno 2026, almeno il 10

per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni (in linea con le migliori prassi europee), rispetto all'attuale media di circa il 5% .
Il valore del 10 per cento dovrà essere raggiunto progressivamente, ai sensi del DM 77/2022, da tutte le Regioni o Province Autonome.
Nell'ambito del processo di revisione complessiva del PNRR è stato stabilito, oltre al rifinanziamento del sub-investimento in esame, con un incremento di risorse pari a 250 milioni di euro, la rimodulazione del target finale a T2 2026, con un incremento di 42.000 assistiti in tale regime, rispetto agli 800.000 inizialmente previsti per un incremento complessivo di 842.000 ulteriori assistiti di età superiore ai 65 anni presi in carico in assistenza domiciliare entro giugno 2026.

M6C1- Sub-investimento 1.2.2: Centrali Operative Territoriali
Il target comunitario M6C1-7, avente ad oggetto 480 Centrali Operative pienamente funzionanti, è stato raggiunto entro la scadenza prevista di dicembre 2024 e oggetto di rendicontazione alla Commissione Europea, tramite il sistema informativo ReGiS, in data 13 dicembre 2024, allo scopo di avviare i seguiti di competenza per il rilascio della prossima VII Rata, così come previsto dalla governance del Piano.

"Le questioni aperte e la tenuta del disegno sistemico"
Lo stato di attuazione del PNRR Missione 6 registra difficoltà, a partire dalle linee di intervento nazionali a quelle regionali e locali. SI riscontrano incertezze operative degli enti locali e delle Aziende sanitarie nell'implementazione delle progettazioni loro delegate. Nonostante le parziali semplificazioni procedurali introdotte e il supporto di Invitalia SPA per l'attuazione di programmi e progetti finalizzati al potenziamento delle infrastrutture sanitarie e alla digitalizzazione dei servizi, i tempi di attuazione rimangono lenti. In particolare nelle regioni del Centro-Sud.
Nel PNRR sono previsti anche programmi di formazione in campo sociosanitario rivolti a 5.000 amministrativi e 300.000 sanitari. Tali programmi, che le Regioni stanno attuando in questi ultimi questi mesi, sono in forte ritardo rispetto al timing PNRR. La scelta dei contenuti e degli strumenti formativi non sembra sempre aderire a un disegno strategico, tanto meno concertato.
La riorganizzazione delle reti territoriali costituite da Ospedali di Comunità, Case di Comunità, COT e ADI con anche la riorganizzazione in rete di RSA, Centri diurni e Hospice, stenta a decollare. Fra le cause anche il ridimensionamento del ruolo dei Distretti sociosanitari delle ASL, che nel DM 71 venivano definiti come "Agenzie di salute" per le popolazioni loro afferenti ma che, dopo una sentenza del Consiglio di Stato, nel DM 77 sono stati fortemente ridimensionati.
I distretti diventano, o meglio, rimangono così semplicemente dei punti di governo delle reti territoriali in una logica di "day by day" che non risponde né alla "visione" del PNRR né a basare pianificazioni ed azioni sulla stratificazione dei bisogni. Un metodo, quest'ultimo, indispensabile per garantire una programmazione territoriale progettata sulla "domanda" di servizi e non sulla disponibilità della loro "offerta", che nelle filiere assistenziali sociosanitarie vede prevalentemente organizzazioni private "accreditate", private "profit", enti del terzo settore, associazionismo e volontariato.
Gli investimenti in tecnologie e in nuovi modelli operativi non sono immediatamente "labour saving" … anzi, come avviene anche nelle imprese che operano in altri settori, richiedono una prototipazione dei nuovi modelli, la loro messa a regime e poi una loro diffusione generalizzata, salvo contestualizzazioni ad hoc.
Nella fase di affiancamento del "nuovo" con il "vecchio" si registra inevitabilmente una sovraproduzione di costi la cui gestione, al momento, non è presa in seria considerazione. I vantaggi e le ottimizzazioni arriveranno solo a medio termine, se e quando saremo stati in grado di arrivarci.
C'è poi una questione di primaria importanza: per la messa in rete delle Case e degli Ospedali di Comunità resta il nodo del personale che non abbiamo e non sappiamo in che misura avremo.
Tutto ciò evidenzia l'assenza di una governance solida in grado di realizzare una visione sistemica coerente con gli obiettivi della Missione 6. Occorre ricordarsi sempre che la finalità del PNRR non è quella di mitigare gli effetti del cronico sottofinanziamento del SSN ma di agire da leva per investimenti strategici e cambiamenti proiettati sul futuro.

Da questo punto di vista, molto opportunamente, si sono privilegiati due fattori chiave: cure di prossimità e digitalizzazione. Le scelte allocative del governo in carica e quelli futuri ci mostreranno se saremo stati capaci di trasformare in opportunità durature questa disponibilità finanziaria eccezionale ma temporanea.
L'impresa non è delle più agevoli in tempi in cui le scelte di finanza pubblica si confrontano con incertezze globali, previsioni di bassa crescita, livello elevato di debito pubblico, aumento d'impieghi in nuovi settori, come ad esempio quello delle spese militari.
Torna allora prepotentemente l'impegno della lotta agli spechi e alle inappropriatezze. Non solo **CERGAS Bocconi** ha pubblicato diversi studi sugli sprechi nel SSN, stimandoli attorno al 20-25% della spesa pubblica, e sviluppato modelli di valutazione economica delle pratiche inappropriate, sia diagnostiche che terapeutiche, ma anche altri osservatori prestigiosi, come **CREA Sanità** e **GIMBE,** confermano tali stime e sottolineano la questione.
Il tema dell'inappropriatezza, prescrittiva e organizzativa, resta centrale per la sostenibilità del SSN. Oltre al tentativo (fallito) del DM Lorenzin del 2015, numerose iniziative sono state avviate nel tempo a livello nazionale. Tra queste il Piano Nazionale Esiti di AGENAS, la Griglia LEA del Ministero della Salute, gli accordi tra Ministero della Salute e AIFA per il monitoraggio e la riduzione dell'inappropriatezza farmaceutica. Ma anche a livello regionale ci sono stati sforzi: ad esempio in Lombardia l'introduzione strutturata di PDTA per patologie croniche (diabete, BPCO, scompenso) con obiettivi di appropriatezza e controllo della variabilità clinica; In Emilia-Romagna, i programmi di audit tra pari e formazione per i MMG ("Prendersi Cura", "Ricetta Trasparente") con feedback basati su dati reali di prescrizione; in Toscana, l'istituzione l' Organismo Regionale di Governo Clinico; in Veneto, lo Sviluppo di sistemi di allerta prescrittiva nei software di MMG e specialisti, integrati con il FSE, per ridurre esami e farmaci inutili.
Questi strumenti, sebbene eterogenei e con diversi livelli d'efficacia, rappresentano un primo passo verso un governo clinico più orientato all'uso razionale delle risorse.
Dobbiamo però, alla fine, segnalare un limite cognitivo che ha segnato le nostre azioni che è l'aver privilegiato il contrasto all'inappropriatezza per "eccesso" rispetto quella per "difetto", minimizzando se non trascurando gli effetti di quest'ultima. La logica alla base di ciò è stata una visione economicista, di corto respiro, finalizzata ai risparmi in arco di tempo breve. I clinici hanno assecondato in modo imprudente questa tendenza, così comprensibilmente gradita alle direzioni regionali ed aziendali.
Movimenti con Slow Medicine hanno grandi meriti ma certi slogan da loro espressi sono stati strumentalizzati. "*Less is more*" l'affermazione del famoso architetto minimalista Mies van der Rohe non è automaticamente trasferibile alle scelte mediche e assistenziali.
Talvolta è giusta, si eliminano sprechi e, addirittura, si evitano danni per i pazienti ma rischia di distrarre dall'altra inappropriatezza, ingiusta, ed anche essa costosa: quella delle cure non erogate in modo adeguato o non facilmente accessibili, se non quando razionate per motivi di budget e non di necessità.
Si afferma spesso che quello della sanità è un sistema complesso, incoraggiamo dunque tutti ad avere la visione e ad usare gli strumenti giusti per confrontarsi con tale complessità altrimenti avremo, forse, anche portato a casa qualche risultato con le azioni del PNRR ma gli sviluppi ulteriori saranno deludenti.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=129016

quotidianosanità.it

Middle management, Aziende adhocratiche e nuovi assetti delle Azienda sanitarie: nuove attività e nuove professionalità nel SSN/SSR

Maurizio Dal Maso, *Membro CDN Asiquas, Roma.*

Le organizzazioni sanitarie sono uno dei più fertili campi d'indagine degli studi di comportamento organizzativo. Una gestione efficace del personale è essenziale per la competitività di un'organizzazione sanitaria e per l'importanza che le persone rivestono come principale risorsa per la sopravvivenza dell'organizzazione stessa

22 APR -

… nel giro di poche decadi, la società riorganizza se stessa, le sue concezioni del mondo, la sua struttura politica e sociale, le sue arti, le sue istituzioni fondamentali. Cinquant'anni più tardi c'è un nuovo mondo. E la popolazione nata allora non potrà nemmeno immaginare il mondo in cui i suoi nonni vissero e nel quale i loro stessi genitori nacquero. Noi stiamo vivendo al momento proprio nel mezzo di una tale trasformazione. ***Peter Drucker, 1993.***

I paradigmi di quelle che sono state definite le "nuove organizzazioni del lavoro" appaiono come una organizzazione del lavoro di tipo integrato dove al controllo della presenza *(time based monitoring)* viene sostituito il controllo del risultato *(results based monitoring).*

Nel mondo delle organizzazioni sanitarie, da sempre considerate come sistemi adattativi complessi ad alta affidabilità ed ultrasicuri e, ovviamente, «mission driven» perché centrate sugli obiettivi da raggiungere e non sulla semplice testimonianza dell'impegno erogato, questo cambiamento radicale di prospettiva in relazione agli obiettivi da raggiungere e ai diversi sistemi di controllo da adottare, è espresso chiaramente nella figura di F. Lega (2020) in cui si evidenzia, nei decenni, la successione e l'evoluzione degli obiettivi del sistema sanitario passato dalla ricerca prima della sola efficienza, poi dell'efficacia e, finalmente, dagli anni 2000 in poi della Qualità e degli esiti ovvero dal valore finale prodotto per i pazienti.



In questo modello l'enfasi sulla leadership, come l'insieme delle competenze trasversali che riguardano la gestione delle motivazioni e al contempo dell'innovazione e del cambiamento, aprono nuovi orizzonti per azioni concrete di bilanciamento tra vita lavorativa e vita privata, risultando contemporaneamente un modello vincente anche per quanto riguarda le imprese che riescono a diventare più competitive : la competitività di un'azienda riguarda, alla fine, anche la capacità di sviluppare e gestire modelli interni basati su reti organizzative estese originate sul territorio e organizzazioni vitali altamente reattive e adattive.

Ma quali sono gli elementi necessari per sviluppare questo cambiamento? Ne cito almeno tre: il ruolo del middle management, i modelli organizzativi adhocratici e la "value creation structure" ovvero la struttura che crea valore.

I middle manager (o "manager di livello intermedio") sono quei professionisti che ricoprono una posizione precisa tra la direzione aziendale (dirigenza strategica) e le linee operative.
Questi manager sono responsabili della supervisione e della gestione di gruppi di lavoro, implementando le strategie aziendali stabilite dalla leadership superiore e coordinando l'attività quotidiana dei team. In sostanza, i middle manager svolgono la funzione di “cinghia di trasmissione” fra obiettivi strategici definiti dalla Direzione aziendale e le attività di tipo programmatorio che dovrebbero raggiungere gli obiettivi attesi, fungono quindi da "ponte" tra i vertici e le attività quotidiane, assicurandosi che le decisioni strategiche vengano tradotte in azioni pratiche e che gli obiettivi aziendali vengano raggiunti.
Le loro responsabilità principali includono aspetti operativi diversi:

- gestione delle risorse umane: supervisionano e motivano i dipendenti, gestendo i conflitti, la formazione e la valutazione delle performance individuale e collettiva,
- implementazione delle strategie: traducono le strategie aziendali in obiettivi pratici per i team e monitorano i progressi,
- comunicazione: fungono da punto di contatto tra la direzione e i team operativi, garantendo che le informazioni fluiscano correttamente in entrambe le direzioni,
- controllo delle performance: monitorano i risultati dei team e adottano misure correttive se necessario,
- gestione dei progetti: pianificano e supervisionano progetti specifici, assicurandosi che vengano completati nei tempi e nei budget previsti, oltre al controllo regolare delle operazioni aziendali.

In sintesi, i middle manager sono cruciali per l'efficace funzionamento di un'organizzazione, poiché assicurano che la visione a lungo termine della Direzione strategica venga attuata attraverso la gestione quotidiana delle risorse, degli spazi, delle tecnologie e dei team.
Sono quindi l’elemento di controllo e monitoraggio dei due pilastri delle Aziende sanitarie ovvero le operazioni (processi) e i progetti, come evidenziato nella figura sottostante.



Chi sono, nelle organizzazioni sanitarie, i middle manager? Appartengono a 5 famiglie e a 12 profili professionali: Direttori di Dipartimento e delle Professioni sanitarie, Direttori di Presidio e di Distretto, Farmacisti ed Ingegneri clinici, Responsabili acquisti, Uffici tecnici, Sistemi Informativi e Direttori del personale, Risk Manager e RSPP. Perché sono diventati così strategici nelle Aziende sanitarie?
Perché negli anni abbiamo assistito al progressivo accorpamento delle Aziende sanitarie e ciò ha comportato il progressivo allontanamento della Direzione strategica dalle linee operative delle singole aziende.
Questo fattore ha generato la necessità di avere un diverso sistema di coordinamento e controllo in cui i manager intermedi hanno iniziato ad avere un diverso ruolo e una sempre più importante azione di valenza professionale e gestionale.
A loro progressivamente è stata demandata la funzione completa del controllo e del coordinamento nelle sue diverse articolazioni: supervisione diretta, adattamento reciproco, standardizzazione di processi, progetti

(output e conoscenze), piani, programmi e ruoli di coordinamento. Possiamo considerarli professionisti che detengono autorità formale e competenze professionali che permette loro di collegare il vertice strategico della Azienda al nucleo operativo avendo nuove funzioni quali la gestione diretta di processi e/o progetti, integrazione delle procedure e sviluppo di protocolli, coordinamento multidisciplinare ed utilizzo di piattaforme produttive.
Come possiamo strutturare meglio e in futuro questo ruolo così essenziale per le Aziende sanitarie?
Seguendo un modello tradizionale andando oltre le etichette che accomunano per valutare le specificità e i diversi fabbisogni manageriali, ovvero aumentando le formule normative con meccanismi operativi, contenuti, responsabilità e nuovi riconoscimenti, oppure andando verso la creazione di nuovi ruoli trasversali come la strutturazione di nuovi asset, percorsi, reti cliniche ma rafforzando sempre la capacità delle persone di esercitare la loro completa attività e la loro diretta responsabilità.
Parallelamente alla crescita dei middle manager negli ultimi anni le organizzazioni sanitarie hanno vissuto cambiamenti strutturali che, a mio parere, non sono stati adeguatamente compresi né governati. Perché tutto ciò è di importanza vitale nei prossimi anni?
Per una condizione di contesto che non è ancora stata sufficientemente ed adeguatamente governata ovvero le Aziende sanitarie, e non solo loro, stanno cambiando modificando la propria essenza strutturale.
Per decenni abbiamo considerato queste organizzazioni un esempio tipico di “burocrazia professionale” nella classificazione di Henry Mintzberg. In questo tipo di configurazione, adatta ad ambienti complessi ma relativamente stabili, è difficile il monitoraggio, è difficile il controllo effettivo da parte del vertice, permane l’assenza o carenza di precisi ed univoci parametri di valutazione: in pratica la burocrazia professionale non consente di essere rapidamente reattivi nei confronti dei cambiamenti e dell’innovazione.
Questo fattore associato alle attuali caratteristiche VUCA *(volatile, incerto, complesso e ambiguo)* del mondo sanitario, esplose ai tempi del Covid-19 ma già presenti tempo prima, obbligano un cambiamento strutturale verso forme organizzative di tipo “adhocratiche” ovvero più flessibili, dinamiche, adattative, proattive, agili e resilienti il che porta ad una elevata integrazione delle mansioni e delle diverse competenze professionali.
Questa configurazione organizzativa è adatta per le innovazioni delle «organizzazioni complesse» perché in grado di diffondere competenze diverse in gruppi di lavoro integrati e coordinati verso specifici obiettivi che possono cambiare anche rapidamente nel tempo (team di progetto).
Adhocratiche sono definite quelle strutture organizzative che si caratterizzano per una struttura più fluida, flessibile e decentralizzata rispetto alle organizzazioni tradizionali. Il termine "adhocrazia" ("adhocracy") si riferisce a un tipo di organizzazione che promuove l'innovazione, l'adattabilità e l'autonomia, con un basso livello di formalizzazione delle gerarchie e dei processi.
In un contesto sanitario, un'organizzazione adhocratica potrebbe essere applicata in ambienti dove è necessaria una rapida adattabilità, come nelle unità di emergenza, nei team multidisciplinari e multispecialistici (trapianti, cardiovascolare, …), quelli di ricerca o in altre situazioni in cui la risposta rapida e l'innovazione sono fondamentali: in questi contesti i membri dell'organizzazione, come medici, infermieri e tutti gli altri professionisti della sanità, lavorano in modo più autonomo e collaborativo per risolvere i problemi senza una rigida divisione dei compiti o un'autorità centrale eccessivamente vincolante e in grado di esercitare un rigido controllo formale.

Caratteristiche principali di un'organizzazione sanitaria adhocratica:

- flessibilità e adattabilità: le decisioni vengono prese rapidamente, con un alto grado di autonomia per i professionisti sul campo. La struttura è meno rigida, consentendo una rapida risposta ai cambiamenti, come nuove scoperte scientifiche o situazioni di emergenza,
- orientamento all'innovazione: un'organizzazione adhocratica promuove l'innovazione e la sperimentazione, creando un ambiente in cui le idee nuove possano emergere facilmente e venire applicate in modo pratico,
- comunicazione orizzontale interna ed esterna alla organizzazione: la comunicazione tende ad essere più diretta e orizzontale, piuttosto che verticale. I membri dell'organizzazione collaborano strettamente tra loro, senza dover passare attraverso lunghe gerarchie burocratiche, esistenza reale della “circolarità della informazione”,

- team di lavoro autonomi: i team (di processo o di progetto) sono autonomi e auto-organizzati, e i membri sono in grado di prendere decisioni operative in modo indipendente in base alle circostanze specifiche che si presentano,
- ruoli flessibili: i membri dell'organizzazione possono ricoprire ruoli che si evolvono in base alle necessità, senza essere confinati a mansioni troppo rigide o predefinite, con forme contrattuali nuove e diverse rispetto a quelle tradizionali e non più in grado di reggere la sfida della innovazione collegata a quella del benessere organizzativo,
- struttura decentralizzata: l'autorità e la responsabilità non sono centralizzate in un singolo punto dell'organizzazione, ma sono distribuite tra diversi livelli e team, in modo da migliorare la reattività e l'efficienza e, in ultima analisi, la performance individuale e collettiva della organizzazione stessa.

Appare chiaro il motivo della evoluzione verso forme sanitarie di organizzazioni adhocratiche, perché sono le uniche che permetteranno una veloce evoluzione/cambiamento/adeguamento che tenga unite le esigenze dei pazienti con quelle dello sviluppo tecnologico e del capitale professionale umano che è il vero patrimonio di queste organizzazioni.

Strettamente connessa a questo aspetto è la cosiddetta "struttura di creazione del valore" che si riferisce al sistema attraverso il quale un'organizzazione o un suo settore specifico genera valore per le parti interessate. Questa struttura coinvolge i processi, le risorse, le attività e le interazioni che conducono collettivamente alla fornitura di prodotti, servizi o risultati che sono preziosi per clienti, azionisti, dipendenti e altre parti interessate. In un contesto aziendale, la creazione di valore è spesso legata alla capacità di un'azienda di offrire prodotti o servizi che soddisfano le esigenze dei clienti, generano profitti e garantiscono la sostenibilità a lungo termine.

Nell'assistenza sanitaria, una struttura di creazione del valore comporta l'organizzazione di vari elementi per massimizzare i risultati sanitari, la soddisfazione dei pazienti e il rapporto costo-efficacia. Ma l'aspetto dirimente per la promozione di nuove organizzazioni del lavoro riguarda il tema della comunicazione, della leadership e della formazione aziendale.

Oggi permane una conflittualità latente che a volte accompagna l'adozione di misure organizzative di bilanciamento vita/lavoro per lavoratori con compiti di cura. Si tratta di processi che vanno guidati e affrontati con la realizzazione di percorsi di formazione e di comunicazione ad hoc, capaci al contempo di "rendere ragione" delle scelte aziendali e di promuovere una cultura "work-life balance" effettivamente conosciuta, condivisa e accettata.

Appare quindi necessario promuovere un'organizzazione del lavoro che si svincoli dalla nozione del "posto di lavoro": tempo pieno, uguale per tutti, uniforme e continuativo, compiti stabili e predefiniti (la mansione), luogo definito, avanzamento nel lavoro come progressione temporale lineare lungo la scala gerarchica dell'organizzazione (la carriera).

Questo modo di pensare e organizzare il lavoro per molti lavoratori non funziona più, per altri è diventato un vincolo difficilmente gestibile. Purtroppo, questa è oggi la fotografia di tantissime condizioni di lavoro nel mondo sanitario.

Una possibile risposta operativa, che raccolga tutto quanto espresso, viene dagli studi di Mario Del Vecchio che, nel Rapporto OASI del 2022, parla espressamente di uso dello "skill-mix change" ovvero le Aziende possono decidere di adottare diverse strategie di cambiamento dello skill-mix del personale sanitario, senza limitarsi alla ridefinizione dei confini interprofessionali in termini quantitativi. In particolare, si può arrivare ad usare questo approccio organizzato in quattro macrocategorie.

Una prima forma di skill-mix è rappresentata dalla possibilità di arricchire le mansioni svolte da una specifica categoria professionale *("enhancement", valorizzazione),* incrementandone il livello di responsabilità e autonomia nello svolgimento delle prestazioni. Si tratta, in altre parole, di ampliare i ruoli e le competenze di un particolare gruppo di lavoratori, richiedendo a un professionista di eseguire nuovi compiti che prevedono un livello di responsabilità superiore rispetto a quelli precedentemente svolti, rimanendo sempre all'interno del medesimo ambito disciplinare.

A livello intra-professionale è possibile attivare una seconda modalità di skill-mix change, che prevede lo spostamento delle responsabilità tra specifici gruppi all'interno della medesima professione *("delegation", delega*). In questo modo, l'Azienda sanitaria sceglie di delegare lo svolgimento di un compito all'interno dello stesso gruppo professionale.

In una concezione più tradizionale di skill-mix è possibile decidere di sostituire una tipologia di professionisti con un'altra (*"substitution", sostituzione*), allargando l'ampiezza del lavoro di un gruppo di operatori sanitari e modificando i confini tra gruppi professionali. In questa prospettiva interprofessionale, molti studi hanno esplorato ad esempio la possibilità di sostituire medici con infermieri nell'ambito delle cure primarie.
Da ultimo, un cambiamento nello skill-mix può essere generato al di fuori dell'attuale configurazione professionale attraverso la progettazione e creazione di ruoli e posizioni di lavoro che richiedono lo sviluppo di specifiche competenze professionali *("innovation", innovazione*).
In questo caso, non si tratta di incrementare le responsabilità di una figura professionale esistente (valorizzazione), spostare le responsabilità tra diversi soggetti all'interno del medesimo gruppo professionale (delega), oppure trasferire le responsabilità tra diversi gruppi (sostituzione), bensì reclutare e formare una figura professionale innovativa per gestire l'erogazione di uno specifico servizio sanitario (nuovo o esistente). In questo ambito rientrano anche il trasferimento di compiti standardizzati a non professionisti sanitari ("laicizzazione") o alle macchine (automatizzazione attraverso robotica e intelligenza artificiale).
L'obiettivo finale resta quello di sistematizzare le diverse pratiche di skill-mix adottate dalle Aziende sanitarie per affrontare l'evoluzione verso modelli di sanità integrata all'interno di quattro possibili scelte strategiche: valorizzazione, sostituzione, delega e innovazione, come è evidenziato nella Tabella sottostante.



In conclusione, alla luce dei vari aspetti evidenziati possiamo affermare che oggi è giunto il momento di porre rimedio, rapidamente e definitivamente a questa situazione di forte instabilità del SSN/SSR che ha la sua origine primaria nella "non ottimale" gestione delle risorse umane. Gli studi sul comportamento organizzativo, per la loro multidisciplinarietà, mostrano le categorie concettuali e gli strumenti metodologici per comprendere le determinanti del comportamento delle persone nelle organizzazioni. Le organizzazioni sanitarie sono uno dei più fertili campi d'indagine degli studi di comportamento organizzativo. Una gestione efficace del personale è essenziale per la competitività di un'organizzazione sanitaria e per l'importanza che le persone rivestono come principale risorsa per la sopravvivenza dell'organizzazione stessa. Le tematiche del comportamento organizzativo, quali motivazione, clima interno, benessere organizzativo, soddisfazione lavorativa e creatività, sono essenziali e con loro la loro conoscenza dei motivi per cui le persone si comportano in un certo modo nell'organizzazione e dei meccanismi di miglioramento delle prestazioni individuali e collettive. E una grande sfida e un grande progetto di miglioramento a cui tutti, nessuno escluso, dobbiamo tendere.
Quello di cui avremo, perciò, bisogno è di tante figure che Elio Borgonovi (2024) definisce "innovatori" … *persone che non si sentono eroi o persone che compiono gesti estremi per una nobile causa, ma si considerano persone disposte a vivere umilmente tutta la vita (non di rado in solitudine e criticate) per una nobile causa: il miglioramento della salute di centinaia e migliaia di pazienti. Le teorie sul cambiamento individuano quattro motivazioni principali: la necessità, la convenienza, la convinzione e l'emulazione. Il SSN del futuro ha bisogno, necessità, esigenza di tanti di questi innovatori che promuovano il cambiamento per convinzione e che propongano soluzioni «convenienti e convincenti» a chi vuole resistere al cambiamento.*

Ovviamente si dovrebbe sempre partire dalla considerazione dell'obiettivo delle azioni del SSN/SSR che restano quelle descritte in modo puntuale, forse profetico, da Mario Zanetti nel 1999: "*realizzare una politica sanitaria equa non significa garantire a tutti i membri della comunità pari opportunità di accesso a tutto ciò che è loro necessario per soddisfare qualsiasi bisogno espresso, quanto garantire a tutti pari opportunità di accesso rispetto a ciò che la comunità stabilisce di potersi permettere per soddisfare una quota prioritaria ed indispensabile di bisogni".*
Quello era e rimane ancora oggi il vero problema politico, tuttora non risolto dopo 26 anni, non essendo affrontabile e risolvibile esclusivamente con soluzioni tecnocratiche o burocratiche, come invece è stato fatto fino ad oggi.
Resta, quindi, sempre valido l'obiettivo del nostro SSN/SSR, ovvero dare esattamente quello che serve a ogni specifico paziente, niente di più e niente di meno.
Troveremo le risposte giuste dopo anni di attesa, perché appare evidente che il problema oggi non è decidere cosa fare, ma farlo e in tempi rapidi e con risorse limitate in un contesto professionale e organizzativo diventato complesso e stabilmente VUCA ovvero volatile, con un aumento esponenziale della velocità dei cambiamenti, incerto, con difficoltà di interpretazione della situazione attuale, degli obiettivi e dei ruoli futuri, complesso, con molteplici interrelazione dei fattori professionali e decisionali/gestionali ed, infine, ambiguo con mancanza di chiarezza e univocità nell'interpretazione degli eventi e degli scenari futuri.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=129217

quotidianosanità.it

Cittadino e programmazione sanitaria: divieto d'accesso (pare)

Claudio Maria Maffei

18 APR -
Gentile direttore,
da anni sto combattendo praticamente da solo una estenuante (anche per chi ha la pazienza di leggermi) battaglia per difendere la sanità pubblica della mia Regione, le Marche, da una vera e propria aggressione da parte di un programma di edilizia ospedaliera incoerente con le norme e insostenibile sul piano della gestione.
Il dato sintetico che meglio descrive questa aggressione è quello della previsione di 14 ospedali con DEA contro i 10 da DM 70, con quasi altrettanti cantieri tra tre interi ospedali nuovi da fare, sei nuove palazzine (chissà perché poi proprio delle palazzine) col nuovo DEA da fare e due ospedali nuovi da completare.
Cantieri che sono una vera goduria per la Giunta di centrodestra tra prime pietre e tagli di nastri nell'anno delle elezioni regionali. Il dato sintetico che meglio descrive l'impatto sui servizi ospedalieri di questa aggressione è il pieno di cooperative necessario per tenere in piedi gli attuali 13 DEA.
Da tecnico ho cercato di segnalare in tutti i modi queste criticità attraverso una pletora di interventi qui su Qs (che non finirò mai di ringraziare per la disponibilità ad ospitarli) e la partecipazione ad iniziative pubbliche promosse nella mia Regione. Le mie argomentazioni tecniche sono semplici: questa aggressione edilizia non è supportata da alcun atto programmatorio come se il DM 70 non esistesse.
Proprio su Qs ho segnalato come la vicenda del nuovo Ospedale di Pesaro potesse essere finalmente l'occasione per una verifica ministeriale del programma di edilizia ospedaliera delle Marche, visto che per quell'ospedale era prevista la sottoscrizione di un Accordo di Programma coi Ministeri della Salute e della Economia e delle Finanze previa valutazione del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici del Ministero della Salute. In un successivo intervento ho raccontato della mia delusione e sconcerto quando in un recente atto della Regione Marche ho letto che "A seguito dell'istruttoria della documentazione trasmessa, nonché a seguito di ampio confronto e approfondimento nelle sedute del Nucleo del 22 ottobre

2024 e 20 gennaio 2025, nonché nell'incontro con i referenti regionali tenutosi il 21 novembre 2024 e della documentazione trasmessa dalla Regione Marche con nota prot. n. 1517277 del 02/12/2024, il Nucleo, all'unanimità, ha espresso parere favorevole con la sola prescrizione di adottare un atto formale che impegni la Regione al completamento dell'opera e all'utilizzo della relativa fonte di finanziamento."
Ho allora inoltrato alla competente Direzione del Ministero una istanza di accesso agli atti cui è arrivata ieri la risposta che mi ha fatto entrare in un gorgo di burocratese che sintetizzo: "Con riferimento all'istanza di accesso agli atti… si comunica il differimento della valutazione dell'ammissibilità dell'accesso, in quanto, … (aggiungo io: i documenti richiesti) sono atti endoprocedimentali di un procedimento amministrativo ancora in corso di definizione." Fin qui mi si dice che i lavori sono in corso e quindi debbo aspettare. Ma la parte inquietante, non solo per me ritengo, è quella che segue: "Ciò posto, si rappresenta, sin d'ora, che la documentazione amministrativa oggetto dell'istanza è finalizzata all'adozione di atti di pianificazione e programmazione, fattispecie regolata dall'art. 24 della legge n.241/90, comma 1, lett. c) che dispone l'esclusione del diritto di accesso *"nei confronti dell'attività della pubblica amministrazione diretta all'emanazione di atti normativi, amministrativi generali, di pianificazione e di programmazione, per i quali restano ferme le particolari norme che ne regolano la formazione")…* Pertanto, si procederà a valutare l'eventuale ostensibilità degli atti di cui alla documentazione sopra descritta."
Proviamo a ricapitolare. La Regione Marche disattende il DM 70 senza che nessuno a livello centrale controlli, investe centinaia di milioni di euro di soldi pubblici su un programma di edilizia sanitaria incoerente con le norme e insostenibile sul piano della gestione e chiede ai Ministeri l'autorizzazione a procedere per uno specifico intervento dentro questo quadro. Il competente Nucleo di valutazione ministeriale secondo la Regione Marche esprime un parere che non ha praticamente nulla da eccepire sul piano programmatorio e il Ministero al cittadino che chiede di accedere alla documentazione su questa vicenda risponde citando una norma secondo cui non può farlo.
Sintesi finale: dagli atti e dai documenti cui ho potuto accedere risulta con certezza che la Regione Marche non ha fatto una programmazione ospedaliera e di edilizia ospedaliera tenendo conto delle "particolari norme che ne regolano la formazione" (come dice la norma citata dal Ministero stesso). Però sembra (sottolineo: sembra) che chi a livello ministeriale sul rispetto di queste norme dovrebbe vigilare non lo faccia e sembra che il cittadino su questo non possa fare verifiche. Io rispettosamente, ma fermamente, non lo ritengo giusto.
Buona Pasqua a tutti.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=129188

Comunità, solitudini e salute

Convegno “Comunità, solitudini e salute”, 19 giugno 2025,

presso DiSSE, Dipartimento di Scienza Sociali ed Economiche, Università “Sapienza”,
Via Salaria n. 113, Roma

Razionale

La solitudine è un fenomeno sociale e psicologico sempre più diffuso nella società contemporanea. Con l’urbanizzazione, la digitalizzazione delle relazioni e l'aumento del numero di persone che vivono da sole, il senso di isolamento è diventato una questione di salute pubblica. La comunità, d’altro canto, rappresenta uno dei principali antidoti alla solitudine, fornendo supporto emotivo, sociale e pratico

L’uomo è un animale sociale

Nel corso della sua evoluzione, l’uomo ha sviluppato un comportamento collettivo basato su relazioni interpersonali complesse e articolate. Ha sviluppato una straordinaria capacità di interagire con il proprio ambiente, utilizzando risorse cognitive ed emozionali al servizio di una mente sociale che gli conferisce la capacità di capire e interagire con i suoi simili dotati di una mente e una intenzionalità simile alla sua. Il fine è quello di consentire una migliore sopravvivenza e l’evoluzione stessa.

L’isolamento sociale proxy della solitudine e di malattie biopsicologiche

Il ritiro sociale o l’impossibilità di passare del tempo con le altre persone rappresentano una caratteristica di parecchi disturbi psichici, a dimostrazione del fatto che l’inter-relazione è una peculiarità dell’essere umano. In particolare, molte evidenze scientifiche mostrano come l’isolamento sociale abbia ripercussioni negative per l’invecchiamento in salute. Numerosi studi hanno dimostrato che l’isolamento sociale può avere conseguenze paragonabili al fumo di 15 sigarette al giorno in termini di impatto sulla mortalità.

Il ruolo delle “comunità”

Le comunità svolgono un ruolo cruciale nel mitigare la solitudine e promuovere il benessere. Una comunità forte e coesa fornisce supporto emotivo, opportunità di socializzazione e un senso di appartenenza che può contrastare l’isolamento. Le comunità offrono un ambiente in cui le persone possono condividere esperienze, emozioni e difficoltà. Avere qualcuno con cui parlare e confrontarsi riduce lo stress e rafforza il senso di connessione. Le iniziative comunitarie possono incentivare stili di vita sani attraverso programmi di attività

fisica, alimentazione equilibrata e gestione dello stress. La condivisione di buone pratiche all'interno della comunità aumenta la consapevolezza sui benefici della socializzazione per la salute.
Investire nella costruzione di comunità forti e inclusive non solo riduce la solitudine, ma contribuisce anche a creare una società più resiliente e solidale. Attraverso politiche mirate, iniziative locali e una maggiore consapevolezza sull'importanza delle relazioni sociali, è possibile contrastare l'isolamento e favorire una migliore qualità della vita per tutti.

La "comunità" nei nuovi modelli operativi nel PNRR in Italia

La Missione 6 del PNRR mira a potenziare il sistema sanitario nazionale, promuovendo l'integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali e adottando un approccio basato sulla medicina di popolazione e sulla sanità di iniziativa. In particolare, nella Componente 1, che si focalizza sul rafforzamento dell'assistenza sanitaria territoriale e sulla promozione di modelli innovativi di organizzazione e gestione dei servizi sanitari si fa riferimento a:

- La *Medicina di Popolazione,* per promuovere la salute della popolazione di riferimento, attraverso l'utilizzo di modelli di stratificazione ed identificazione dei bisogni di salute basati sull'utilizzo di dati;
- La *Sanità di Iniziativa,* per gestire le malattie croniche, modello fondato su un'assistenza proattiva all'individuo dalle fasi di prevenzione ed educazione alla salute fino alle fasi precoci e conclamate della condizione morbosa;
- La *Stratificazione della Popolazione,* per profili di rischio, attraverso algoritmi predittivi, per differenziare le strategie di intervento per la popolazione e per la presa in carico degli assistiti sulla base del livello di rischio, di bisogno di salute e del consumo di risorse;
- Il *Progetto di Salute,* quale strumento di programmazione, gestione e verifica; associato alla stratificazione della popolazione e alla classificazione del *"bisogno di salute*" indentificando gli standard essenziali delle risposte cliniche socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative

La "comunità" come habitat delle relazioni sociali e di cura.

I previsti Ospedali e Case di *"comunità"* hanno bisogno di comunità "*organizzate, proattive, partecipi, inclusive*" e di reti di servizi sanitari, sociosanitari e sociali che si integrano su obiettivi di salute condivisi.
Il coinvolgimento dei pazienti e dei cittadini sta mettendo radici in una serie di organizzazioni sanitarie come mostrano numerose esperienze a livello internazionale, nazionale e regionale.
Le competenze locali stanno crescendo, così come la comprensione degli elementi chiave che facilitano la creazione di organizzazioni capaci di coinvolgimento a livello delle singole comunità.
La *"comunità*", in quanto tale, quando esiste realmente ed è proattiva, è sede delle relazioni di cura, genera energie e opportunità a supporto del singolo, include ed aiuta, garantisce la sostenibilità dei servizi e li implementa, previene le fragilità, combatte le solitudini proxy di fragilità, cronicità e patologie legate al disadattamento sociale in particolare nei giovani.

La "comunità" come "ecosistema" …

Nel settore sanitario una prospettiva ecosistemica prevede la partecipazione di molteplici parti interessate e, primi fra tutti, i pazienti e i cittadini e ci ricorda che l'assistenza sanitaria, nella sua essenza, riguarda le relazioni tra le persone. Questa prospettiva evidenzia anche l'idea che queste relazioni interagiscono con, e sono influenzate da, il loro ambiente (ad esempio, comunità, ambienti economici e politici, organizzazioni e sistemi sanitari).
A livello individuale, tutti i partecipanti devono scoprire e sviluppare le proprie competenze, abilità e risorse, e metterle a fattore comune in relazioni produttive con persone che hanno interessi, conoscenze e prospettive diverse.

Una esperienza di comunità attiva e di medicina di comunità in UK.

Frome è una cittadina del Regno Unito nella regione del Somerset, di circa 30.000 abitanti. Con il sostegno delle autorità locali e dell'NHS, la Dr.ssa Kingston recluta gruppi di volontari suddivisi in due categorie: gli "*health connectors*", che aiutano i pazienti nella pianificazione ed attuazione delle cure e, cosa ancora più interessante, addestra dei "*community connectors".* Questi ultimi iniziano ad offrire un diverso tipo di

supporto, prevalentemente economico e sociale; si pongono, infatti come intermediari per la risoluzione di problematiche economiche od abitative, oppure aiutano gli individui con malattie croniche ad entrare a far parte di circoli sportivi, letterari, cori o gruppi musicali. Favoriscono, in buona sostanza, la loro piena reintegrazione nel tessuto sociale di Frome.
Altre città in Gran Bretagna e altre più lontane, come in Svezia, in Australia, in Nuova Zelanda e in Colombia stanno studiando l'esperienza di Frome e sperano di emulare il suo successo nel ridurre, tra l'altro, i ricoveri ospedalieri d'urgenza, risultato molto interessante in un periodo di costi sanitari in aumento.
Un aspetto speciale dell'esperienza di Frome è aver ideato il ruolo dei "*connettori di comunità*", di cui solo 8 pagati, che a loro volta hanno formato ulteriori 1140 "*connettori di comunità*" volontari. Proprietari di bar, tassisti e altri residenti comuni hanno imparato come consigliare i loro amici e vicini sui gruppi e servizi della comunità che spesso sono sottoutilizzati per il semplice motivo che le persone non sanno che esistono.

Esperienze nel mondo

Diverse iniziative nel mondo dimostrano l'efficacia del coinvolgimento della comunità nella progettazione dei servizi sanitari. Alcuni esempi significativi includono:

- Progetti di Sanità Partecipativa in Africa, in Paesi come il Kenya e l'Uganda, la sanità partecipativa ha portato alla creazione di cliniche mobili e programmi di prevenzione per malattie infettive, grazie al coinvolgimento diretto delle comunità locali.
- -*Community Health Workers* negli Stati Uniti. In molte città americane, operatori sanitari di comunità sono stati formati per fornire assistenza e orientamento ai cittadini, migliorando l'accesso alle cure per le fasce più vulnerabili.
- Bilanci Partecipativi per la Salute in Europa. Alcune città europee, come Barcellona e Parigi, hanno implementato bilanci partecipativi in cui i cittadini possono decidere come allocare parte del budget sanitario locale.

Esperienze in Italia

A Roma un progetto denominato "*Anziani in centro*", promosso da Comunità di "*S. Egidio*", Charitas Diocesana, Servizi sociali del Municipio Roma 1 (centro storico), Servizi sociosanitari del Distretto 1 della ASL Roma 1, e associazioni di cittadini, cooperative sociali e terzo settore sta tenendo sotto osservazione attiva alcune migliaia di over75 soli, abitanti nei Rioni del Centro Storico.
I risultati sono simili a quelli di Frome in quanto a riduzione di ricoveri ospedalieri, di diagnostica impropria e di consumo dei farmaci.
In Toscana abbiamo esperienze di Case della Salute, poi diventate Case di Comunità con un forte contributo delle comunità locali e delle loro forme associative e istituzionali. Anche le Società della Salute, dove sono riuscite a decollare, danno un contributo di integrazione sociosanitaria e sociale e agganciano i soggetti delle filiere assistenziali presenti nei territori di riferimento a Piani di Salute, Piani di Zone Piani Territoriali condivisi.
In Emilia a Piacenza e Parma si sono sviluppate esperienze di comunità proattive, di medicina del territorio, proattiva e di comunità con il coinvolgimento di MMG, PLS e operatori sociali. Lo stesso in Romagna.
In Veneto a Padova sono in corso delle esperienze di medicina di comunità e proattiva.
Esperienze sono in divenire anche in Sardegna, in Campania, nel Lazio e in Puglia.
Ogni realtà ha le sue specificità e caratteristiche che sono una ricchezza del tessuto sociale di nostri territori.

Avviare un confronto a livello UE.

In Spagna e in Portogallo sono in corso esperienza simili alle nostre di uscita da modelli organizzativi a "silos" e di medicina d'attesa verso modelli di medicina proattiva e di comunità. Anche in Francia nelle singole Regioni si stanno avviando sperimentazioni. Serve un confronto di esperienze, uno scambio di modelli operativi e una valutazione condivisa delle evidenze e dei risultati sanitari, sociali, economici.
Il coinvolgimento delle comunità nella progettazione dei servizi sanitari è una strategia fondamentale per garantire un sistema sanitario più equo, efficace e sostenibile. Sebbene vi siano ostacoli da superare, i benefici in termini di accessibilità, fiducia e qualità delle cure giustificano l'adozione di approcci partecipativi.
Le istituzioni sanitarie devono investire in strumenti e strategie che favoriscano il dialogo con le comunità, promuovendo un modello di sanità centrato sulle persone. Solo attraverso una collaborazione attiva tra

cittadini e professionisti della salute sarà possibile costruire servizi sanitari realmente rispondenti alle esigenze della popolazione
Un movimento di operatori sanitari, socio sanitari, sociali, comunità, terzo settore, volontariato può essere un contributo decisivo per dare concretezza ed attuazione agli obiettivi del PNRR e dare forza alle istituzioni dei territori per una loro operatività reale. Stiamo parlando di universalismo, equità appropriatezza, efficacia, efficienza e solidarietà inclusione, socialità…. non è poco.

Giornata di confronto in sessione plenaria la mattina e laboratori il pomeriggio, da definire in un prossimo webinar con i partecipanti il 23 aprile p.v. ore 15,00.

Promotori dell'evento:

- WHO, European Office for Investment for Health and Development, Venezia,
- WONCA Europe Special Interest Group on Social Prescribing and Community Orientation,
- ASIQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale, Roma,
- Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie/Libro Azzurro;
- DiSSE, Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche, Università "Sapienza", Roma,
- Master MIAS. Management e Innovazione nelle Aziende Sanitarie, DiSSE, Univ. Sapienza", Roma,

Adesioni richieste tramite WHO e WONCA:

- Esperienze da Inghilterra,
- Esperienze dalla Scozia,
- Esperienze da Finlandia,
- Esperienze dal Belgio,
- Esperienze dall'Olanda,
- Esperienze da Spagna,
- Progetti UE, WHO UE e WONCA.

Adesioni in Italia in corso di definizione:

- AGENAS, Roma;
- UOC Qualità ISSS, Roma,
- MES, Laboratorio di Management Sanitario ISSSU "*S. Anna"* di Pisa,
- Istituto "*Mario Negri*" Milano,
- ASL 4 Liguria, Progetto Neirone, Tigullio, Liguria;
- Cittadinanzattiva, Roma,
- CSV net nazionale;
- CREA Sanità, Roma;
- ASP di Trento;
- Associazione "*Prima La Comunità*" di Milano
- Associazione "*Keiron"*, Padova,
- "*Punti di Comunità ",* Brescia;
- "*Rete Cibo Brescia - Conta su di noi* ", Brescia;
- Regione Emilia Romagna, Settore Assistenza territoriale, Bologna,
- AUSL di Bologna,
- SPI CGIL Toscana,
- CSV Toscana,
- Comunità del Mugello;
- CSV Lazio,
- Dipartimento di scienze Sociali, Università di Cassino,
- Fondazione REIS, Roma,
- Associazione "*L'Altrasanità"*, Roma,

- "*La Bottega del Possibile*" di Torino
- *"Punti Comunità"* di Parma
- Associazione APRIRE,
- E altre in corso di formalizzazione ...

Riferimenti e contatti organizzazione:
Giorgio Banchieri giorgio.banchieri@gmial.com
Andrea Vannucci andreagg.vannucci@gmail.com
Laura Franceschetti laura.franceschetti@uniroma1.it

Format per presentazione di progetti al Convegno

Convegno "Comunità, solitudini e salute", 19 giugno 2025,
DiSSE, Dipartimento di Scienza Sociali ed Economiche, Università "Sapienza",
Via Salaria n. 113, Roma

Titolo del progetto (*con eventuale riferimento spazio web*)
Localizzazione del progetto (*regione, città, ecc.*)
Referente (*nominativo, afferenze, cellulare, email*)
Rete di partenariato (*Istituzione/Ente promotore, Soggetti pubblici/privati coinvolti, tipo il Partenariato di Progetto*) - Massimo 500 caratteri

Intenti (*Obiettivi generali e obiettivi specifici)* - Massimo 800 caratteri
.
Descrizione del progetto *(data avvio - oggetto - destinatari - principali iniziative - metodologie - promozione)* - Massimo 2.000 caratteri
Stato avanzamento del progetto - Massimo 500 caratteri
.
Risultati attesi e/o raggiunti - Massimo 500 caratteri
.
Parole chiave (5 keyword)
• • • • •

Da inviare all'account: mastermiasdirezione@uniroma1.it.

quotidianosanità.it

Papa Francesco e la “cura dell’altro”: sanità, salute, presa in carico e compassione nelle encicliche del suo pontificato

Giovanni Rodriquez

Papa Francesco ha sempre affermato con forza: la salute non può essere un privilegio. La sua visione rifiuta la logica del profitto e del mercato applicata al corpo umano. L’assistenza sanitaria deve essere pubblica, equa, accessibile a tutti, e ogni esclusione è una ferita alla fraternità universale. È un tema che ricorre nelle sue encicliche, nei messaggi per la Giornata Mondiale del Malato e nelle numerose udienze con operatori sanitari.

In un tempo in cui la salute è al centro delle preoccupazioni globali — tra crisi sanitarie, disuguaglianze e nuove sfide ambientali — Papa Francesco ha delineato, attraverso le sue encicliche, un pensiero profondo e coerente sul senso del prendersi cura dell’altro. Non solo dal punto di vista spirituale, ma anche umano, sociale e persino politico. Le sue parole toccano la sanità come sistema, ma soprattutto la salute come diritto e bene comune, e la cura come atto fondamentale di fraternità.

Nella sua enciclica ***Fratelli tutti*** *(2020)*, Papa Francesco affida al Buon Samaritano la missione di essere figura guida del nostro tempo. Non è solo un racconto evangelico, ma un paradigma per ogni società che voglia dirsi umana: “In ogni momento della storia, ci troviamo di fronte alla scelta di essere passanti distratti o prossimi premurosi.” Con questa immagine potente, il Papa denuncia un mondo che spesso ignora il dolore altrui e invita a una sanità che non sia solo gestione di strutture e risorse, ma luogo di prossimità, accoglienza e giustizia. Una sanità che sappia accogliere i migranti, i poveri, i malati cronici, senza trasformarsi in sistema escludente.

In ***Laudato si’*** *(2015)*, Francesco porta l’attenzione sull’ecologia integrale: non c’è salute umana senza salute della Terra. L’inquinamento, il degrado urbano, la mancanza di accesso all’acqua e a cibo sano sono, per il Pontefice, ferite alla dignità e alla salute dell’uomo, soprattutto dei più vulnerabili.
“L’ambiente umano e l’ambiente naturale si degradano insieme.” Una denuncia che mette in discussione i modelli economici predatori e invita anche i professionisti sanitari a prendere parte attiva nella difesa del creato, perché ogni malattia sociale o ecologica si riflette nel corpo e nell’anima delle persone.

Papa Francesco ha più volte ribadito, dentro e fuori le encicliche, il valore della professione medica come vocazione. Non semplice esercizio tecnico, ma missione di prossimità. Nella recente ***Dilexit nos*** *(2024)*, riflettendo sull’amore che salva, il Papa parla della cura come espressione concreta dell’amore cristiano: “L’amore che guarisce è quello che si fa carne, che non fugge di fronte alla fragilità altrui.” Medici, infermieri, psicologi e tutti coloro che lavorano nella sanità diventano così testimoni della compassione, chiamati a non cedere alla burocrazia né alla freddezza della routine, ma a preservare uno sguardo umano sul paziente, sempre.
Francesco lo afferma con forza: la salute non può essere un privilegio. La sua visione rifiuta la logica del profitto e del mercato applicata al corpo umano.
L’assistenza sanitaria deve essere pubblica, equa, accessibile a tutti, e ogni esclusione è una ferita alla fraternità universale. È un tema che ricorre nelle sue encicliche, nei messaggi per la Giornata Mondiale del Malato e nelle numerose udienze con operatori sanitari.
La fede, conclude Papa Francesco in ***Lumen fidei*** *(2013)*, apre alla relazione e all’incontro: non si può credere senza amare, e non si può amare senza curare. La salute, nel pensiero del Pontefice, non è solo assenza di malattia, ma pienezza di vita, che si costruisce nella cura reciproca, nell’ascolto, nella giustizia. Un pensiero che interpella credenti e non credenti, medici e politici, pazienti e cittadini. Perché, in fondo, la vera guarigione comincia dal riconoscere il volto dell’altro come fratello.

https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=129215

ACADEMIA
MENTAL HEALTH &
WELL-BEING

Research Article
Published: 2025-01-31
https://doi.org/10.20935/MHealthWellB7496

Perceived loneliness during COVID-19 and young adult mental well-being: testing socioeconomic status as a moderator

Falescia Matlock[1,*], Michael Langlais[2]

Solitudine percepita durante il COVID-19 e benessere mentale dei giovani adulti: testare lo status socioeconomico come moderatore

Riassunto

Attualmente non è noto in che modo la solitudine percepita durante la pandemia di COVID-19 sia stata associata alla salute mentale degli adulti emergenti e se lo status socioeconomico (SES) abbia moderato questa relazione.

La teoria dello sviluppo psicosociale afferma che gli adulti emergenti vivono un conflitto psicologico – intimità contro isolamento – in cui l'obiettivo è la ricerca di connessioni; senza connessioni, gli adulti emergenti sono inclini a sperimentare problemi di salute mentale.

Questi problemi possono essere esacerbati per coloro con un SES inferiore. Lo scopo di questo studio era di esaminare gli effetti delle linee guida percepite sul distanziamento sociale sulla salute mentale degli adulti emergenti e se questa relazione sia moderata dallo SES.

Questo studio ha seguito un disegno quantitativo trasversale in cui gli adulti emergenti (di età compresa tra 18 e 25 anni; M = 20,13, DS = 1,61) hanno completato un sondaggio online (N = 103) riguardante il loro benessere, la solitudine percepita e lo SES. I dati sono stati analizzati utilizzando analisi di regressione.

I risultati hanno rivelato che la solitudine percepita era associata a livelli inferiori di benessere (maggiori sintomi depressivi, ansia e stress), ma il SES non ha moderato questa relazione.

Le esperienze di solitudine percepita non variavano in base al SES, poiché molti individui hanno lottato con l'isolamento sociale durante la pandemia di COVID-19, indipendentemente dalla loro situazione finanziaria.

1. Introduzione

Il COVID-19 è comparso per la prima volta nel dicembre 2019 a Wuhan, in Cina. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito l'epidemia di questa malattia una pandemia globale [1].

Per ridurre la diffusione del COVID-19, il governo degli Stati Uniti ha emanato linee guida sul distanziamento sociale che hanno costretto organizzazioni e scuole a far rispettare normative come il lavoro da remoto o da casa [1].

Questa modifica ha costretto le organizzazioni a licenziare dipendenti non essenziali [2] e le scuole a chiudere. Queste linee guida hanno anche limitato tutti gli assembramenti sociali in luoghi pubblici, come chiese, scuole e lavori non essenziali, il che ha significato che molte persone sarebbero state isolate dalla loro rete sociale, inclusi amici, colleghi e familiari.

Sebbene l'isolamento fosse necessario, è importante comprendere l'impatto delle linee guida sul distanziamento sociale sul benessere mentale dei giovani adulti.

La relazione tra isolamento e benessere mentale può essere diversa per le persone con uno status socioeconomico (SES) inferiore, che potrebbero aver avuto ancora meno opportunità di socializzare con gli altri.

L'obiettivo di questo studio è quello di analizzare la relazione tra le linee guida sul distanziamento sociale relative al COVID-19 e il benessere mentale degli adulti emergenti, e in che misura lo SES abbia contribuito a questa relazione.

1.1. Revisione della letteratura

Molte persone hanno avuto difficoltà con il proprio benessere all'inizio della pandemia. Durante questo periodo, è stato chiesto loro di ridurre al minimo le riunioni sociali e di interrompere tutte le attività sociali [3]. La riduzione delle interazioni sociali ha portato a un aumento dell'ansia, dei sintomi depressivi, dei problemi emotivi, dei problemi finanziari e a un aumento del rischio di suicidio [4–7].

Inoltre, le persone con uno status socioeconomico basso sono state lasciate senza le risorse necessarie, in alloggi sovraffollati e impiegate in professioni che non offrivano opportunità di lavoro da casa [8]. Gli individui con un basso status socio-economico (SES) hanno anche subito sfratti, sfollamenti e problemi di salute pubblica [9].

Esiste un supporto teorico secondo cui l'isolamento dovuto al COVID-19 ostacolerebbe il benessere mentale dei giovani adulti. La teoria psicosociale di Erik Erikson [10]

propone otto fasi di sviluppo che includono le esperienze sociali che gli individui incontrano durante la loro vita quando affrontano un conflitto psicosociale. Nella fase di intimità e isolamento, che si verifica nella prima età adulta, gli individui iniziano a sperimentare relazioni intime che possono o meno sfociare in un impegno duraturo.

Quando si verifica un'interruzione o un rifiuto delle relazioni impegnate, possono sentirsi soli, depressi o isolati.

L'isolamento sociale è considerato un fattore di stress che, anche in assenza di crisi, può influire negativamente sul benessere mentale poiché interrompe lo sviluppo dell'intimità. Waterman [11] ha affermato che se una fase non viene superata, l'individuo potrebbe non affrontare le sfide della fase successiva, il che ostacola il futuro Sviluppo [12]. L'interruzione della fase di intimità e isolamento

ostacolerà le connessioni di cui i giovani adulti hanno bisogno, il che probabilmente inibirebbe la salute psicologica [13].

Questa logica teorica è supportata da dati empirici. Ad esempio, l'OMS ha scoperto che le misure di distanziamento sociale, come l'autoisolamento e la quarantena, potrebbero compromettere il benessere mentale

[14]. L'OMS ha affermato che il COVID-19 ha causato l'isolamento delle persone da amici e familiari, impedendo loro di partecipare alle attività quotidiane. Cullen et al. [15] hanno affermato che durante una pandemia, ci si aspetta che le reazioni psicologiche degli individui determinino l'insorgenza di sofferenza mentale e disfunzione sociale. Hanno anche scoperto che comportamenti disadattivi, tensione emotiva e reazioni difensive sono le reazioni psicologiche allo stress correlato al COVID-19.

La pandemia ha avuto un impatto significativo sul benessere mentale degli adulti emergenti [16].

È stato riportato che gli adulti emergenti sono portatori asintomatici del virus e hanno meno ricoveri ospedalieri a causa del COVID-19 rispetto alle fasce di età più anziane. In termini di benessere mentale degli adulti emergenti, Germani et al. [16] hanno riscontrato che gli adulti emergenti nutrivano preoccupazioni circa la prevedibilità e l'affidabilità delle loro relazioni attuali e future.

Inoltre, i giovani adulti percepivano una mancanza di capacità di autogovernarsi, gestire e adattare i propri comportamenti alle regole della pandemia [16]. Inoltre, Ohannessian et al. [17] hanno descritto che gli individui che erano lavoratori necessari – per lo più adulti emergenti – hanno visto le loro ore di lavoro prolungate a causa delle loro più forti risposte alla salute. Altri hanno avuto le loro ore ridotte o sono stati licenziati [17].

Questi fattori occupazionali hanno contribuito al cattivo benessere mentale degli adulti emergenti. Le linee guida restrittive sono state un altro fattore che ha danneggiato gli adulti emergenti. Zhoa et al. [18] hanno affermato che l'adesione a rigide restrizioni ha esacerbato i problemi di salute mentale, ma i meccanismi alla base del declino del benessere non erano chiari. Secondo Ohannessian et al. [17], così come ribadito da Germani et al. [16], il benessere degli adulti emergenti è probabilmente instabile a causa dei cambiamenti nelle loro vite, inclusi il lavoro, le relazioni e la formazione dell'identità, una combinazione che promuove lo stress e spesso la psicopatologia.

Inoltre, è stato riscontrato un forte aumento della solitudine durante la fase acuta della pandemia, verificatasi tra la fine di marzo e maggio 2020.

Entro due mesi dalla dichiarazione della pandemia, gli adulti emergenti hanno iniziato a segnalare livelli più elevati di sintomi depressivi, ansia e disturbo da stress post-traumatico rispetto a quelli precedenti alla

pandemia [19]. Durante la quarantena forzata, i giovani adulti di età compresa tra 21 e 31 anni hanno manifestato alti livelli di sintomi depressivi, ansia e sintomi da stress traumatico [19].
L'aderenza dei giovani adulti alle norme di distanziamento sociale e alle misure sanitarie (vaccinazioni), nonché il modo in cui hanno gestito la paura del contagio e della perdita, è stata fortemente influenzata dal loro benessere mentale [15].
Secondo Cullen et al. [15], le reazioni degli adulti alle politiche di sanità pubblica includevano comportamenti psicologici negativi come difficoltà comportamentali, sofferenza emotiva e risposte difensive.
Sebbene gli studi abbiano collegato la pandemia al benessere mentale, si comprende meno come la pandemia e le politiche associate abbiano avuto un impatto sul benessere.
Alcuni individui hanno ipotizzato che si sia trattato di isolamento, ma sono necessarie ulteriori ricerche per confermare questa affermazione. Sulla base delle prove discusse, proponiamo la seguente ipotesi:
H1: La solitudine percepita associata alla pandemia sarà positivamente correlata ai sintomi depressivi, all'ansia e allo stress degli adulti emergenti.

1.2. Status socioeconomico e COVID-19

Lo status socioeconomico è un altro fattore da considerare nella valutazione del benessere mentale durante la pandemia. Si presume che l'accesso al capitale finanziario, al capitale umano e al capitale sociale influenzi la salute e il benessere [20]. Lo status socioeconomico viene quantificato in tre modi: deprivazione familiare, livello di istruzione e livello occupazionale [20].
Viene calcolato utilizzando il livello di istruzione degli adulti, il tasso di disoccupazione e il numero di persone che vivono in alloggi in affitto. Inoltre, la ricerca ha dimostrato che lo status socioeconomico è associato al benessere fisico e mentale di un individuo, nonché alle conseguenze sociali ed emotive dall'infanzia alla maturità [20, 21].
Inoltre, la pandemia ha causato cambiamenti significativi nello status socioeconomico di molti individui. Ad esempio, la perdita del lavoro a causa di tassi di disoccupazione estremamente elevati, nonché le difficoltà economiche per inquilini e proprietari di case, hanno portato a sfratti durante la pandemia [9].
La disoccupazione tra le persone con un diploma di scuola superiore o inferiore ha raggiunto il massimo storico del 12%.
Il tasso di disoccupazione per coloro che hanno una laurea triennale o superiore è aumentato del 5,5%. Benfer e colleghi [9] hanno scoperto che queste difficoltà erano particolarmente diffuse tra i membri di gruppi minoritari e comunità a basso reddito.
Le comunità a basso reddito e appartenenti a minoranze, già economicamente emarginate, erano vulnerabili a ulteriori difficoltà economiche a causa della pandemia. Secondo Benfer et al. [9], gli sfratti e gli sfollamenti sono pericolosi sia per i singoli individui che per la salute pubblica. Durante la pandemia, gli sfratti e gli sfollamenti hanno costretto alcune persone a trasferirsi insieme ad altre (ad esempio, condividendo la casa con altri membri della famiglia), con conseguente sovraffollamento e diffusione del COVID-19 [9].
Lo sfratto, combinato con risorse economiche basse o nulle, potrebbe limitare l'accesso all'assistenza sanitaria e la possibilità di aderire alle restrizioni legate al COVID-19, come il distanziamento sociale, l'auto-quarantena o le normali abitudini igieniche [9]. Lo sfratto e le relative comorbilità erano più comuni tra le popolazioni minoritarie (afroamericani, ispanici/latini e indigeni americani).
Infatti, gli afroamericani avevano una probabilità 2,1 volte maggiore di morire di COVID-19 rispetto ai bianchi non ispanici, agli ispanici e agli indigeni americani, e 3 volte maggiore rispetto ai bianchi [9]. In sostanza, i gruppi minoritari erano a rischio di subire le conseguenze della pandemia di COVID-19 a causa del loro background socioeconomico.
I gruppi con un basso livello socioeconomico hanno famiglie numerose, orari di lavoro rigidi e sono soggetti a disuguaglianze strutturali nei luoghi di lavoro e nelle comunità. Inoltre, gli afroamericani e gli ispanici avevano maggiori probabilità di contrarre il virus e di richiedere il ricovero ospedaliero rispetto ai bianchi.
L'OMS riteneva che le differenze razziali negli esiti della pandemia fossero causate da svantaggi socioeconomici che esponevano le persone a basso reddito a un rischio maggiore di infezione.
Secondo Little et al. [22], le persone provenienti da famiglie a basso reddito avevano maggiori probabilità di lavorare come lavoratori essenziali, il che le costringeva a lavorare fuori casa in posizioni senza congedo per

malattia. Inoltre, questi lavoratori vivevano probabilmente in case multigenerazionali, solitamente sovraffollate [22].
A causa del COVID-19, le popolazioni minoritarie hanno dovuto affrontare notevoli difficoltà. In sostanza, le prove suggeriscono che le persone più colpite dal COVID-19 sono persone provenienti da contesti socioeconomici bassi. Secondo Wanberg et al. [23], le persone con basso status socioeconomico avevano maggiori probabilità di essere lavoratori in prima linea (ad esempio, personale governativo critico e addetti alla vendita al dettaglio nei supermercati), occupandosi di lavori in cui il rischio di esposizione al COVID-19 era maggiore.
Secondo Wanberg et al. [23], in un sondaggio Axios-Ipsos, il 47% delle persone con un background socioeconomico elevato hanno affermato che l'epidemia ha peggiorato il loro benessere mentale.
Gli individui con basso status socio-economico (SES) presentavano un benessere mentale del 34%.
Quelli con basso status e bassi salari trovavano difficile ottenere risorse per la vita quotidiana.
Le persone con un SES elevato, d'altra parte, erano impiegate in lavori che garantivano un salario più alto, consentendo loro di acquistare e proteggere le risorse necessarie per vivere in modo confortevole o di godere di una certa flessibilità finanziaria durante i licenziamenti [23].
Secondo Wanberg e colleghi [23], la pandemia ha danneggiato il benessere mentale del 37% delle persone con basso SES. Lo SES corrisponde all'accesso alle risorse di base e, quando queste risorse erano scarse, le persone presentavano un cattivo benessere mentale, come tristezza e scarsa soddisfazione di vita.
Gli individui con basso SES avevano maggiori probabilità di essere preoccupati per la propria situazione finanziaria, erano meno propensi a credere di avere un elevato locus of control sugli esiti della vita, avevano meno cerchie sociali di supporto e livelli più elevati di isolamento e solitudine, e non avevano le conoscenze necessarie per accedere a informazioni accurate per la consapevolezza della salute [23]. Sulla base di queste evidenze teoriche ed empiriche, proponiamo la seguente ipotesi: H2: Lo SES modererà l'associazione tra la solitudine percepita durante la pandemia di COVID-19 e il benessere degli adulti emergenti (sintomi depressivi, ansia e stress).

……

3. Risultati

Prima di condurre le analisi, sono state esaminate le correlazioni tra le variabili dello studio, presentate nella Tabella 2. Successivamente, sono state condotte delle regressioni per determinare se l'isolamento sociale durante il COVID-19 fosse inversamente correlato al benessere mentale dei giovani adulti intervistati e se il SES moderasse la relazione tra la solitudine percepita e ricordata associata al COVID-19 e il benessere mentale dei giovani adulti.
Il primo modello di regressione ha predetto lo stress (vedi Tabella 3). Nessuna variabile di controllo è risultata significativa. In secondo luogo, la solitudine percepita è risultata significativamente correlata allo stress ($b = 0,23$, $p < 0,05$). Tuttavia, nessun'altra variabile predittiva è risultata significativa. Inoltre, l'effetto di interazione non è risultato significativo ($b = -0,013$, $p = 0,918$).
L'R2 per questo modello era pari a 0,107, il che significa che il 10,7% della varianza era spiegato dagli effetti diretti della solitudine percepita e dello stato socioeconomico (SES), e dall'effetto indiretto dello stato socioeconomico (SES) sullo stress. Il secondo modello di regressione ha predetto l'ansia (vedi Tabella 4).

Table 3 • Regression coefficients predicting stress

Step	Variable	Unstandardized *B*	SE	*β*	*t*	Significance
1	Intercept	−1.19	1.60		−0.74	0.46
	Age	0.03	0.07	0.05	0.42	0.68
	Ethnicity	−0.19	0.25	−0.09	−0.75	0.45
	Gender	0.67	0.48	0.16	1.39	0.17
2	Intercept	−1.402	1.61		−0.87	0.39
	Age	0.05	0.08	0.09	0.69	0.49
	Ethnicity	−0.11	0.25	−0.05	−0.45	0.65
	Gender	0.42	0.18	0.10	0.88	0.38
	SES	−0.15	0.13	−0.15	−1.21	0.23
	PL	0.23	0.11	0.23	2.15	0.03
3	Intercept	−1.38	1.64		−0.84	0.40
	Age	0.05	0.08	0.8	0.65	0.52
	Ethnicity	−0.12	0.26	−0.06	−0.46	0.65
	Gender	0.43	0.49	0.10	0.88	0.38
	SES	−0.15	0.13	−0.15	−1.21	0.23
	PL	0.23	0.12	0.23	1.96	0.05
	SES × PL	−0.01	0.14	−0.01	−0.10	0.92

Note: SES, socioeconomic status; PL, perceived loneliness; SE, standard error.

Table 4 • Regression coefficients predicting anxiety

Step	Variable	Unstandardized *B*	SE	*β*	*t*	Significance
1	Intercept	−0.76	1.60		−0.47	0.64
	Age	−0.00	0.07	−0.01	−0.06	0.95
	Ethnicity	−0.02	0.25	−0.01	−0.07	0.94
	Gender	0.90	0.48	0.21	1.88	0.06
2	Intercept	−0.86	1.64		−0.53	0.601
	Age	0.01	0.08	0.01	0.10	0.92
	Ethnicity	0.23	0.26	0.01	0.11	0.92
	Gender	0.75	0.49	0.18	1.53	0.13
	SES	−0.09	0.13	−0.08	−0.68	0.50
	PL	0.15	0.11	0.15	1.35	0.18
3	Intercept	−0.86	1.67		−0.52	0.61
	Age	0.01	0.08	0.01	0.09	0.93
	Ethnicity	0.03	0.26	0.01	0.11	0.92
	Gender	0.75	0.50	0.18	1.49	0.14
	SES	−0.09	0.13	−0.08	−0.67	0.50
	PL	0.15	0.12	0.15	1.25	0.22
	SES × PL	0.00	0.14	0.000	0.002	1.0

Note: SES, socioeconomic status; PL, perceived loneliness; SE, standard error.

Table 5 • Regression coefficients predicting depressive symptoms

Step	Variable	Unstandardized *B*	SE	*β*	*t*	Significance
1	Intercept	−0.76	1.63		−0.47	0.64
	Age	0.02	0.07	0.04	0.32	0.75
	Ethnicity	−0.11	0.26	−0.05	−0.43	0.67
	Gender	0.33	0.49	0.08	0.68	0.50
2	Intercept	−0.40	1.60		−0.25	0.80
	Age	0.02	0.07	0.03	0.23	0.82
	Ethnicity	−0.09	0.251	−0.04	−0.35	0.73
	Gender	0.10	0.48	0.02	0.21	0.73
	SES	−0.00	0.13	−0.001	−0.01	0.99
	PL	0.34	0.11	0.34	3.20	0.00
3	Intercept	−0.28	1.62		−0.17	0.86
	Age	0.01	0.08	0.01	0.12	0.91
	Ethnicity	−0.10	0.25	−0.05	−0.40	0.69
	Gender	0.15	0.49	0.04	0.30	0.76
	SES	−0.01	0.13	−0.01	−0.06	0.96
	PL	0.32	0.12	0.32	2.79	0.01
	SES × PL	−0.07	0.14	−0.06	−0.52	0.60

Note: SES, socioeconomic status; PL, perceived loneliness; SE, standard error.

Le variabili di controllo non hanno predetto variazioni nell'ansia. In secondo luogo, le variabili predittive erano insignificanti. Anche l'interazione nella fase 3 non era significativa (b = 0,000, p = 0,999).
Pertanto, non sono stati riscontrati effetti diretti o indiretti sull'ansia. L'R2 per questo modello era pari a 0,075, il che significa che il 7,5% della varianza era spiegato dagli effetti diretti della solitudine percepita e dello stato socioeconomico (SES), e dall'effetto indiretto dello stato socioeconomico (SES) sull'ansia.
La terza regressione ha predetto i sintomi depressivi (vedi Tabella 5). Anche in questo caso, nessuna variabile di controllo ha predetto variazioni nei sintomi depressivi.
Tuttavia, aggiungendo le variabili predittive, la solitudine percepita ha predetto significativamente la depressione (b = 0,342, p < 0,01).
Tuttavia, l'effetto diretto del SES e la moderazione della solitudine percepita e del SES non hanno predetto la depressione (b = -0,011, p = 0,96; b = -0,064, p = 0,602, rispettivamente). L'R2 per questo modello era 0,126, il che significa che il 12,6% della varianza era spiegato dagli effetti diretti della solitudine percepita e del SES, e dall'effetto indiretto del SES sui sintomi depressivi.

……..

5. Conclusioni

I risultati di questa ricerca hanno rivelato che la solitudine percepita durante il COVID-19 era associata a un minore benessere e che il SES non ha moderato questa relazione.
Sebbene i risultati non abbiano supportato l'ipotizzata relazione interattiva, i dati hanno fornito alcuni spunti preziosi. I risultati hanno indicato che la solitudine percepita era associata a sintomi depressivi, ansia e stress tra gli adulti emergenti.
Questi risultati supportano la teoria psicosociale dello sviluppo di Erikson [34]. Se gli individui percepiscono la solitudine, potrebbero non essere in grado di risolvere il conflitto tra intimità e isolamento, il che ha implicazioni per il loro sviluppo a breve e lungo termine.

Tuttavia, questo studio presentava un numero significativo di limitazioni, tra cui un campione piccolo e relativamente eterogeneo di partecipanti che utilizzava dati trasversali.

https://www.academia.edu/journals/academia-mental-health-and-well-being/about
https://doi.org/10.20935/MHealthWellB7496

quotidianosanità.it

Salute mentale. Prevalenza di ansia e depressione tra i giovani sotto i 20 anni in crescita del 20% fra il 2018 e il 2022

Il suicidio è la seconda causa di morte tra i giovani di età compresa tra 15 e 29 anni nei paesi dell'UE. Lo rivela il report Ocse "Promoting good mental health in children and young adults. Best practices in public health" che ha identificato e valutato 11 buone pratiche candidate che possono aiutare i Paesi a colmare le attuali lacune politiche e a migliorare la salute mentale dei giovani

09 APR - Il benessere mentale dei bambini e dei giovani nei paesi dell'UE/SEE è scarso e in declino. Tra il 2018 e il 2022, il tasso di disturbi multipli di salute negli adolescenti è aumentato, soprattutto tra le ragazze, e la prevalenza di ansia e depressione tra i giovani sotto i 20 anni risulta in crescita di circa il 20%.
Lo rivela il report Ocse *"Promoting good mental health in children and young adults. Best practices in public health*" che si propone di analizzare le migliori pratiche per affrontare queste problematiche.
È allarmante - evidenzia il report - che il suicidio sia la seconda causa di morte tra i giovani di età compresa tra 15 e 29 anni nei paesi dell'UE.
La cattiva salute mentale, inoltre, influisce sui risultati scolastici. In media, nei paesi dell'UE, gli studenti che manifestano disagio mentale hanno il 25% di probabilità in più di ripetere un anno scolastico, sebbene la causalità possa essere bidirezionale. Inoltre, i disturbi mentali che emergono durante l'infanzia e l'adolescenza tendono a persistere per tutta la vita.
Molti paesi dell'UE/SEE dispongono di strategie nazionali e piani d'azione per la salute mentale, ma i livelli di attuazione delle politiche variano e tutti i paesi presentano significative lacune politiche. Le aree d'azione prioritarie includono il settore dell'assistenza primaria, nonché interventi scolastici e sul posto di lavoro, con solo il 10-25% dei Paesi che hanno pienamente implementato politiche pertinenti in questi settori.
Durante la pandemia, si stima che la metà degli europei di età compresa tra 18 e 29 anni abbia avuto bisogni insoddisfatti di assistenza per la salute mentale.
L'Ocse ha identificato e valutato 11 buone pratiche candidate che possono aiutare i Paesi a colmare le attuali lacune politiche e a migliorare la salute mentale di bambini e giovani adulti.

Queste possono essere raggruppate in tre categorie principali:

1) I programmi scolastici, che possono ridurre i comportamenti difficili del 4-9% e l'isolamento sociale del 15%. Il progetto *Icehearts* ha migliorato il comportamento sociale e ridotto di quasi il 50% il numero di adolescenti che non lavorano, non studiano o non seguono corsi di formazione.
2) Il supporto proattivo per la salute mentale, che può essere fornito da professionisti della salute mentale, ma anche da insegnanti, personale scolastico e giovani con programmi basati sui pari.
3) Un accesso rapido e gratuito alla terapia psicologica, come previsto dalla recente riforma belga, può ridurre la prevalenza dei disturbi mentali del 10%.
4) Programmi basati sulla partecipazione tra pari come @Ease, che hanno ridotto i livelli di disagio mentale del 19% e migliorato la partecipazione scolastica del 60%.
5) Programmi di prevenzione del suicidio come *Suicide Prevention Austria* (SUPRA) e *VigilanS* salvano vite umane riducendo il rischio di suicidio e migliorando il follow-up dopo i tentativi di suicidio.

I fattori di successo comuni tra le migliori pratiche candidate identificate includono:

1) L'accesso al supporto a bassa soglia è facilitato;

2) Le scuole sono utilizzate per garantire una copertura pressoché universale della popolazione target;
3) L'alfabetizzazione sulla salute mentale è migliorata e la ricerca di supporto per la salute mentale è destigmatizzata;
4) L'intervento è personalizzato in base alle esigenze di bambini e giovani adulti.

L'ampliamento e il trasferimento delle migliori pratiche per promuovere una buona salute mentale nei bambini e nei giovani adulti richiede un aumento delle capacità del personale addetto alla salute mentale e la creazione di nuovi ruoli, evidenzia l'Ocse.
Inoltre, questo processo comporterà dei costi per il governo, sebbene il costo di un mancato intervento sia altrettanto elevato.
È necessaria una migliore comprensione delle cause del declino della salute mentale giovanile e di "cosa funziona" per creare un ambiente digitale sano e sicuro per i giovani.
L'Ocse sta lavorando per colmare questa lacuna conoscitiva e si avvarrà del contributo di esperti di salute mentale, insegnanti, genitori e giovani stessi.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=128955



https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1744185740.pdf

Il desiderio di aiutare le persone è la motivazione principale per intraprendere la professione medica? Uno studio fenomenologico interculturale

Cornelis AJ De Jong, Lisa Wang, Leendert C. van Rijn, Shelly Iskandar, Dario Jokubonis, Maarten J. van der Laan

Astratto

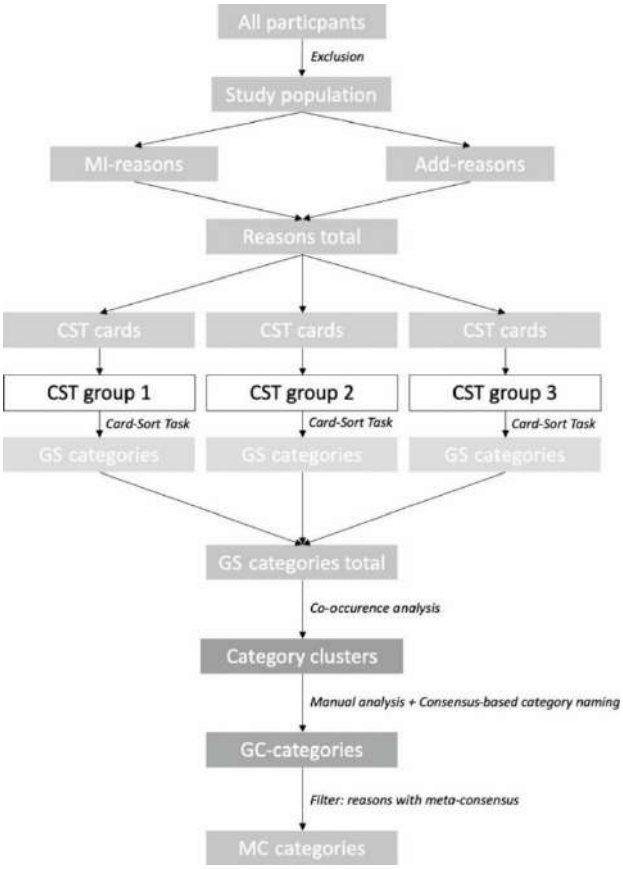
Le discrepanze tra la motivazione e la realtà del diventare medico possono portare al burnout e quindi alla carenza di medici. La motivazione personale sembra essere un fattore predittivo del successo, ma la moderna formazione medica non la enfatizza a sufficienza.

Questo studio mira a comprendere meglio la motivazione individuale a diventare medico.

A specializzandi e specializzandi in psichiatria è stato chiesto di spiegare le ragioni che li hanno spinti a scegliere di diventare medici. Dodici individui con diversi background medici hanno categorizzato queste motivazioni tramite un compito di ordinamento di carte.

Attraverso l'analisi delle co-occorrenze, le categorie sono state identificate e denominate per consenso. Tra gli 86 partecipanti, sono state citate 270 motivazioni.

Sono state identificate nove categorie, elencate in ordine di frequenza: aiutare gli altri, interesse per il corpo umano, sicurezza lavorativa/finanziaria, contesto lavorativo, iniziativa da parte di famiglia/genitori, interessante/stimolante/pratico, professione rispettata, sogno coltivato da tempo e risoluzione di problemi/ricerca di risposte.



L'interesse per il corpo umano è risultato significativamente maggiore tra i partecipanti più giovani, mentre la motivazione ad aiutare gli altri è aumentata significativamente con l'età.

In Lituania e Indonesia, aiutare le persone è stata la motivazione principale per diventare medico, mentre nei Paesi Bassi l'interesse per il corpo umano è stato il motivo più frequentemente menzionato.

Anche i Paesi Bassi hanno menzionato l'interesse per il corpo umano e la categoria Interessante impegnativa pratica con una frequenza significativamente maggiore.
Esaminare la motivazione per diventare medico fornisce informazioni sulle differenze nei profili motivazionali. Questi profili possono essere confrontati con la pratica quotidiana dei medici in diverse discipline mediche. Tale riflessione può aiutare a identificare potenziali incompatibilità tra la motivazione iniziale e le esigenze di specifiche discipline mediche. Ciò potrebbe contribuire a invertire la tendenza al declino della vitalità della professione medica.

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

CORRIERE DELLA SERA

I giovani italiani e la speranza: meno di uno su due guarda con fiducia al futuro

Carlotta De Leo

L'indagine dell'Istituto Giuseppe Toniolo e l'Università Cattolica sul rapporto tra le nuove generazioni e il domani

Papa Francesco decise di dedicare il Giubileo proprio al tema fondamentale della speranza, a quel sentimento di fiduciosa attesa per il concretizzarsi di un evento positivo nel futuro. Ma quanti sono i giovani che oggi, tra guerre, disastri ambientali e precarietà lavorativa, guardano al domani con speranza?
In generale, esprimono sentimenti di speranza nel futuro meno di un giovane italiano su due. Hanno più fiducia nel domani i ragazzi dispetto alle coetanee, chi abita al Nord Est rispetto a chi vive nel Sud e nel Nord-Ovest.
La ricerca - realizzata da Ipsos- è stata condotta tra febbraio e marzo con interviste su un campione di 2.001 giovani italiani tra i 18 e i 34 anni secondo quote rappresentative di genere, età, titolo di studio, condizione lavorativa e area di residenza.
Dal punto di vista geografico, emerge dalla ricerca che i più speranzosi sono i giovani del Nord-Ovest (47,6%), superando di poco i giovani he provengono da Sud e isole (46,2%), Centro (45%) e nel Nord -Est (44%).
Ma cosa porta i giovani ad avere speranza? Dalle analisi emerge che la speranza è determinata soprattutto dall'aver trovato un significato al vivere, a seguire dalla soddisfazione dei bisogni psicologici di base (sentirsi competenti, sentirsi autonomi e sentire di avere relazioni significative) e dalla religiosità.

Le 4 componenti della speranza

Oltre alla serie di domande dirette al campione, la ricerca utilizza una misurazione della speranza più articolata come la *Scala integrata della Speranza*, basata su quattro componenti: la percezione di controllo e la competenza personale nel plasmare il proprio futuro (*Personal Mastery);* la percezione di avere supporto dagli altri; la fiducia in sé e negli altri; la spiritualità.
La componente che presenta punteggi medi più elevati è il *Supporto*, seguito dal *Personal Mastery*, dalla *Fiducia* e infine, dalla *Spiritualità.* Le prime due componenti mostrano un punteggio medio-alto, le ultime due medio -basso.
Considerando le componenti della speranza, il *Nord-Ovest* registra valori superiori in *Fiducia* rispetto al Sud e alle Isole, mentre quest'ultima area si distingue per un livello di *Spiritualità* superiore rispetto al Centro e al Nord-Ovest.

L'importanza di lavoro e volontariato
Dai dati emerge, infine, che chi ha una speranza più forte riporta un maggior benessere emotivo, sociale, e psicologico oltre a una maggiore soddisfazione di vita rispetto a chi ha livelli più bassi di speranza. Di conseguenza, i lavoratori mostrano punteggi medi superiori rispetto a chi non lavora. Interessante il dato sul volontariato: la speranza – nello specifico le componenti di Personal Mastery, Supporto e Spiritualità - risulta più elevata tra coloro che attualmente svolgono attività di beneficenza.

«Orizzonte di futuro»
«Colpisce il fatto che circa metà dei giovani, e soprattutto delle giovani, nutrano poca speranza proprio in una fase della vita che dovrebbe essere ricca di progettualità, sogni, voglia di futuro» commenta **Elena Marta**, professore ordinario di Psicologia sociale e di comunità all'università Cattolica. «Avere speranza impatta sul benessere e sulla qualità della vita in generale. Nei momenti carichi di ansia e preoccupazione, offre la possibilità di ritrovare un orizzonte di senso e con questo un orizzonte di futuro» conclude Marta.

https://roma.corriere.it/notizie/cronaca/25_maggio_02/i-giovani-italiani-e-la-speranza-meno-di-uno-su-due-guarda-con-fiducia-al-futuro-148256a6-dde7-4d15-a238-417eb6276xlk.shtml



Editoriale

Tra sfide e speranze della Sanità

CURA PUBBLICA BENE COMUNE

Avvenire

Giovanni Migliore
Presidente Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere (Fiaso)

«Non possiamo permettere che la speranza venga meno, perché è la luce che ci fa andare avanti». Le parole di Papa Francesco pronunciate nel 2016, in occasione del Giubileo della Misericordia, ci invitano a non perdere di vista la speranza, un insegnamento prezioso specialmente se riferito al nostro sistema sanitario e allo sforzo quotidiano che unisce pazienti, operatori e istituzioni. La speranza in questo senso non è solo un conforto "religioso", ma una forza in grado di alimentare la fiducia collettiva e dare sostegno al servizio sanitario stesso. In questo momento, mentre il Santo Padre affronta la sua convalescenza con la vicinanza e il supporto di milioni di fedeli, le sue parole acquistano un valore ancora più profondo. Come ha detto recentemente: «La sofferenza può [illegible] trasformata in [illegible]

La sanità è fatta da persone per la persona. Questo principio è a fondamento del nostro sistema sanitario e la stella polare per ogni decisione di salute collettiva. Una direzione tutt'altro che facile e scontata, perché implica scelte basate su un binomio inscindibile: responsabilità e innovazione. In questo senso, a sostenerci c'è proprio la speranza, che "non delude" (*Lettera ai Romani* 5,5) - come Francesco ci ricorda spesso - e non è vana, poiché si concretizza come motore di giustizia sociale e di cura dei più vulnerabili ogni giorno in tutto il Paese, anche nelle aree più complesse e a rischio. Il dibattito sulla sanità in Italia si concentra solo sulle criticità, su quello che non funziona, ignorando quasi totalmente le eccellenze e le pagine positive che si scrivono quotidianamente e ovunque nelle nostre strutture, mortificando chi ogni giorno lavora per dare risposte al [illegible]

Da questa consapevolezza deve partire un cambiamento e ognuno di noi può contribuire a superare questa narrazione improduttiva, promuovendo un discorso che non solo metta in luce le difficoltà, ma che riconosca gli infiniti aspetti positivi del nostro servizio sanitario.
La sanità italiana offre pressoché gratuitamente, o quasi, milioni di prestazioni, cure e servizi, nonostante sia afflitta da criticità ormai croniche: carenza di personale, liste d'attesa, sovraccarico delle strutture, scarsezza di risorse. La pandemia, che ha esasperato queste difficoltà, paradossalmente ha anche dimostrato la resilienza e la qualità del sistema, valorizzando la centralità della sanità pubblica. In questo caso, dunque, la speranza si traduce nella consapevolezza che ogni miglioramento contribuisce a costruire un bene comune tangibile, che non può essere messo in discussione.
Aderire al coro di chi polemizza, spesso per me[illegible] "un tanto al [illegible]

LA SPERANZA NON È SOLO UN CONFORTO "RELIGIOSO", MA **UNA FORZA IN GRADO DI ALIMENTARE LA FIDUCIA** COLLETTIVA E DARE SOSTEGNO AL SERVIZIO SANITARIO STESSO.
IN QUESTO ORIZZONTE, **LE NUOVE TECNOLOGIE** - E IN PARTICOLARE **L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE** - **POSSONO DIVENTARE STRUMENTI DI SPERANZA**, SE GUIDATE DA VALORI UMANI E ORIENTATE AL BENE COMUNE. L'AI PUÒ AIUTARCI A DIAGNOSTICARE PRIMA, A PERSONALIZZARE LE TERAPIE, A MIGLIORARE L'ACCESSO AI SERVIZI, **MA SOLO SE È DAVVERO AL SERVIZIO DELLA PERSONA**, UTILIZZATA CON EQUITÀ, TRASPARENZA E RESPONSABILITÀ.

GIOVANNI MIGLIORE

https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox/FMfcgzQZVJwfSPFRXBqwqWGDmgWqZHhN?projector=1

quotidianosanità.it

Salute mentale e disagio giovanile, invertire con urgenza il fenomeno, le soluzioni ci sono

Saverio Proia

Tra gli interventi, approvazione in tempi rapidi, in sede deliberante o redigente già in Commissione, il testo unificato di Ddl "Istituzione del servizio di psicologia di assistenza primaria nell'ambito del Ssn" adottato dalla Commissione Affari Sociali della Camera il 28 novembre 2023 e a ncora inspiegabilmente fermo: costituirebbe un determinante segnale di attenzione verso lo stato di salute delle giovani generazioni

Non dico che il Parlamento debba approvare subito e bene il testo unificato del disegno di legge**,** al grido di "Dio lo vuole" quale crociata contro il disagio psicologico e per prevenire le patologie psichiatriche ma almeno al grido "L'Oms lo vuole" sì.

Infatti, la scelta delle Regioni Piemonte, Liguria, Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Abruzzo, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia, di aversi dato, autonomamente e con fondi propri una normativa, adottata all'unanimità per attivare nelle Aziende sanitarie il servizio di psicologia di base nonché la scelta unitaria della Commissione Affari Sociali della Camera di aver adottato un testo unificato sulla base delle sette proposte di legge presentate per istituire con legge nazionale lo psicologo di cure primarie, è stata ed è una scelta quanto mai strategica per attuare realmente la tutela del diritto alla salute e al benessere biopsicosociale valorizzando ed implementato il ruolo della prevenzione, la più precoce possibile.

Infatti, come riporta l'articolo di Quotidiano Sanità, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, Regione Europa, ha varato un documento di indirizzi per proporre la salute mentale ad iniziare dal contrasto al disagio psicologico nella sanità delle cure primarie per prevenire ed evitare lo stigma di una degenerazione in patologie psichiatriche.

C'è identica analisi ma anche prospettiva di organizzazione del lavoro sanitario in tale documento dell' Oms Europa e nelle scelte già adottate e realizzate da oltre la metà delle Regioni Italiane e nell'embrione di processo legislativo in tal senso sviluppato dalla Commissione Affari Sociali della Camera dei deputati: le motivazioni che sono alla base dell'analisi fatta e dei provvedimenti da adottare sono le medesime: si potrebbe affermare, mi auguro, che questa volta l'Italia abbia svolto un ruolo di avanguardia nell'individuare nuove strategie di tutela e prevenzione della salute e, contrariamente a quanto si potrebbe pensare, sono state le Regioni del Mezzogiorno ad essere state le prime ad approvarle, stravincendo anche in sede giudiziaria contro chi aveva manifestato contrarietà.

Vi è, quindi, identità di vedute nel promuovere un nuovo modello di sanità territoriale, per rendere la capacità di contrastare il disagio psicologico ed evitare le successive degenerazioni psichiatriche integrando nei servizi di assistenza primaria l'attività degli psicologi di base, partendo dal presupposto che circa un terzo – in alcuni casi fino alla metà – dei cittadini che si rivolgono ai servizi di assistenza primaria lo fa per problemi legati alla salute mentale.

Purtroppo, molte di queste problematiche non vengono riconosciute, oppure i cittadini vengono immediatamente indirizzati ai servizi specialistici, dove si scontrano con lunghe liste d'attesa e, spesso, con lo stigma sociale, peggiorando, pertanto, i disturbi, e cronicizzando le condizioni e provocando l'allontanamento delle persone dai percorsi di cura.

Il documento individua quattro strategie principali per migliorare l'assistenza alla salute mentale nei servizi territoriali; innanzitutto, viene sottolineata l'importanza della formazione dei professionisti della salute di base, affinché siano in grado di riconoscere i segnali precoci di disagio psicologico e offrire un primo livello di supporto, riservando l'invio agli specialisti solo quando strettamente necessario, pertanto è necessario di integrare figure allo scopo formate, come i psicologi di base, all'interno dei team delle cure primarie, potenziando così la capacità di risposta a livello territoriale, ne consegue che il rafforzamento dei collegamenti tra cure primarie e servizi specialistici rappresenta un altro elemento chiave, con l'obiettivo di garantire una presa in carico più fluida e personalizzata nel tempo, infine, viene evidenziata la necessità di sviluppare una rete di collaborazione con altri settori della vita pubblica e sociale – come lavoro, istruzione, casa e assistenza sociale – per affrontare in modo efficace le cause profonde del disagio mentale.

Il disagio psicologico è spesso determinato da condizioni di vita difficili: reddito, casa, lavoro, relazioni…pertanto le cure primarie, vicine ai luoghi di vita delle persone, proprio per questa collocazione strategica, possono riconoscere precocemente segnali di sofferenza e offrire un primo supporto senza stigmatizzazione.
Per questo Investire in questo modello di assistenza sanitaria non solo migliora la salute della popolazione, ma riduce i costi per i sistemi sanitari e accresce la produttività e il benessere collettivo.
Quanto sopra è quanto mai vero per quanto riguarda le condizioni delle giovani generazioni, che in Italia sono sempre più numericamente di meno sia per la denatalità che per l'aumento dell'emigrazione giovanile.
È particolarmente preoccupante che ansia e depressione siano in aumento fra i giovani prima, durante e dopo la pandemia, come testimoniano i dati**,** provenienti dall'indagine nazionale sulla salute dei bambini (National Survey of Children's Health), mostrano una tendenza allarmante per la salute mentale giovanile, mentre i problemi di salute fisica, come l'asma o le emicranie, sono rimasti stabili o in diminuzione nello stesso periodo https://www.quotidianosanita.it/stampa_articolo.php?articolo_id=129245
E' altrettanto probante la giustezza della scelta di istituire lo psicologo di base per vincere sul tempo i disturbi psicologici per limitare l'impatto sulla crescita è lo studio realizzato dall'Università di Trento tra i giovani pazienti bipolari tra i 12 e i 19 anni, spesso giunti ad una diagnosi tardiva, dopo che hanno accumulato insuccessi scolastici, lavorativi, fallimenti interpersonali presentando disturbi dell'umore, della personalità e quelli d'ansia e provocando un impatto sulle relazioni interpersonali e sociali di chi ne soffre, a partire dai primi anni dell'adolescenza in cui questi problemi di solito si manifestano; ne consegue che riconoscerli per tempo e intervenire precocemente con una terapia mirata può limitare l'impatto di queste patologie sulla crescita e sulla vita futura dei pazienti.
Si constata, quindi, che in una Nazione come la nostra ove la denatalità crescente e l'altrettanto crescente aumento di ultrasessantenni perlopiù con polipatologie e decrescita del numero di abitanti, rende la presenza di giovani, quanto mai ridotta rispetto a decenni fa, una risorsa quanto mai preziosa da tutelare in salute per assicuragli un futuro con prospettiva di un'occupazione stabile e produttiva.
È evidente che la crescita progressiva della denatalità mette a serio e irreversibile pericolo di crisi economica e sociale del nostro Stato, che non può essere risolta solo da un'implementazione dell'ingresso di immigrati regolari sia professionisti che artigiani e lavoratori né, tantomeno ad una estesa regolarizzazione di quelli irregolari, in quanto per renderli produttivi è necessario un processo di formazione culturale e professionale.
Per bloccare e per invertire tale tendenza negativa demografica, ne consegue che è quantomai necessario considerare le giovani generazioni l'indispensabile e non sostituibile risorsa produttiva per il futuro degli stessi Nazione e Stato italiani, investendo su di essa in termini economici, culturali e sociali.

In questo quadro la tutela e la promozione della salute non solo fisica ma anche, se non soprattutto quella psicologica, risulta ineludibile, in quanto, dai dati che stanno emergendo risulta che:

- *la terza causa per l'accesso al pronto soccorso è costituita da problemi di disagio mentale e psicologico;*
- *è in un aumento progressivo, per ora, della spesa di farmaci ansiolitici e psichiatrici da parte dei giovani nonché del conseguente consumo sopra le righe;*
- *si registra una crescita sia di suicidi tra i giovani, causato anche dall'altrettanta crescita di fenomeni di bullismo, di cui l'Italia ha il primato internazionale rispetto agli altri Stati, come sono è in crescita i suicidi tra i giovani detenuti negli Istituti di pena;*
- *sono agghiaccianti i casi di omicidi di giovani per mano di giovani, talora ancora adolescenti;*
- *è implementato il fenomeno dalla crescente emigrazione estera di giovani italiani, perlopiù qualificati e professionalizzati a spese del nostro Stato.*

Per invertire tale pericoloso fenomeno e per prevenire che il disagio giovanile possa degenerare in turbe e malattie psichiatriche, talora irreversibili ed onerose per sia il SSN che l'insieme dello Stato sociale, è quanto mai necessario e indispensabile investire nella prevenzione della tutela del benessere psicologico e del conseguente contrasto al disagio psicologico della cui funzione ed operatività positiva un ruolo strategicamente determinante lo svolge la professione sanitaria di psicologo, la quale, in base alla legge n.56/89 "Ossicini" istitutiva della professione, comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per

la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologica rivolte al persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità, in particolare alle fasce giovanili.
Della necessità di richiesta di prestazioni psicologiche è in crescita la consapevolezza tra i giovani, ne è la prova che la rivendicazione della presenza dello psicologo nella scuola è la prima espressa dagli stessi studenti:
Certamente altrettanta sensibilità sta crescendo tra le forze politiche governative e parlamentari; tuttavia, le iniziative encomiabili sinora messe in essere (bonus psicologico, sperimentazione della presenza dello psicologo nelle scuole e negli atenei, varo di normative regionali per l'istituzione dello psicologo di cure primarie da parte di undici Regioni, sinora, in attesa di una specifica legge nazionale) non sono state in grado di invertire tale tendenza se non bloccarla in pochi casi.
Considerando, quindi, non una spesa ma un investimento per la stessa tenuta e progresso economico, culturale e sociale dell'Italia, una crescita e una qualificazione del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, quale strumento indispensabile e strategicamente centrale a tal fine, in quest' ottica particolare rilevanza l'assume una specifica e mirata implementazione del finanziamento per una progressiva ed adeguata presenza di psicologi.

Tale presenza progressiva di psicologi prevede un'articolata e complessa strategia di interventi quali:

- un aumento delle dotazioni di psicologi nei servizi e presidi distrettuali, dipartimentali ed ospedalieri del SSN, attualmente ridotte a 5000 dipendenti tra gli oltre 600.00 dipendenti di altri profili rispetto ai 15.000 nel 1978 mentre i dipendenti di altri profili erano 400.000 quando fu istituito il SSN con la legge 833/78;
- l'approvazione, si augura all'unanimità e con un adeguata previsione negli anni finanziamento con la legge di bilancio, del testo unificato della legge istitutiva del "Istituzione del Servizio di assistenza psicologica di cure primarie nel SSN", da troppo tempo fermo nella Commissione Affari Sociali della Camera, in grado di prevedere sì la presenza di psicologi di cure primarie nelle Case di Comunità ma anche nelle UCCP di Medicina generale e di Pediatria di scelta individuate per particolari motivi di disagio sociale e sua tenuta;
- l'implementazione della presenza di psicologi nelle scuole con fondi regionali e finanziamenti dello Stato in attuazione della legge 70/2024 su il Bullismo e Cyberbullismo;
- l'aumento della presenza di psicologi nelle carceri, anche al fine di contrastare l'aumento del numero di suicidi nelle Carceri, nei posti di lavoro non solo per il giusto contrasto al mobbing per favorire una diversa qualità di vita nel lavoro e analogamente nella Sanità Militare delle forze armate e della Polizia di Stato e infine nelle Agenzie di Tutela della Salute e negli Enti locali;
- l'accreditamento da parte delle Regioni degli studi o strutture di psicoterapia ai sensi degli articoli 8-bis, 8-ter, 8-quater, 8-quinques del Dlgs 502/92 al fine di potenziare l'intervento del SSN in regime di integrazione di quelle erogate dai servizi e presidi a gestione diretta delle aziende sanitarie, e la sua tempestività nel campo nel trattamento delle situazioni di disagio e dei disturbi che possono giovarsi delle cure psicoterapiche, tenuto conto dell'aumento delle condizioni di depressione, ansia, stress e fragilità psicologica tra i giovani, in analogia con quanto già realizzato dalla Provincia autonoma di Trento.

Sono consapevole che le suddette proposte e conseguenti modalità di attuazione siano complesse e articolate, ma sono altrettanto quanto mai utili ed efficaci per il superamento del disagio psicologico giovanile e per la tutela del loro benessere psicologico… si potrebbe iniziare con il primo, significativo e discontinuo provvedimento, che costituisce l'asse portante della strategia di potenziamento della psicologia nel SSN, approvando in tempi rapidi, possibilmente in sede deliberante o redigente già in Commissione, del testo unificato di disegno di legge "Istituzione del servizio di psicologia di assistenza primaria nell'ambito del Servizio sanitario nazionale" adottato dalla Commissione Affari Sociali della Camera dei deputati all'unanimità il 28 novembre 2023 ed inspiegabilmente fermo da quella data, ciò costituirebbe un determinante segnale di attenzione verso lo stato di salute delle giovani generazioni ridando o aumentando la loro fiducia positiva nelle Istituzioni.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=129318

Diseguaglianze

24 24OreSalute

Viaggio nelle disuguaglianze della sanità: così potremo permetterci ancora le cure per tutti

Dalla forbice Nord-Sud alle zavorre povertà e bassa istruzione fino al regionalismo sanitario spinto: l'Italia della salute in crisi di equità chiede risorse ma soprattutto scelte coraggiose

Barbara Gobbi e Rosanna Magnano

Nel miracolo italiano certificato dall'Istat di una speranza di vita alla nascita nel 2024 di cinque mesi in più sia per gli uomini (81,4 anni) che per le donne (85,5 anni), si nasconde l'incognita del numero di anni da trascorrere in buona salute. È questo il vero tesoretto mal distribuito che divide l'Italia in "caste" sanitarie.

La cartina di tornasole della cronicità

A certificarlo, in un Paese che invecchia, i dati sulla cronicità, che restituiscono il ritratto di un'Italia drammaticamente spezzettata: tra Nord e Sud, tra grandi centri e periferie, tra persone con minori o maggiori livelli di istruzione, tra uomini e donne e tra manager da una parte e disoccupati dall'altra. In definitiva, tra ricchi e poveri.

Innanzitutto, il gradiente geografico: nel più ricco Nord come ricorda l'ultimo rapporto dell'Osservatorio CERGAS Bocconi ci sono più persone in buona salute – 70,2 ogni cento con le stesse caratteristiche a fronte di una media nazionale di 68,7 – o con malattie croniche in buona salute.

Sono 46,2 persone ogni cento con le stesse caratteristiche a fronte di una media nazionale di 42,9, mentre al Sud vi è una maggiore concentrazione di persone con almeno due malattie croniche ogni cento persone con le stesse caratteristiche: rispettivamente 22 e 23,8 persone, a fronte di una media nazionale di 20,8. E le Regioni con il più alto tasso di persone con almeno due cronicità sono tutte al Sud: Molise (26,5 persone), Sardegna (25,3) e Basilicata 824,2).

L'istruzione che discrimina

A pesare è anche il titolo di studio, confermando quanto già accertato in letteratura su migliori esiti di salute associati a livelli di istruzione più elevati: dall'artrosi al diabete, dalla Bpco all'ipertensione, dalle allergie alle malattie del cuore fino all'osteoporosi, alle ulcere e ai disturbi nervosi, la possibilità di soffrire di malattie croniche è inversamente proporzionale al titolo di studio.

Presenta meno cronicità chi ha una laurea o un titolo post laurea rispetto a chi sia solo diplomato e giù a scalare: sarà più "sana" la persona con il diploma rispetto a quella con la licenza media.

Il disoccupato si ammala di più

Analoga la "scala sociale della salute" per status occupazionale: ogni cento persone con le stesse caratteristiche, 78,3 dirigenti, imprenditori e liberi professionisti sono in buona salute a fronte di soli 76,5 operai e apprendisti.

Netto il dislivello tra occupati e disoccupati: tra i primi gli individui in buona salute sono 76,6 persone su cento mentre nei secondi il dato scende a 67,5 persone e inoltre chi un lavoro ce l'ha presenta meno malattie croniche.

Qual è il comune denominatore di questi trend? «L'esito di salute dipende dalla aderenza alle terapie del cronico – spiega Francesco Longo, CERGAS SDA Bocconi - cioè dal fatto che tutti i giorni prende le pillole, che va regolarmente a farsi gli esami del sangue, della respirazione, o quelli che servono per la sua patologia, e che va regolarmente alle visite. Se sei aderente vivrai bene e a lungo, se non sei aderente vivrai male e più brevemente. I dati ci dicono che se sei malato cronico e hai la quinta alimentare, hai una probabilità di vivere bene del 30%, se invece hai la laurea hai una probabilità di vivere bene del 65% perché sei più aderente».

Liste d'attesa: stop all'iper-consumo e priorità all'aderenza terapeutica

Stili di vita che peggiorano verso Sud

Un quadro che contribuisce a comporre il dato della mortalità evitabile, cioè i decessi che potrebbero essere sicuramente ridotti grazie a stili di vita sani, riduzione dei fattori di rischio ambientali e comportamentali e all'accesso a un'assistenza sanitaria adeguata.

Qui le cifre 2021 danno il senso di un'Italia spaccata a metà: se a livello nazionale sono 19,2 le morti evitabili ogni 10mila persone under 74 anni, al top della classifica si piazzano Trento e Bolzano (entrambe 15,1) e il Veneto (16,2) mentre le Regioni dove la situazione è più critica sono Campania (25), Molise (23,2) e Sicilia (22). E anche in questo caso torna il gradiente Nord-Sud, con le Regioni del Meridione gravate anche da un'aspettativa di vita in buona salute alla nascita nel 2023 in ulteriore peggioramento rispetto agli anni scorsi: rispetto al dato nazionale di 59,2 anni, il pendolo oscilla dai 66,5 anni di Bolzano ai 52,8 della Basilicata.

«La tutela della salute - sintetizza il presidente della Fondazione Gimbe Nino Cartabellotta - avviene in maniera disuguale, non soltanto tra il Nord e il Sud del Paese o tra Regioni ma anche all'interno della stessa regione, tra aree metropolitane e aree interne difficilmente accessibili e tra diverse fasce socioeconomiche della popolazione. Il gap - perfino tra uomini e donne - mette a repentaglio quei principi di universalità, uguaglianza ed equità che sono fondanti del Servizio sanitario nazionale.

Nella pratica, oggi possiamo dire sostanzialmente che sono traditi. Quanto chiede l'articolo 32 della Costituzione, di tutelare la salute di tutte le persone, oggi non avviene in maniera equa su tutto il territorio nazionale».

Le ricette possibili

E allora, quali ricette possibili a fronte di un Paese scivolato nelle disuguaglianze e con limitate risorse a disposizione? Molteplici gli interventi da realizzare secondo Cartabellotta: «Servono educazione e formazione della popolazione fin dai ragazzi delle scuole ai quali va spiegato che il Ssn «non è il "supermercato sanitario nazionale". Quando il cittadino si dichiara insoddisfatto delle lunghe liste d'attesa, deve anche chiedersi se realmente quella prestazione sia utile per la sua salute».

Non solo: sulla prevenzione occorre investire anche a fronte di storture che vedono un arretramento profondo in particolare al Sud, per il quale si configura «una vera propria questione meridionale», alimentata dall'applicazione ultradecennale dei piani di rientro di cui «è arrivato il momento di ridiscutere ruolo e modalità di attuazione», avvisa il presidente della Fondazione Gimbe.

E ancora, avanti tutta sull'applicazione di strumenti ancora al ralenti in molte Regioni, come il Fascicolo sanitario elettronico.

In generale, quindi, il mantra deve essere quello di evitare il consumismo sanitario e definire chiaramente le priorità, "smettendo di promettere tutto a tutti". E sul nodo della non autosufficienza, tema che riguarda 4 milioni di pazienti destinati ad aumentare, i pochi interventi possibili con le risorse attuali – suggerisce Longo - andrebbero calibrati promuovendo un empowerment "guidato" degli 8 milioni di cargiver coinvolti.

«I professionisti delle cure domiciliari – spiega l'esperto - non dovrebbero erogare singole prestazioni, ma fare da counselor al caregiver sulle cure da effettuare al paziente, con una supervisione periodica, anche organizzando gruppi di mutuo-aiuto tra caregiver». Poi c'è un aspetto più macrospico di policy: «L'Italia è uno dei pochi Paesi occidentali – conclude Longo - che non ha una mutua obbligatoria o un'assicurazione pubblica obbligatoria o un finanziamento pubblico per la long-term care significativo. È arrivato il momento di aprire un dibattito pubblico».

https://www.ilsole24ore.com/art/viaggio-disuguaglianze-sanita-ricette-sostenibilita-le-cure-pubbliche-AG1jmizD?cmpid=nl_sanita24

Il Sole 24 ORE

L’indice Gini e le nuove mappe della disuguaglianza in Italia

La disuguaglianza dei redditi è più alta al Sud che nel resto d’Italia, dice l’ultimo rapporto dell’Istat, soprattutto prima ma anche dopo l’intervento di redistribuzione pubblica. I dati, relativi al 2020, mostrano che in Italia l’indice di Gini è pari al 44,3% per i redditi primari, ovvero prima dei trasferimenti monetari da parte dello Stato e dell’imposizione fiscale.

L’indice di Gini dei redditi è un indicatore che misura quanto concentrati essi sono in un certo numero di persone. Vale zero quando i redditi sono distribuiti in modo perfettamente uguale fra i soggetti, e 100 quando invece vi è massima disuguaglianza.

L’intervento pubblico riduce in maniera significativa la disuguaglianza, facendo calare l’indice di Gini di 14,1 punti e portandolo, dopo appunto i trasferimenti pubblici e l’imposizione fiscale, al 30,2%. In questo i trasferimenti pesano molto di più nella riduzione della disuguaglianza rispetto a tasse e contributi, e portano rispettivamente a un calo della disuguaglianza di 10,5 e 3,6 punti.

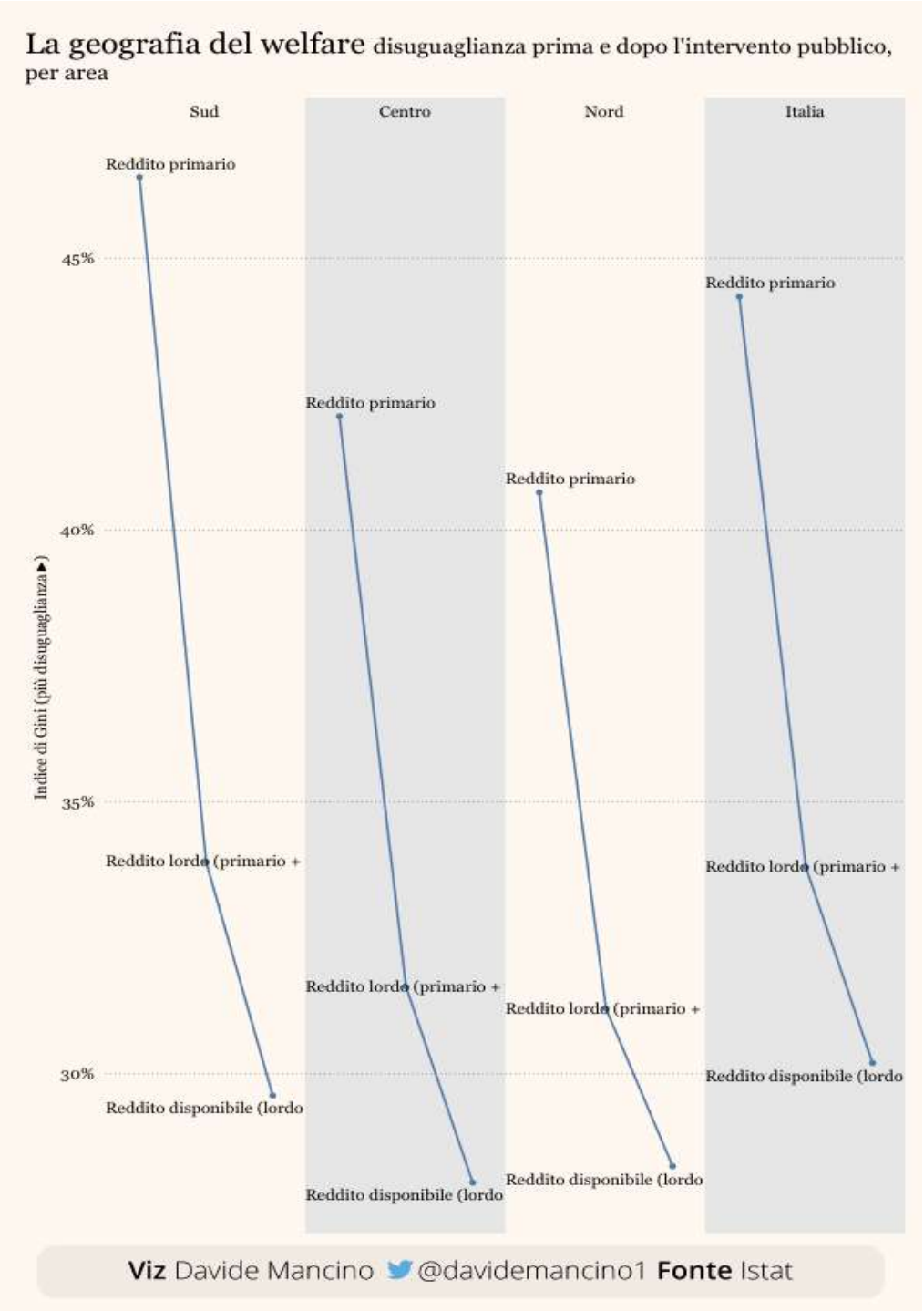
La disuguaglianza dei redditi primari è significativamente più alta nel Mezzogiorno (46,5) rispetto al Centro (42,1) e al Nord (40,7), sottolinea l’istituto: “la geografia della disuguaglianza riflette la diversa diffusione sul territorio di famiglie monoreddito caratterizzate da una bassa partecipazione dei giovani e delle donne al mercato del lavoro. L’effetto redistributivo è relativamente più importante nel mezzogiorno, dove i trasferimenti e il prelievo determinano una riduzione della diseguaglianza da 46,5 a 29,6 punti. La diseguaglianza del reddito disponibile rimane comunque significativamente diversa tra le aree geografiche, anche dopo l’intervento pubblico”.

In quanto area povera, il Sud riceve un’ampia quota di trasferimenti pubblici dalle altre zone più ricche, e questo ne riduce la disuguaglianza in maniera netta, facendola diminuire di circa 12 punti e mezzo. **Un’ulteriore calo di 4,3 punti arriva poi dall’imposizione fiscale, ossia da tasse e contributi previdenziali.** Per fare un confronto, la riduzione della disuguaglianza derivata dall’intervento pubblico nelle diverse aree geografiche porta rispettivamente a un calo dell’indice di Gini di 16,9 punti al sud, 14,2 al centro e 12,4 al nord, contro una media italiana di 14,1 punti.

L’analisi dell’Istat si sofferma anche sull’impatto delle misure straordinarie per mitigare gli effetti economici della pandemia, trovando che per quanto riguarda la riduzione della povertà esso è “stato più rilevante nel nord-ovest (-4,8 punti percentuali) rispetto alle altre aree del paese. **Nel mezzogiorno il rischio di povertà rimane considerevolmente elevato** anche se l’intervento straordinario per il Covid-19 ha ridotto di 2,1 punti percentuali il rischio di povertà al Sud e di un punto nelle Isole”.

Una possibile spiegazione può essere nella **maggiore presenza di economia sommersa nel Meridione**, il che rende più difficile progettare misure in grado di avere un impatto significativo. Se per esempio si prevede una misura per un certo gruppo di lavoratori o lavoratrici, ma essi non risultano da nessuna parte perché impiegati in nero, la loro situazione si complica.

Dal punto di vista dei redditi bisognerà aspettare ancora un po’ per avere numeri precisi e capire esattamente quali aree sono state colpite di più. Nel frattempo però possiamo trarre qualche conclusione da una indagine straordinaria condotta dalla Banca d’Italia dopo la prima ondata, secondo cui il 16,6% delle famiglie del meridione ha visto il proprio reddito ridursi di oltre il 50%, contro il 15% del centro e il 13,5% del nord. Per un altro 17,4% al sud il reddito è calato fra il 25 e il 50%, valore di nuovo superiore al nord (15,9%) ma inferiore al centro (23,4%). In quei mesi, d’altra parte, ha visto crescere il proprio reddito l’1,6% delle famiglie al nord contro lo 0,6 al centro e l’1% al meridione.



"*Quasi il 40 per cento degli individui indebitati*", ricordava Bankitalia, "*dichiara di avere difficoltà nel sostenere le rate del mutuo a causa della crisi; la quota è più elevata nel centro e nel mezzogiorno. Solo un terzo di chi è in difficoltà con il pagamento delle rate del mutuo ha fatto ricorso o intende far ricorso alla moratoria mutui. Fra coloro che hanno un finanziamento per credito al consumo la percentuale di individui in difficoltà con il pagamento della rata è del 34 per cento*". Il 18,3% delle famiglie meridionali diceva di poter far fronte alle spese essenziali soltanto per un mese, attingendo alla propria liquidità, e il 42,8% per meno di tre mesi. Di nuovo valori superiori di diversi punti sia al centro che al nord.

Già prima della crisi l'economia del Sud era in sofferenza, e secondo la stessa rilevazione **oltre il 16% delle famiglie dicevano di arrivare a fine mese "con difficoltà" o "con molta difficoltà**". Nelle altre aree del paese a dire lo stesso erano invece l'11-12% delle famiglie.

Questi sono gli effetti noti della prima ondata, con la successiva breve ripresa e poi l'arrivo della seconda e ancora più grave ondata dell'inverno 2020. In qualche tempo arriveranno i dati che terranno in conto dell'effetto dell'intero anno sui redditi, che potremo usare per fare conti migliori a livello locale.

https://www.infodata.ilsole24ore.com/2021/10/24/lindice-gini-le-nuove-mappe-della-disuguaglianza-italia/

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/istat-cresce-la-disuguaglianza-nella-distribuzione-dei-redditi-dopo-la-riforma-dellirpef/

THE LANCET
Public Health

State of health and inequalities among Italian regions from 2000 to 2021: a systematic analysis based on the Global Burden of Disease Study 2021

Prof Mohsen Naghavi · GBD 2021 Italy Subnational Burden of Disease Collaborators *

Stato di salute e disuguaglianze tra le regioni italiane dal 2000 al 2021: un'analisi sistematica basata sullo studio Global Burden of Disease 2021

Riepilogo

Contesto

Negli ultimi due decenni, il Servizio Sanitario Nazionale italiano è stato gradualmente decentralizzato, con le 21 amministrazioni regionali italiane ora responsabili della gestione dei propri servizi sanitari.

Questo cambiamento, unito alle misure di austerità e al costante invecchiamento della popolazione, ha avuto un impatto negativo sulla copertura sanitaria universale e sull'equità, esacerbando le disuguaglianze e le disparità regionali.

Questo studio si proponeva di analizzare le tendenze temporali e le differenze subnazionali nel carico di malattia dal 2000 all'Aprile 2025 - 2019 e dal 2019 al 2021 per catturare gli effetti della pandemia di COVID-19.

Metodi

Questo studio utilizza stime per l'Italia tratte dallo Studio Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors 2021. Analizziamo le tendenze e le differenze geografiche nel carico di malattia dal 2000 al 2021.

I parametri includono l'aspettativa di vita, l'aspettativa di vita corretta per lo stato di salute (HALE), gli anni vissuti con disabilità (YLD), gli anni di vita persi (YLL) e gli anni di vita corretti per la disabilità (DALY) osservati a livello nazionale, macroregionale e subnazionale.

Variazioni percentuali dei tassi, sia per tutte le età che standardizzati per età, e Sono riportati intervalli di incertezza del 95% (95% di UI).

Risultati

L'aspettativa di vita alla nascita in Italia è aumentata da 79,6 anni nel 2000 a 83,4 anni nel 2019, è scesa a 82,2 anni nel 2020 a causa del COVID-19 ed è leggermente risalita a 82,7 anni nel 2021. L'HALE (aspettativa di vita alla nascita) è stata di 70,9 anni (95% di UI 67,4–73,8) nel 2021.

Sono state osservate notevoli disparità regionali: in generale, nonostante i tassi di YLD più elevati, le regioni settentrionali hanno avuto migliori risultati in termini di salute, con un'aspettativa di vita e un HALE più elevati e tassi di YLL più bassi rispetto alle regioni meridionali. Nel complesso, le principali cause di YLD sono state il mal di schiena (1556,5 [1098,5–2080,2]), le cadute (926,2 [638,8–1253,8]) e le cefalee (858,0 [173,7–1808,2]).

Ansia e disturbi depressivi hanno entrambi registrato aumenti sostanziali nel periodo dal 2019 al 2021 (rispettivamente del 19,8% e del 17,3%).

Gli YLD per malattia di Alzheimer e diabete sono aumentati sostanzialmente dal 2000 al 2019 e dal 2019 al 2021 (rispettivamente del 70,6% e del 3,0% per la malattia di Alzheimer e del 46,8% e del 7,9% per ciascun punto temporale). I tassi di YLL sono diminuiti per la cardiopatia ischemica dal 2000 (-29,9% nel 2019), ma sono aumentati per la malattia di Alzheimer e altre demenze (54,5%).

I tassi di DALY sono diminuiti complessivamente dal 2000 al 2019, ma sono nuovamente aumentati nel 2021 a causa della pandemia di COVID-19.

Interpretazione
Lo studio evidenzia notevoli disparità regionali negli esiti sanitari in Italia, dovute alla demografia, alla qualità eterogenea dei servizi sanitari e alle disuguaglianze economiche. Affrontare il crescente peso della malattia di Alzheimer, del diabete e dei disturbi mentali, nonché le disparità regionali, richiede il rafforzamento delle misure preventive, un equo accesso ai servizi sanitari e politiche socioeconomiche, sia a livello nazionale che regionale.

Finanziamento
Bill & Melinda Gates Foundation.

Introduzione
Negli ultimi due decenni, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano ha attraversato un processo di regionalizzazione, che ha portato a una maggiore autonomia nella gestione dei servizi sanitari da parte delle 21 amministrazioni regionali italiane (19 regioni e due province autonome [PA]).
Di conseguenza, le amministrazioni regionali hanno il potere di determinare i piani sanitari, i modelli di governance e gli stanziamenti di bilancio, finanziati principalmente dal governo nazionale attraverso la tassazione.
Tale configurazione, la cui origine può essere fatta risalire al 2001 con la riforma del Titolo V della Costituzione italiana, è stata seguita da un periodo caratterizzato da politiche di austerità attuate in risposta alla crisi economica del 2008, da misure di contenimento dei costi volte a ridurre il deficit fiscale preesistente e da una riorganizzazione dei servizi sanitari.
Inoltre, influenzati da questioni di sostenibilità, in un'epoca di consenso economico neoliberista, i servizi sanitari pubblici non hanno risposto tempestivamente, il che a sua volta ha portato le famiglie a rispondere con spese vive o rinunciando ai trattamenti.
Mantenere standard adeguati di copertura sanitaria universale (CSU) sta diventando difficile. Ciò pone problemi di equità, che si aggiungono al divario economico di lunga data tra le regioni meridionali e settentrionali.
Tra il 2000 e il 2019, la spesa sanitaria delle famiglie è cresciuta dal 26% al 35% della spesa sanitaria totale, un effetto concentrato principalmente nelle regioni più ricche del Nord.
In termini di CSU, il Servizio Sanitario Nazionale italiano, un tempo considerato tra i migliori al mondo, non è più tra i primi dieci secondo diverse classifiche globali. Nel 2019, con una spesa di 2.000 dollari pro capite all'anno e un indice CSU di 89, l'Italia si è classificata al 20° posto a livello mondiale.

Ricerca nel contesto

Evidenze prima di queste
Ciò si riflette nella qualità disomogenea dei servizi sanitari e nelle diverse capacità delle famiglie di compensare lo scarso accesso e la qualità variabile dei servizi sanitari locali. Invece di cercare di ridurre il divario tra le regioni, negli ultimi 20 anni diversi governi hanno spinto per una maggiore autonomia regionale nella gestione dei servizi sanitari.
Rapporti ufficiali hanno evidenziato il sottofinanziamento della sanità pubblica.
servizio, la carenza di medici, le liste d'attesa sempre più lunghe e la scarsità di servizi sanitari locali per l'assistenza primaria e la prevenzione.

Aggiunto valore da questo studio
Il nostro articolo si basa sulle stime subnazionali del Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors 2021 (GBD 2021) per l'Italia, che sono state pubblicate per la prima volta in questo ciclo di studi GBD.
Ciò ci ha permesso di utilizzare parametri come gli anni vissuti con disabilità (YLD), gli anni di vita persi a causa di mortalità prematura (YLL) e gli anni di vita aggiustati per disabilità (DALY), coerentemente correlati

all'aspettativa di vita alla nascita e all'aspettativa di vita aggiustata per la salute (HALE), in tassi standardizzati per tutte le età e per età, per valutare il peso dell'invecchiamento a livello nazionale e regionale.
Per quanto a nostra conoscenza, questa è la valutazione più completa dei confronti regionali sulla salute in Italia, con e senza aggiustamento per le diverse strutture della popolazione in termini di carico fatale e non fatale. Le variazioni regionali sembrano avere un effetto sostanziale sulla salute della popolazione.
Nel 2021, le macroregioni meridionali e insulari hanno mostrato un carico fatale più elevato, sia in termini di tassi standardizzati per tutte le età che per età.
Mentre la pandemia di COVID-19 ha colpito le regioni settentrionali più di quelle meridionali nel 2020, il Nord ha recuperato nel 2021, mentre le regioni del Sud e delle Isole hanno progressivamente peggiorato nel corso del 2020 e del 2021. Al contrario, le regioni settentrionali sono state maggiormente colpite dal carico non fatale a causa della loro struttura demografica più anziana.
In generale, le regioni settentrionali hanno mostrato costantemente migliori risultati in termini di salute, caratterizzati da una maggiore aspettativa di vita e da un HALE (buona salute mentale), che riflette i sistemi sanitari più avanzati e un carico fatale inferiore rispetto alle regioni meridionali e insulari. Un andamento simile emerge confrontando donne e uomini: le donne, con un'aspettativa di vita di 4,5 anni superiore,
hanno un carico di malattie non fatali maggiore rispetto agli uomini. I nostri risultati offrono un quadro unificato per interpretare il complesso carico di malattia nelle diverse regioni e forniscono una preziosa conferma di questioni dibattute da tempo nel campo epidemiologico italiano, come l'interazione tra disuguaglianze socioeconomiche regionali, performance del sistema sanitario e fattori demografici.

Implicazioni da questo studio
Il divario economico tra le regioni italiane influisce sulla qualità e sulla capacità di accesso ai servizi sanitari, il che si traduce in profili di carico diversi in tutto il Paese. Le persone vivono più a lungo, ma la stagnazione del carico non fatale colpisce in modo sproporzionato le regioni con... Anche l'invecchiamento della popolazione costituisce una preoccupazione.
Nel 2021, il tasso di fecondità totale (TFR) in Italia era pari a 1,24, notevolmente al di sotto della soglia minima riconosciuta di 2,1 necessaria per garantire il ricambio generazionale.
Con oltre il 24% della popolazione di età pari o superiore a 65 anni e un'età media di 48 anni, l'Italia è il secondo Paese più anziano al mondo dopo il Giappone.
Ciò implica un ulteriore aumento del carico di malattia e della complessità delle patologie, con un previsto aumento del numero di persone che convivono con comorbilità a lungo termine.
Ulteriori preoccupazioni derivano dalla crescente privatizzazione, soprattutto per l'assistenza secondaria, terziaria e a lungo termine, insieme alla stagnazione della crescita economica, alla crescente disuguaglianza di reddito e agli stili di vita non salutari. In questo contesto, la prima pubblicazione in assoluto della stima del Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors (GBD) per le regioni italiane offre un'eccellente opportunità per un esame approfondito del carico regionale di malattie e dell'utilità dei dati modellizzati nell'ambito dello studio GBD 2021 (GBD 2021).
Le stime subnazionali GBD 2021 per l'Italia sono disponibili dal 1990 al 2021.
Tuttavia, le nostre analisi si concentrano sul periodo dal 2000 al 2021 per valutare l'effetto della riforma costituzionale del 2001 e delle successive misure di contenimento dei costi e riorganizzazione dei servizi sanitari. Questo studio mira ad analizzare le tendenze temporali e le differenze geografiche nel carico di malattia a livello subnazionale dal 2000 al 2019 per cogliere le tendenze a lungo termine, e dal 2019 al 2021 per fornire un'analisi mirata degli anni della pandemia di COVID-19.
Il manoscritto è stato preparato seguendo il protocollo GBD e nell'ambito della rete di collaboratori GBD.

Articoles · Volume 10, Issue 4, E309-E320, April 2025

Sanità USA e governo Trump

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

“Mettere l’America al primo posto” – Minare la salute delle popolazioni in patria e all’estero

Christopher P. Duggan e Zulfiqar A. Bhutta

Nei primi mesi dell'amministrazione Trump, numerosi ordini esecutivi hanno portato a uno smantellamento caotico degli aiuti esteri e degli sforzi sanitari globali degli Stati Uniti. Questi ordini hanno già avuto, e continueranno ad avere, gravi effetti negativi sulle popolazioni vulnerabili a livello globale. Ma hanno anche gravi implicazioni per la popolazione degli Stati Uniti.

L'istituzione di agenzie e istituti sanitari globali statunitensi fu guidata non solo dall'obiettivo di affrontare le disparità sanitarie globali, ma anche da imperativi politici. Tali imperativi includevano l'influenza sulle politiche e sull'opinione pubblica internazionale per migliorare la posizione degli Stati Uniti a livello globale, sostenere le industrie statunitensi e ridurre le discordie interne nei paesi che si trovavano ad affrontare turbolenze economiche che avrebbero potuto mettere a repentaglio gli interessi statunitensi. Questi obiettivi si riflettevano nella nomina di Herbert Hoover ad amministratore alimentare statunitense per prevenire la carestia nel Belgio occupato nel 1917; nell'emanazione del Food for Peace Act del 1954, che autorizzava la "spedizione di prodotti in eccedenza a nazioni 'amiche'"; nella partecipazione dei rappresentanti statunitensi alla creazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1948; e nell'istituzione, da parte di John F. Kennedy, dell'Agenzia statunitense per lo Sviluppo Internazionale (USAID) nel 1961. I responsabili politici riconobbero inoltre che la promozione della salute e dello sviluppo economico nei paesi a basso e medio reddito (LMIC) avrebbe portato benefici agli Stati Uniti attraverso il rafforzamento degli scambi commerciali e una maggiore sicurezza globale.

Collaborazioni scientifiche globali con reciproci benefici si sono intensificate nel secondo dopoguerra con l'istituzione dei Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e del Fogarty International Center (FIC) presso i National Institutes of Health (NIH). I risultati ottenuti da scienziati statunitensi e internazionali che si sono formati o hanno lavorato presso questi centri o presso l'OMS hanno avuto effetti importanti, tra cui l'eradicazione del vaiolo, la quasi eradicazione della poliomielite, la creazione di standard di crescita infantile riconosciuti a livello globale, un migliore controllo etico e la revisione della ricerca, e il riconoscimento della relazione tra malattie infettive e malnutrizione.

Spesso mancano in queste storie di successo i benefici finanziari e sanitari che questi programmi hanno avuto negli Stati Uniti. L'assistenza estera, spinta dall'interesse globale nel contenere le malattie infettive pandemiche – tra cui lo sviluppo di capacità di laboratorio in tutto il mondo e le collaborazioni relative alla sindrome respiratoria acuta grave, alle epidemie di Zika, Ebola e Covid-19 in Asia e Africa – ha portato benefici alle popolazioni di tutto il mondo. Uno dei primi e più fondamentali esempi di innovazione reciproca è stata la scoperta e l'implementazione della terapia reidratante orale (ORT). [1] Molti paesi poveri hanno un'elevata incidenza di malattie diarroiche. L'impulso per lo sviluppo di una ORT a basso costo e altamente efficace è venuto da scienziati provenienti da India e Bangladesh, che spesso hanno collaborato con partner statunitensi finanziati dal governo statunitense. L'uso diffuso della ORT ha contribuito a ridurre sostanzialmente i decessi infantili per diarrea e ha portato a un nuovo standard di cura per la diarrea infantile nei paesi ad alto reddito e a prodotti commerciali negli Stati Uniti. Altri esempi di innovazione nazionale derivanti dagli investimenti dell'USAID includono l'uso di integratori di calcio per ridurre il rischio di preeclampsia, nonché l'integrazione di vitamina A nei bambini. Inoltre, l'evidenza derivante dall'impiego di operatori sanitari di comunità nei Paesi a basso e medio reddito (LMIC) offre opportunità per raggiungere le popolazioni emarginate e ridurre le disuguaglianze negli Stati Uniti.

Forse nessun programma incarna questi doppi vantaggi meglio del Piano di Emergenza Presidenziale per l'Aiuto all'AIDS (PEPFAR). All'inizio dell'epidemia di HIV, l'NIH ha promosso collaborazioni scientifiche multinazionali per identificare il virus, sviluppare trattamenti efficaci e implementare programmi globali di prevenzione e trattamento, che hanno portato alla creazione del PEPFAR nel 2003. Il PEPFAR ha salvato 26 milioni di vite e la crescita economica nei paesi con programmi PEPFAR ha beneficiato gli Stati Uniti e altri partner commerciali. Gli studi finanziati dal PEPFAR, spesso in tandem con i finanziamenti dell'NIH, hanno contribuito enormemente alle attuali conoscenze su HIV e AIDS.

Un'altra iniziativa essenziale, il FIC – l'istituto del NIH responsabile del supporto alla formazione e alle partnership per la ricerca in ambito sanitario globale – ha formato per decenni leader in settori scientifici di rilevanza globale. I tirocinanti e i beneficiari del FIC sono leader globali i cui risultati includono il sequenziamento genomico del virus Ebola e di altri patogeni virali, la caratterizzazione di coorti familiari ad alto rischio di malattia di Alzheimer e lo sviluppo di applicazioni sanitarie mobili. La ricerca finanziata dal FIC nei Paesi a Basso e Medio Oriente (LMIC) ha avuto un impatto diretto sulla salute negli Stati Uniti, promuovendo la diagnosi precoce del cancro e lo sviluppo di terapie per l'anemia falciforme, la diagnostica point-of-care per le malattie infettive e trattamenti per la malnutrizione infantile. Oltre tre quarti dei finanziamenti del FIC coinvolgono un beneficiario o un ricercatore statunitense, il che sottolinea ulteriormente i benefici diretti dell'istituto per l'economia statunitense.

L'assistenza estera degli Stati Uniti ha generalmente portato a miglioramenti sostanziali in termini di sicurezza e stabilità politica ed economica, inclusa una riduzione del numero di persone che vivono in condizioni di povertà estrema. Giappone e Corea del Sud, le cui economie sono state ricostruite grazie all'assistenza degli Stati Uniti, sono ora tra i suoi principali partner commerciali. Dei paesi che costituiscono i 15 principali mercati di esportazione degli Stati Uniti, 11 hanno beneficiato dell'assistenza statunitense, secondo la US Global Leadership Coalition.

Poiché gli aiuti esteri statunitensi rappresentano circa l'1% del bilancio federale, siamo scettici sulle argomentazioni basate sul risparmio sui costi a sostegno della loro eliminazione. Inoltre, il taglio degli aiuti esteri statunitensi potrebbe avere conseguenze politiche negative e imprevedibili. Le misure volte a eliminare gli aiuti esteri statunitensi potrebbero avere effetti a cascata in altri paesi ad alto reddito; il Regno Unito e la Germania stanno attuando sostanziali riduzioni degli aiuti allo sviluppo. Questo vuoto potrebbe essere colmato da altri attori globali. L'ascesa della Cina nella salute e nello sviluppo globali è stata osservata in tutta l'Africa subsahariana ed è probabile che continui. Le relazioni tra malattie acute e croniche, insicurezza alimentare, instabilità politica e conflitti armati sono complesse e la sicurezza alimentare nell'Africa subsahariana è in calo dal 2015. [2] Il brusco ritiro di molti programmi sostenuti dall'USAID per la prevenzione e il trattamento della malnutrizione e la riduzione della mortalità infantile [3] potrebbe minacciare la stabilità politica in Africa e altrove.

Lo smantellamento da parte dell'amministrazione Trump dell'USAID e di altri programmi di assistenza internazionale segna una rottura con decenni di pratiche basate sull'evidenza che hanno migliorato la vita in tutto il mondo. Oltre a spingere milioni di persone nella povertà e a causare circa 160.000 o più decessi infantili evitabili ogni anno, [4] queste riforme comprometteranno la salute e l'economia degli Stati Uniti. Gli Stati Uniti corrono il rischio di perdere la fiducia di molte persone nei Paesi a basso e medio reddito, il che potrebbe compromettere le relazioni internazionali.

Cosa possono fare medici e scienziati nell'attuale contesto politico? Innanzitutto, è necessario riconoscere i limiti dei programmi di assistenza estera degli Stati Uniti. Concordiamo con coloro che hanno sostenuto la riforma dell'assistenza estera, sia per quanto riguarda l'entità degli aiuti che il modello di erogazione. Alcuni hanno sostenuto che lo smantellamento dell'USAID rappresenta un'opportunità per riconsiderare le ramificazioni strutturali, economiche e politiche dell'assistenza estera, incluso il fatto che inibisca lo sviluppo socioeconomico locale o promuova la dipendenza dal Nord del mondo. [5] Ma la cessazione improvvisa e caotica di migliaia di programmi chiaramente non favorisce il benessere delle popolazioni globali. Gli obiettivi, la struttura e l'attuazione dell'assistenza estera degli Stati Uniti dovrebbero essere ampiamente discussi. L'obiettivo dovrebbe essere un servizio snello ed efficiente che promuova una vera collaborazione e uno sviluppo globali, non un completo disimpegno.

In secondo luogo, medici e scienziati possono sostenere il continuo impegno degli Stati Uniti con i partner globali. Il ritiro dall'OMS riduce la capacità degli Stati Uniti di influenzare la riforma e la ristrutturazione

dell'organismo di coordinamento sanitario globale a livello mondiale. L'eliminazione dei finanziamenti statunitensi a Gavi, l'Alleanza per i Vaccini, mette inoltre a repentaglio la salute delle popolazioni vulnerabili a livello internazionale e negli Stati Uniti. I cittadini possono contattare i propri rappresentanti al Congresso per esprimere la propria opinione su queste politiche, in collaborazione con le organizzazioni cliniche e scientifiche nazionali. Fondamentale per il successo delle attività di advocacy sarà la dimostrazione di come il ritiro degli aiuti esteri e il disimpegno globale compromettano la salute e il benessere economico negli Stati Uniti e minaccino la salute e la sicurezza economica globali. Questa argomentazione dovrebbe trovare riscontro sia nei Democratici che nei Repubblicani.
Infine, è importante riconoscere come il ridimensionamento della ricerca e del sostegno alla salute globale sia in linea con gli attacchi alla ricerca sanitaria e all'istruzione superiore in generale. La revoca dei finanziamenti del NIH, ad esempio, ha scosso i centri medici accademici statunitensi.
Medici, ricercatori e università possono chiedere giustizia presso i tribunali locali e federali e presso il potere legislativo. Dobbiamo resistere all'impulso di "tenere la testa bassa" e agire per paura e per autoconservazione. Rudolf Virchow ha osservato che "è la maledizione dell'umanità imparare a tollerare anche le situazioni più orribili per abitudine, dimenticare gli eventi più vergognosi nella vergogna quotidiana degli eventi".
Medici, scienziati e altri devono resistere a queste politiche federali sconsiderate e sostenere fermamente azioni basate sull'evidenza. La vita e il benessere delle persone negli Stati Uniti e in tutto il mondo dipendono da questo.

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2503243?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

N inglese J Med 2025 ; 392 : 1457 - 1460
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 ci è riuscito di nuovo: il giorno del suo secondo insediamento, il 20 gennaio 2025, ha emesso un ordine esecutivo in cui dichiarava che gli Stati Uniti si sarebbero ritirati dall'OMS e sospendeva il futuro trasferimento di finanziamenti statunitensi all'organizzazione. L'ordine richiama anche il personale statunitense che collabora con l'OMS a qualsiasi titolo.
In questa seconda fase, c'è tutto il tempo perché i suoi desideri vengano esauditi. La risoluzione congiunta del 1948 non chiarisce se il ritiro degli Stati Uniti richiederebbe l'approvazione del Congresso, 1 ma anche se lo richiedesse, sembra improbabile che il Congresso, controllato dai Repubblicani, lo impedisca. La risoluzione richiede che gli Stati Uniti adempiano ai propri obblighi finanziari nei confronti dell'OMS prima del ritiro, e gli Stati Uniti devono ancora versare le quote dovute 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 i futuri finanziamenti statunitensi all'OMS avrà effetti catastrofici sulla salute sia nazionale che globale.
Trump vuole punire l'OMS per quella che sostiene essere stata la mancata rapida e immediata attivazione dell'allarme quando è emerso il nuovo coronavirus. La sua argomentazione è infondata: il 23 gennaio 2020, l'OMS ha intimato a tutte le nazioni di prepararsi all'arrivo del virus. "Siate preparati", ha affermato, "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 ulteriore". 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 tardive sono costate innumerevoli vite americane. Sebbene il Gruppo indipendente per la preparazione e la risposta alla pandemia, istituito per trarre insegnamento dalla risposta globale al Covid-19, abbia individuato carenze nelle prestazioni dell'OMS durante la pandemia e abbia proposto riforme all'agenzia, il ritiro degli Stati Uniti non contribuisce in alcun modo a sostenere 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 dei cambiamenti climatici – abbiamo bisogno di un'OMS rafforzata ora più che mai. Ritirare i finanziamenti e il sostegno degli Stati Uniti all'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 valutare le prove scientifiche e contribuire 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 infettive e non trasmissibili e coordina le risposte alle epidemie e i programmi globali di controllo delle malattie.
La decisione di Trump indebolirà gli sforzi globali per la salute in due modi principali. In primo luogo, gli Stati Uniti sono di gran lunga il maggiore donatore dell'OMS, avendo contribuito con una cifra compresa tra 163 e 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 questo importo è stato erogato sotto forma di contributi volontari destinati a iniziative specifiche: la quota maggiore è stata destinata alla risposta a emergenze sanitarie acute, seguita dagli sforzi per espandere i servizi sanitari, eradicare la poliomielite e prevenire epidemie e pandemie.
Uno dei programmi più vulnerabili è la Global Polio Eradication Initiative, che senza il sostegno degli Stati Uniti rischia seriamente di essere compromessa (vedi tabella). Più in generale, il taglio dei finanziamenti statunitensi creerà un vuoto critico nella capacità dell'OMS di rispondere efficacemente a crisi sanitarie, emergenze ed epidemie globali – vuoti che potrebbero ritorcersi contro gli Stati Uniti, aumentando il rischio di minacce di malattie infettive. Le conseguenze immediate di questa decisione si stanno già manifestando: i contributi volontari degli Stati Uniti all'OMS sono stati sospesi. 3

Esempi di campagne di sanità pubblica rese possibili dalla cooperazione tra Stati Uniti e OMS.
In secondo luogo, l'amministrazione Trump ha ordinato ai Centers for Disease Control and Prevention (CDC) di interrompere tutte le comunicazioni con l'OMS, senza alcuna chiara indicazione su se e quando riprenderanno. Questa brusca interruzione minaccia lo scambio tempestivo di dati e competenze cruciali. La perdita immediata delle competenze scientifiche e del contributo collaborativo dei CDC presso l'OMS ostacola le risposte in corso alle epidemie emergenti, una sfida sempre più grande in un mondo sempre più interconnesso. Che ne sarà degli studi in corso tra CDC e OMS sull'mpox, soprattutto in risposta all'ultima dichiarazione della PHEIC in Africa? In che modo gli sforzi dell'Uganda per contenere l'ultima epidemia di Ebola saranno influenzati dall'assenza del supporto tecnico statunitense?
Avendo collaborato con gli uffici nazionali dell'OMS, abbiamo potuto constatare in prima persona quanto sia apprezzata la consulenza tecnica dell'agenzia. Le linee guida, i manuali e i rapporti che produce sono strumenti affidabili per definire le politiche sanitarie nazionali e migliorare i risultati in materia di salute pubblica. La perdita di finanziamenti e competenze tecniche statunitensi ostacolerà la capacità dell'OMS di

generare risorse così cruciali e la capacità dei paesi che dipendono da essa di rispondere efficacemente alle crisi sanitarie.
Il CDC ha storicamente svolto un ruolo essenziale nel supportare gli sforzi dell'OMS per la sorveglianza e il controllo delle malattie a livello globale (vedi tabella). Ha fornito assistenza tecnica essenziale nel monitoraggio delle malattie non trasmissibili e infettive e ha mobilitato rapidamente personale e risorse per supportare le risposte sanitarie di emergenza. Ad esempio, il CDC ospita il Centro Collaborativo dell'OMS per la Sorveglianza, l'Epidemiologia e il Controllo dell'Influenza, che gestisce un archivio globale di campioni influenzali e isolati virali. In qualità di centro designato dall'OMS, la divisione influenza del CDC ha svolto un ruolo determinante nella sorveglianza durante tutto l'anno, consentendo l'individuazione precoce della deriva antigenica nei virus influenzali stagionali e l'identificazione di nuovi ceppi di influenza A con potenziale pandemico.

SALUTE INTERNAZIONALE

OMS orfana degli USA

Benedetto Saraceno

Il ritiro degli Stati Uniti dall'OMS avrà un impatto enorme sulla salute delle persone sia livello globale sia negli Stati Uniti: la comunità globale, compresi gli americani, soffrirà e ci sarà un peggioramento della salute.

Nel numero di gennaio 2025 del bollettino di Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health viene riportata una interessante conversazione fra tre membri di quella università: Judd Walson, professore di Salute Internazionale, Robert Black, chair della cattedra di International Health e Stephanie Desmon direttore della Comunicazione.
La conversazione ha come tema quello delle conseguenze della decisione di Donald Trump di fare uscire gli Stati Uniti dalla Organizzazione Mondiale della Salute (1). I tre esponenti della John Hopkins rilevano che **l'amministrazione Trump ha utilizzato come motivo del ritiro degli Stati Uniti la risposta dell'OMS al COVID.**
Tuttavia, affermano i tre ricercatori, la risposta al COVID a livello globale deve essere considerata come un successo tecnico poiché ha implicato numerosi progressi tecnici, tra cui lo sviluppo di vaccini a un ritmo mai visto precedentemente e l'invio di farmaci e vaccini in luoghi che erano difficilmente accessibili.
Invece, il ritiro degli Stati Uniti dall'OMS, dicono i tre esperti, avrà un impatto enorme sulla salute delle persone sia livello globale sia negli Stati Uniti: la comunità globale, compresi gli americani, soffrirà e ci sarà un peggioramento della salute.
Tali drammatiche conseguenze risultano più comprensibili se si osservano le attività che costituivano la cooperazione fra OMS e Stati Uniti e che saranno destinate o a scomparire o a ridursi in modo significativo (2).

Eradicazione del vaiolo.
Dopo una campagna di vaccinazione globale condotta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'8 maggio 1980 la 33ª Assemblea Mondiale della Sanità dichiarò che il vaiolo era stato eradicato. La malattia aveva ucciso circa 300 milioni di persone nel XX secolo.
Come elemento chiave della campagna di eradicazione, gli Stati Uniti hanno guidato il Programma Intensivo di Eradicazione del Vaiolo, fornendo ricerca, finanziamenti, assistenza tecnica e personale. Il Centro per il Controllo e la Prevenzione delle malattie di Atlanta (CDC) ha fornito leadership e supporto al personale.

Iniziativa Globale per l'Eradicazione della Polio (GPEI).
Gli sforzi globali per proteggere le persone dalla polio hanno portato a una riduzione del 99,9% dei casi annuali di poliovirus tra il 1988, quando c'erano 350.000 casi in più in 125 Paesi endemici, e il 2023, quando ci sono stati solo 12 casi in 2 Paesi endemici, Afghanistan e Pakistan. Fino alla decisione di Trump di ritirarsi dall'OMS, il CDC di Atlanta era un partner chiave della Iniziativa Globale guidata dall'OMS e gli Stati Uniti erano uno dei suoi maggiori finanziatori. Il recente congelamento del sostegno statunitense al GPEI da parte di Trump arriva in un momento pericoloso: l'incidenza del poliovirus selvaggio è infatti aumentata in Afghanistan e Pakistan tra il 2023 e il 2024.

Sistema globale di sorveglianza e risposta all'influenza (GISRS).
Istituito nel 1952, il GISRS dell'OMS è una rete globale di laboratori che collaborano per monitorare i virus influenzali e condividere le informazioni, una risorsa fondamentale per la preparazione e la risposta alle pandemie. La rete comprende 151 centri nazionali per l'influenza in 127 Paesi e sette centri collaboratori dell'OMS; il CDC di Atlanta ospita uno di questi – il Centro per la sorveglianza, l'epidemiologia e il controllo dell'influenza – che gestisce un archivio globale di campioni isolati di virus influenzali. Gli Stati Uniti hanno fornito supporto finanziario e tecnico al GISRS.

Controllo delle malattie tropicali trascurate (Neglected Tropical Diseases).
L'OMS ha identificato come NTDs un gruppo eterogeneo di 20 patologie.
Queste malattie colpiscono le comunità più povere delle regioni tropicali, sono altamente stigmatizzate e hanno importanti conseguenze sanitarie, sociali ed economiche.
Nel novembre 2020, la 73ª Assemblea Mondiale della Sanità ha approvato un piano tecnico globale per il controllo delle NTDs, delineando una "road map per le NTDs 2021-2030".
Gli Stati Uniti finanziano diverse campagne di controllo delle NTDs e lavorano in stretto coordinamento con l'OMS in questi sforzi; il CDC è un partner chiave in questa collaborazione. I finanziamenti statunitensi per il controllo delle NTDs sono passati da 15 milioni di dollari nell'anno fiscale 2006 a circa 115 milioni di dollari nell'anno fiscale 2024.

Controllo ed eliminazione della malaria.
La "President's Malaria Initiative" (PMI) è stata lanciata nel 2005 dall'amministrazione di George W. Bush con l'obiettivo di ridurre del 50% le morti per malaria in 15 Paesi africani ad alta prevalenza.
La PMI ha lavorato a stretto contatto con l'OMS per implementare strategie di controllo della malaria basate su dati epidemiologici, che hanno portato a un calo di quasi il 50% dei decessi legati alla malaria.
Il PMI e l'OMS hanno distribuito più di 3 miliardi di zanzariere trattate con insetticidi, riducendo la trasmissione della malaria in Africa, Sud-Est asiatico e America Latina. Gli Stati Uniti hanno fornito finanziamenti e sostegno alla ricerca per l'introduzione dei nuovi vaccini contro la malaria, mentre il CDC ha fornito supporto ai programmi di sorveglianza della malaria e ha aiutato a tracciare i focolai.

Fine della pandemia di HIV-AIDS
Gli Stati Uniti e l'OMS hanno svolto un ruolo centrale nella lotta globale contro l'HIV-AIDS, riducendo in modo significativo le nuove infezioni e i decessi legati all'AIDS. Al centro di questo impegno c'è il Piano d'emergenza del Presidente per l'assistenza all'AIDS (PEPFAR), che collabora strettamente con l'OMS, il Programma congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS (UNAIDS), il Fondo Globale e altri partners internazionali allo scopo di ampliare l'accesso alla prevenzione, al trattamento e all'assistenza dell'HIV in tutto il mondo.
Questa partnership ha permesso di salvare circa 25 milioni di vite, di evitare che 5,5 milioni di bambini nascessero con l'HIV, di rafforzare i sistemi sanitari e di avvicinarsi alla fine della pandemia di HIV-AIDS.

Queste importantissime collaborazioni giustificano il fatto che gli Stati Uniti contribuiscono, o meglio contribuivano, a circa il 18% del bilancio annuale dell'OMS, pari a circa 3,4 miliardi di dollari, e l'incertezza causata dal ritiro degli Stati Uniti sta già avendo un impatto drammatico (3).
In apertura della riunione del Consiglio esecutivo dell'OMS di gennaio 2025, il direttore generale Tedros Adhanom Ghebreyesus ha dichiarato che, anche prima dell'ordine esecutivo di Trump, l'OMS stava

pianificando una riduzione della spesa a causa di un deficit causato dalle difficoltà economiche di molti Paesi donatori. “L’annuncio degli Stati Uniti ha aggravato la situazione e abbiamo annunciato una serie di misure con effetto immediato”, ha dichiarato.

Il risultato è che “il personale dell’OMS è devastato”, afferma Ilona Kickbusch, politologa specializzata in salute presso il Graduate Institute of International and Development Studies di Ginevra: “**Quasi tutte le riunioni vengono cancellate e i viaggi nei paesi vengono annullati”.**
Gran parte del lavoro dell’OMS viene svolto attraverso sei uffici regionali. Uno di questi, l’Organizzazione Panamericana della Sanità (PAHO), riceve un flusso di finanziamenti dal governo degli USA separato dal budget generale della OMS. Si spera che tale finanziamento possa continuare a essere erogato anche dopo il ritiro degli Stati Uniti dall’OMS.
“Ci sono altri organismi regionali che gli Stati Uniti potrebbero scegliere di finanziare bilateralmente e quindi non attraverso l’OMS”, afferma David Heymann, ricercatore sulle malattie infettive presso la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Esistono inoltre decine di centri collaboratori designati dall’OMS che conducono ricerche presso istituzioni accademiche statunitensi a sostegno dei programmi dell’agenzia. Questi, si spera, potrebbero continuare a lavorare con l’OMS per fornire supporto tecnico.

Inoltre, e al di là dell’impatto finanziario, il ritiro degli Stati Uniti costituisce un pessimo esempio per gli altri Paesi: anche l’Argentina ha infatti dichiarato questo mese che lascerà l’organizzazione. Il presidente argentino Javier Milei ha accusato l’OMS di promuovere “confinamenti senza supporto scientifico”.
L’uscita dall’OMS significherebbe per l’Argentina perdere il sostegno internazionale per future pandemie e per altri problemi di salute globale, afferma Adolfo Rubinstein, ex ministro della Sanità argentino.
Sarebbe disastroso che si producesse un effetto a cascata e altri paesi seguissero l’esempio promosso da Donald Trump. Infine, sono recenti le informazioni (pur se da fonti non ufficiali) provenienti dalla stessa OMS di Ginevra, secondo cui non soltanto vi sarà una riduzione sostanziale dei consulenti che, di fatto, costituiscono, una risorsa essenziale per lo svolgimento dei programmi, **ma anche i membri dello staff con rapporti contrattuali più stabili potranno essere ridotti**.
Tale riduzione potrebbe realizzarsi con diverse modalità, fra cui l’offerta di pacchetti di pensionamento anticipato, anche se, sembrerebbe che tali pacchetti siano decisamente “poveri” ossia si limitino a offrire quattro mesi di salario a persone che magari avrebbero ancora anni di possibile impiego presso la organizzazione.
L’impoverimento finanziario e di risorse della OMS condurrà non solo alla riduzione drastica dei suoi programmi di cooperazione tecnica ma anche all’indebolimento della sua immagine e della sua autorevolezza. Tale indebolimento soddisferà non soltanto tutti quei numerosi nemici della scienza che preferiscono credere che i vaccini sono inutili o addirittura dannosi ma, soprattutto, le imprese private, nazionali o globali, già pronte a promuovere la sanità privata a scapito di quella pubblica.

https://www.saluteinternazionale.info/2025/04/oms-orfana-degli-usa/



Abbiamo letto con grande interesse il recente editoriale pubblicato su *The Lancet Infectious Diseases* , 1 che richiama con forza l'attenzione sulla preoccupante recrudescenza globale del morbillo, una malattia a lungo prevenibile che ora sta tragicamente tornando.

L'editoriale descrive opportunamente questo momento come un'emergenza sanitaria radicata non solo nel calo dei tassi di vaccinazione, ma in qualcosa di più profondo: una crisi di fiducia del pubblico nella scienza e nelle istituzioni, una mancanza di coraggio politico e un indebolimento dell'autorevolezza scientifica nel dibattito pubblico.

Nel 2023, si sono verificati circa 107.500 decessi correlati al morbillo a livello globale, che hanno colpito principalmente bambini di età inferiore ai 5 anni. 2 Negli Stati Uniti, si sta sviluppando una grave epidemia di morbillo, con oltre 600 casi confermati, la maggior parte concentrata in Texas, con epicentro nella contea di Gaines, in 22 giurisdizioni, tra cui Alaska, California, Florida e Washington. 3

Dal 1° marzo 2024 al 28 febbraio 2025, sono stati segnalati 28.791 casi di morbillo nei 30 paesi dell'UE e dello Spazio economico europeo (SEE), con il 69,4% di casi confermati in laboratorio. 4

La maggior parte dei casi si è verificata in Romania (84,1%), seguita da Italia (3,7%), Germania (2,1%), Francia (2,0%) e Belgio (1,9%).

La sola Italia ha segnalato 1.064 casi di morbillo, con l'incidenza più elevata nei bambini di età inferiore ai 5 anni. In tutti i 30 paesi dell'UE e dello SEE, i neonati di età inferiore a 1 anno hanno registrato il tasso di notifica più elevato (928,4 casi per milione), seguiti dai bambini di età compresa tra 1 e 4 anni (542,6 casi per milione). Tra i bambini di età compresa tra 1 e 4 anni, l'85,3% non aveva ricevuto il vaccino contro morbillo, parotite e rosolia (MPR). Sebbene alcuni casi (2,2%) siano stati importati (ovvero l'esposizione si è verificata al di fuori del paese segnalante) o collegati a fonti importate (0,9%), la stragrande maggioranza è stata dovuta a trasmissione locale.

Nel complesso, l'86,2% delle persone affette da morbillo con stato vaccinale noto non aveva ricevuto il vaccino MPR, a sottolineare la continua vulnerabilità dei bambini piccoli e l'urgente necessità di ripristinare la copertura vaccinale in tutta la regione. 4 Questo modello transnazionale suggerisce che l'esitazione vaccinale derivi da molteplici fattori oltre alla polarizzazione politica. La crisi evidenzia come la memoria collettiva delle malattie prevenibili con i vaccini svanisca più velocemente dei patogeni stessi.

L'aumento dei casi di morbillo è attribuito al calo dei tassi di vaccinazione e all'aumento dei viaggi internazionali da parte di persone non vaccinate.

I Centri statunitensi per il controllo e la prevenzione delle malattie (CDC) e le autorità sanitarie internazionali ribadiscono l'importanza del vaccino MPR, raccomandando una dose aggiuntiva per i nati dopo il 1957 che non sono sicuri del loro stato vaccinale, per coloro che sono stati vaccinati tra il 1963 e il 1967 e per i viaggiatori internazionali. 5 Il virus del morbillo è altamente contagioso e può portare a gravi complicazioni, tra cui polmonite, encefalite e morte. Il vaccino MPR rimane lo strumento di prevenzione più efficace.

Ma la domanda rimane: perché ora? La risposta non sta solo nei numeri, ma nelle narrazioni a cui abbiamo permesso di dominare lo spazio pubblico.

L'aumento dello scetticismo sui vaccini riflette più di una semplice ignoranza; rappresenta una posizione ideologica radicata che inquadra la scienza come incompatibile con i concetti di libertà personale, in particolare un'interpretazione restrittiva che privilegia la scelta individuale rispetto al benessere della comunità. In questo paradigma, la medicina basata sulle prove viene sempre più liquidata come mera opinione piuttosto che come conoscenza collettiva.

La recrudescenza del morbillo trascende quindi la biologia: è un fallimento sociale, che rivela una cultura che eleva le convinzioni individuali al di sopra della responsabilità pubblica. Questa tensione – tra libertà

dall'intervento del governo e libertà dalle malattie prevenibili – si manifesta a livello globale, sebbene la sua valenza politica vari a seconda dei contesti.
Dobbiamo anche affrontare il paradosso del progresso. Il fatto che il morbillo, un tempo una malattia temuta, sia stato portato sull'orlo dell'eliminazione è proprio ciò che ha permesso alla noncuranza di crescere. Una generazione ignara delle conseguenze devastanti dell'infezione è diventata suscettibile alla disinformazione. Nel frattempo, i leader politici, alcuni dei quali sposano apertamente la retorica anti-vaccino, alimentando la disinformazione, non sono riusciti ad agire con decisione.
La recente nomina di Robert F. Kennedy Jr., un importante scettico sui vaccini, a presidente di una commissione federale sulla salute pubblica non è solo allarmante, ma incarna una tendenza più ampia a politicizzare la scienza con modalità che costano vite umane. Questa non è semplicemente una crisi sanitaria: è un avvertimento dell'attuale grave pericolo per la salute pubblica.
La recrudescenza di malattie prevenibili con la vaccinazione, come il morbillo, ci dice qualcosa sulla fragilità dei risultati raggiunti in materia di salute pubblica. Non sono autosufficienti; richiedono un impegno politico continuo e la partecipazione dei cittadini. La vaccinazione non è solo una scelta di salute personale, è un atto di solidarietà. Non ci sono scuse, nel 2025, per la morte di un bambino a causa del morbillo.
Dobbiamo rinnovare il nostro impegno nei confronti dei valori fondamentali della salute pubblica: equità, prevenzione e politiche basate sulla scienza.
È tempo di ripristinare la fiducia attraverso l'azione: attraverso programmi di vaccinazione obbligatoria laddove necessario, attraverso campagne sistematiche di educazione pubblica e attraverso una leadership che difenda la scienza non solo quando è conveniente, ma quando è più urgentemente necessaria.
Che questa crisi non passi per un ennesimo episodio di un prevedibile ciclo di negligenza e rimpianto. Che segni invece una svolta, un punto di svolta in cui scegliamo la vigilanza anziché l'indifferenza e la protezione collettiva anziché la negazione individuale. La politica non può sostituire la scienza, né la scienza può fare politica da sola. Devono collaborare per la salute collettiva.
È paradossale che il responsabile della sanità negli Stati Uniti sia un dichiarato no-vax, quando il vaccino contro il morbillo è l'unico strumento serio e scientificamente provato per ridurre il peso della malattia. È assurdo che ci sia voluta la morte di due neonati per riconoscere che la vaccinazione è l'unica arma di lungimiranza che abbiamo. 6

https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(25)00239-7/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email

SALUTE INTERNAZIONALE

Sostenere la scienza medica negli USA

The Lancet

Lo smantellamento delle più importanti strutture di sanità pubblica e le persecuzioni contro le riviste scientifiche fanno parte di un obiettivo più ampio dell'amministrazione Trump: quello di distruggere la scienza indipendente nelle istituzioni governative e di mettere a tacere il mondo accademico. La scienza e la medicina negli Stati Uniti vengono violentemente smembrate sotto gli occhi del mondo intero (1).
Il perseguimento di una scienza medica rigorosa non è compatibile con la capitolazione alle richieste del governo volte a strumentalizzare ed erodere la scienza. Il 14 aprile, Edwin R Martin Jr, il procuratore degli Stati Uniti ad interim nominato da Trump per il Distretto di Columbia, ha inviato una lettera ad almeno una rivista medica, *CHEST* , affermando "che sempre più riviste e pubblicazioni come CHEST Journal stanno dimostrando di essere partigiane in vari dibattiti scientifici". La lettera chiedeva alla rivista di rispondere a cinque domande su argomenti come il modo con cui gestisce la disinformazione e i diversi punti di vista. Si

tratta di un ovvio stratagemma per incutere timore nelle riviste e violare il loro diritto a una supervisione editoriale indipendente. ***The Lancet* si schiera con *CHEST* e le altre riviste mediche che vengono intimidite dall'amministrazione Trump.**

Le persecuzioni contro le riviste scientifiche si inseriscono nel contesto di un più ampio e radicale smantellamento dell'infrastruttura scientifica degli Stati Uniti. La risposta dell'Office of Management and Budget degli Stati Uniti alla bozza di bilancio del Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani (HHS) per l'anno fiscale 2026 è trapelata il 18 aprile .

La richiesta della Food and Drug Administration (FDA) per l'anno fiscale 2026 ammonta a 2,9 miliardi di dollari, in calo rispetto ai 3,6 miliardi di dollari del 2024**. È preoccupante che l'ispezione degli alimenti potrebbe essere trasferita agli stati, indebolendo la supervisione e il coordinamento federali**.

I National Institutes of Health (NIH) e i Centers for Disease Control and Prevention (CDC) subiranno ingenti tagli, per un totale di 84 miliardi di dollari. **Nel frattempo, la nuova Amministrazione per un'America Sana di Robert F. Kennedy, con un bilancio proposto di 20 miliardi di dollari, mira a "concentrarsi inizialmente sulle malattie croniche infantili"**.

Kennedy ha chiarito che il suo interesse principale è trovare una causa per l'autismo, che in precedenza, ancora nel 2023 , aveva sostenuto essere dovuto ai vaccini e, nella sua prima conferenza stampa, aveva affermato che era "dovuto a tossine ambientali", un'agenda sbagliata a spese dei contribuenti.

L'HHS mira a ridurre il budget del NIH da 47 miliardi di dollari a 27 miliardi di dollari. 27 istituti e centri saranno accorpati e ridotti a otto, e mentre il National Institute for Allergy and Infectious Diseases e il National Cancer Institute rimarranno operativi, centinaia di sovvenzioni del NIH saranno congelate o annullate, danneggiando università, ricercatori e partecipanti agli studi. **Il budget del CDC potrebbe essere ridotto da 9,2 miliardi di dollari a circa 5,2 miliardi di dollari, con una riduzione del 44%**.

Sebbene la nuova proposta affermi che il CDC si concentrerà sulla "sorveglianza delle malattie emergenti e infettive, sulle indagini sulle epidemie, sulla preparazione e risposta e sul mantenimento delle infrastrutture nazionali", **il budget elimina il Global Health Center, che sovrintende alla missione sanitaria globale del CDC, tra cui il Piano di Emergenza per l'AIDS, la Malaria Initiative , l'eradicazione globale della poliomielite e le epidemie.**

Come manterrà il CDC la sua leadership nella salute globale? Altri tagli riguardano programmi su disparità sanitarie, prevenzione dell'HIV, tossicità da piombo, morbilità e mortalità infantile e sorveglianza della salute materna, persone LGBT+, prevenzione delle gravidanze adolescenziali, prevenzione dei senzatetto e salute mentale infantile precoce, tra gli altri.

Anche i finanziamenti per cliniche e ospedali rurali, già inadeguati, saranno tagliati.

All'HHS viene utilizzata una narrazione disinformata per cercare di ingannare l'opinione pubblica, inducendola a credere che questi tagli siano volti a migliorare la salute degli americani. Eppure, uno degli obiettivi dei governi autoritari è quello di distruggere la scienza indipendente nelle istituzioni governative e di mettere a tacere il mondo accademico.

La scienza diventa uno strumento di propaganda sponsorizzata dallo stato. Le azioni di Kennedy all'HHS sono solo un tassello dei piani generali del presidente Trump per rimodellare l'ordine globale, che minacciano il ruolo degli Stati Uniti come leader nella scienza e nella salute globale.

Peter Marks, ex direttore del Centro per la Valutazione e la Ricerca sui Prodotti Biologici della FDA, ha dichiarato nella sua lettera di dimissioni del 28 marzo : "È diventato chiaro che il Segretario non desidera verità e trasparenza, ma piuttosto una conferma subordinata della sua disinformazione e delle sue bugie". **Le richieste di dimissioni di Kennedy stanno crescendo**.

Il direttore esecutivo dell'American Public Health Association, Georges Benjamin, ha chiesto le dimissioni o la rimozione di Kennedy il 9 aprile. Anche il Treatment Action Group e Doctors for America hanno chiesto le sue dimissioni. Dato il sostegno di Kennedy allo smantellamento dell'NIH, del CDC e della FDA, insieme alla sua adesione a trattamenti e teorie non scientifiche, *The Lancet* si unisce alla richiesta di Benjamin di dimissioni di Kennedy.

Le riviste mediche non dovrebbero aspettarsi di essere risparmiate dall'attacco dell'amministrazione Trump alla scienza, né dovrebbero esserlo istituzioni sanitarie come l'NIH, il CDC o i centri medici universitari. La scienza e la medicina negli Stati Uniti vengono violentemente smembrate sotto gli occhi del mondo intero.

Mentre i rischi per il sostentamento di dipendenti pubblici e accademici sono reali e comprensibilmente spaventosi, i bulli sono incoraggiati solo dall'acquiescenza o dall'indifferenza.

(1)Supporting medical science in the USA. Editorial, Vol. 405, April 26, 2025. Traduzione e sottotitolo nostri.

https://www.saluteinternazionale.info/2025/04/sostenere-la-scienza-medica-negli-usa/

quotidianosanità.it

Stati Uniti. Salgono a 400 i casi di morbillo in Texas negli ultimi tre mesi, 41 i ricoveri ospedalieri

C'è stato un decesso in un bambino in età scolare che viveva nell'area dell'epidemia. Il bambino non era vaccinato e non aveva condizioni di base note. A causa della natura altamente contagiosa di questa malattia, è probabile che si verifichino ulteriori casi nell'area dell'epidemia e nelle comunità circostanti. Il Dshs sta lavorando con i dipartimenti sanitari locali per indagare sull'epidemia.

31 MAR -
Il Dipartimento dei servizi sanitari statali del Texas sta segnalando un'epidemia di morbillo nelle regioni di South Plains e Panhandle del Texas. Al momento, dalla fine di gennaio sono stati identificati 400 casi. Quarantuno dei pazienti sono stati ricoverati in ospedale.
C'è stato un decesso in un bambino in età scolare che viveva nell'area dell'epidemia. Il bambino non era vaccinato e non aveva condizioni di base note.
A causa della natura altamente contagiosa di questa malattia, è probabile che si verifichino ulteriori casi nell'area dell'epidemia e nelle comunità circostanti. Il Dshs sta lavorando con i dipartimenti sanitari locali per indagare sull'epidemia.
"Il modo migliore per evitare di ammalarsi è quello di essere immunizzati con due dosi di un vaccino contro il morbillo, che viene somministrato principalmente come vaccino combinato morbillo-parotite-rosolia. Due dosi del vaccino MPR sono altamente efficaci nella prevenzione del morbillo", ricorda il Dipartimento dei servizi sanitari statali del Texas.

https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=128726

la Repubblica

Dieci grafici per i cento giorni di Trump: così il ciclone Donald su economia e mercati

Raffaele Ricciardi

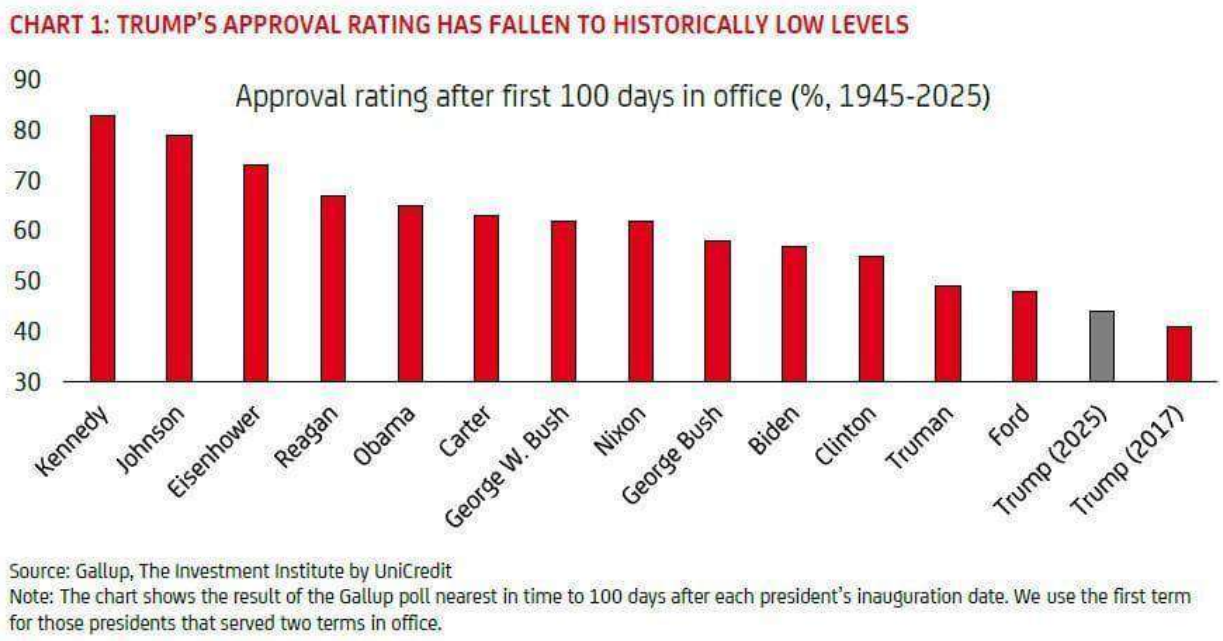
Dall'incertezza commerciale a livelli record, alla continua corsa dell'oro. Dalla perdita di fiducia verso Treasury e dollaro a un antipasto di rincari nel settore dei metalli industriali: ecco l'effetto-Trump

MILANO – Ci sono immagini che fanno la storia, e recentemente Donald Trump ne è stato protagonista. E ci sono grafici che aiutano a decifrala, o quantomeno restituiscono un po' di ordine ai momenti più convulsi della contemporaneità. I secondi primi cento giorni di Trump, quelli compiuti dal suo mandato bis alla guida del Paese più importante del mondo, hanno segnato il trionfo dell'incertezza. Scalfito la "Pax americana". Almeno nel mondo degli affari: "incertezza" è la parola sulla bocca di tutti gli operatori dei mercati finanziari, la più ricorrente nei discorsi dei capitani d'azienda, quella cui si riferiscono gli economisti.

Un report di "The investment institute", creatura di Unicredit per l'analisi dei principali fatti economici, mette in fila i dieci grafici che sintetizzano il grande sconvolgimento in atto. Impennata dell'incertezza politica e delle aspettative di inflazione da parte degli americani, causa dazi. Fiducia dei consumatori e tasso di apprezzamento per Tump in calo, a braccetto. Un sistema di regole internazionali (scritte e non) preso a picconate; le risposte che passano dalla legge del taglione cinese o dall'avvio di piani di spesa pubblica, quelli tedeschi, che fino a poco fa sembravano tabù. Discese ardite sui mercati e poi risalite nella speranza di un ritiro delle misure Usa più destabilizzanti, segni di perdita di fiducia verso asset (i Treasury e il dollaro) che nessuno si sognava di discutere. L'abbraccio all'oro come unico porto sicuro. Cosa aspettarsi ora? "Guardando avanti, prevediamo che i dazi saranno fissati al 10% per la maggior parte dei paesi, mentre quelli sulla Cina resteranno superiori ma significativamente più bassi dell'attuale 145% – spigano gli economisti di Uniredit – La Fed darà probabilmente priorità alle preoccupazioni sull'inflazione rispetto ai rischi recessivi, tagliando i tassi d'interesse soltanto una volta entro fine anno".

In attesa di vedere cosa davvero succederà, ecco le dieci istantanee di questi cento giorni.

1 – Il gradimento in picchiata



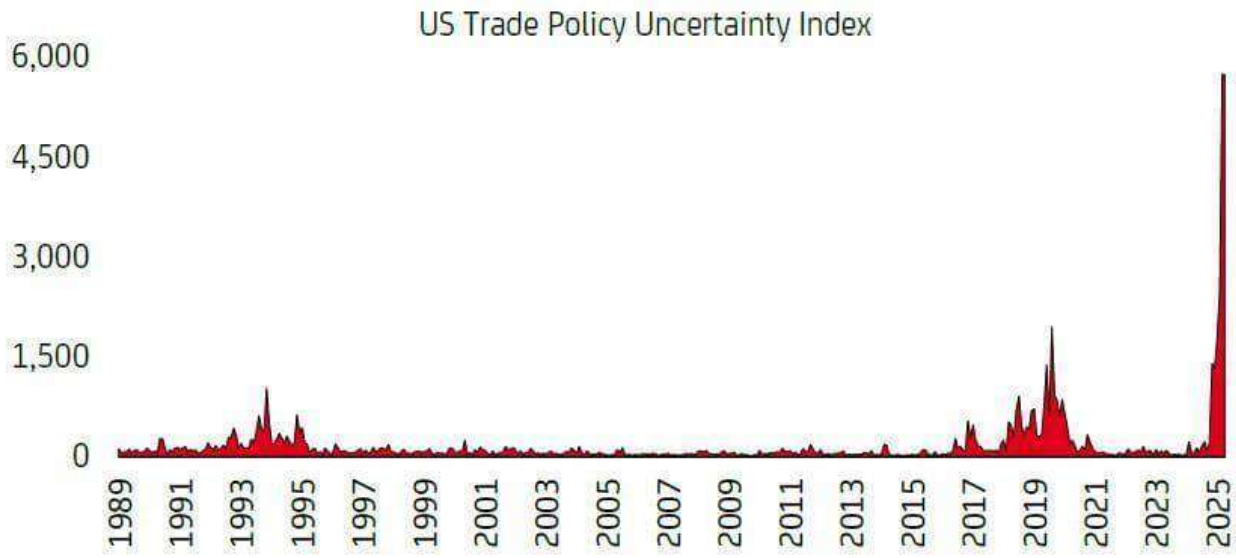
Source: Gallup, The Investment Institute by UniCredit
Note: The chart shows the result of the Gallup poll nearest in time to 100 days after each president's inauguration date. We use the first term for those presidents that served two terms in office.

Il gradimento in picchiata, solo Trump (I) fa peggio. L'indice di gradimento di Trump è molto basso se paragonato a quello dei precedenti presidenti allo stesso punto del loro primo anno di presidenza. Nel sondaggio condotto da Gallup il 21 aprile, l'indice di gradimento di Trump era del 44%, in calo rispetto al 47% registrato subito dopo l'insediamento del 20 gennaio 2025. Nel dopoguerra, solo l'indice di gradimento dello stesso Trump durante il suo primo mandato è stato più basso, pari al 41%. Le bocciature peggiori? Su "tariffe"

e “inflazione”. Il trend dovrebbe preoccupare la Casa Bianca in vista del medio termine del 2026, anche perché nella seconda parte del suo mandato dovrebbe concretizzare le promesse su tagli alle tasse e deregulation: senza il Congresso può esser complicato.

2 – Incertezza da record: frenano gli investimenti

CHART 2: A SURGE IN POLICY UNCERTAINTY, DRIVEN BY TARIFFS

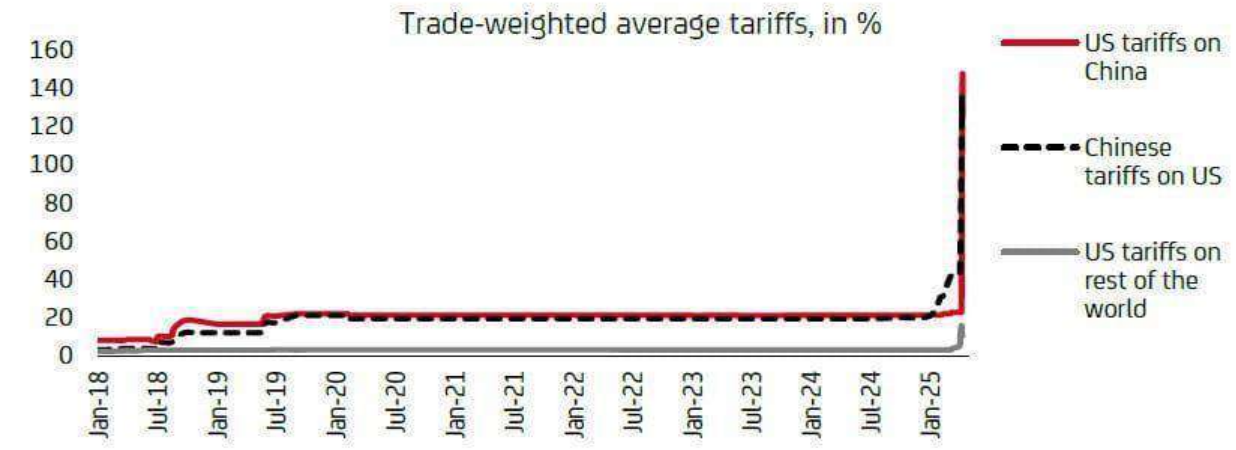


Source: policyuncertainty.com, The Investment Institute by UniCredit

Mai così tanta incertezza sul commercio. Stando agli articoli di giornale, mai si era visa tanta incertezza sulla politica commerciale americana: picco dall'inizio della serie a metà degli anni Ottanta. "Il persistere di un'elevata incertezza aumenta il rischio che le aziende adottino un atteggiamento attendista. Ciò tenderebbe a ritardare e/o ridurre le assunzioni e la spesa globale in investimenti", spiega Unicredit.

3 – L’impennata delle tasse doganali

CHART 3: ESCALATION IN US-CHINEESE TARIFFS PUTTING GLOBAL ECONOMY AT RISK

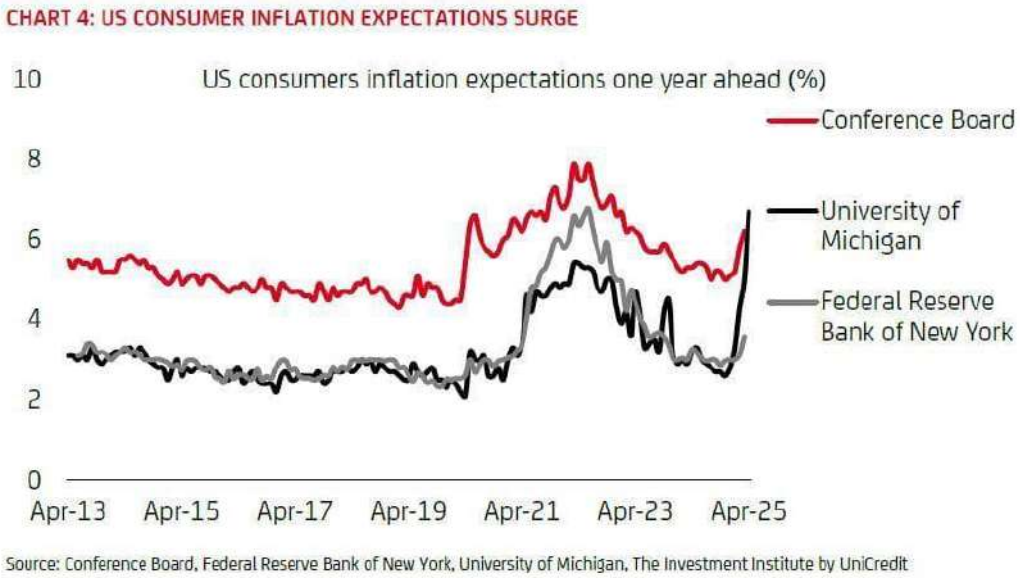


Source: PIIE, The Investment Institute by UniCredit

L'impennata delle tasse doganali. Il grafico mostra il dazio medio sulle importazioni statunitensi di beni dalla Cina e dal resto del mondo, insieme alla tariffa media sulle importazioni cinesi dagli Stati Uniti. Se nei rapporti Washington-Pechino siamo saliti a livelli punitivi ben superiori al 100%, verso il resto del mondo - nonostante il congelamento dei dazi reciproci e il mantenimento di quelli al 10% - siamo comunque ben sopra il livello

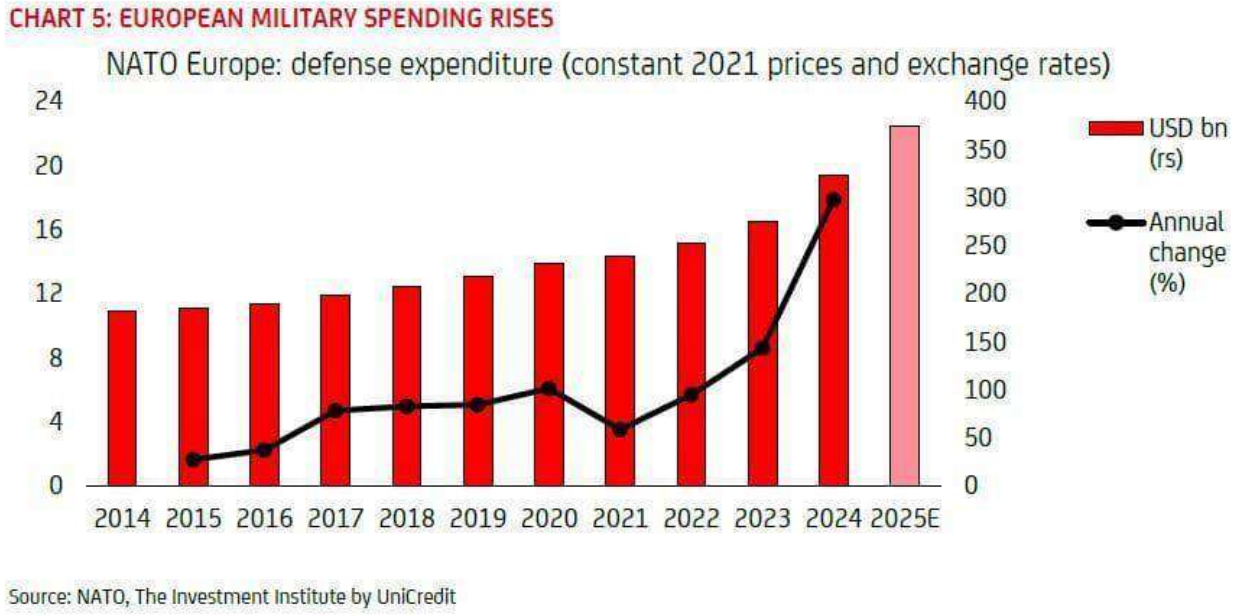
raggiunto alla fine dell'anno scorso (circa il 3%). Tutti sono appesi ai negoziati ma "più a lungo si protrae questa situazione di stallo, più alti sono i rischi di un grave shock per l'economia globale".

4 – Cresce l'aspettativa di inflazione



Diverse misure per un unico concetto: gli americani si aspettano prezzi più alti. Il grafico mostra le aspettative di inflazione dei consumatori statunitensi per l'anno successivo, che di recente hanno subito un'impennata, soprattutto a causa delle tariffe annunciate e previste. Risulta addirittura superato, nell'indice dell'Università del Michigan, il pico dl 2021-2023 quando si era alle prese con lo shock inflattivo causato dall'invasione russa in Ucraina. "Con la probabilità che l'inflazione statunitense aumenti e la crescita economica diminuisca", ammoniscono gli economisti, il doppio mandato della Fed, inflazione al 2% e massima occupazione, potrebbe iniziare "a entrare in conflitto".

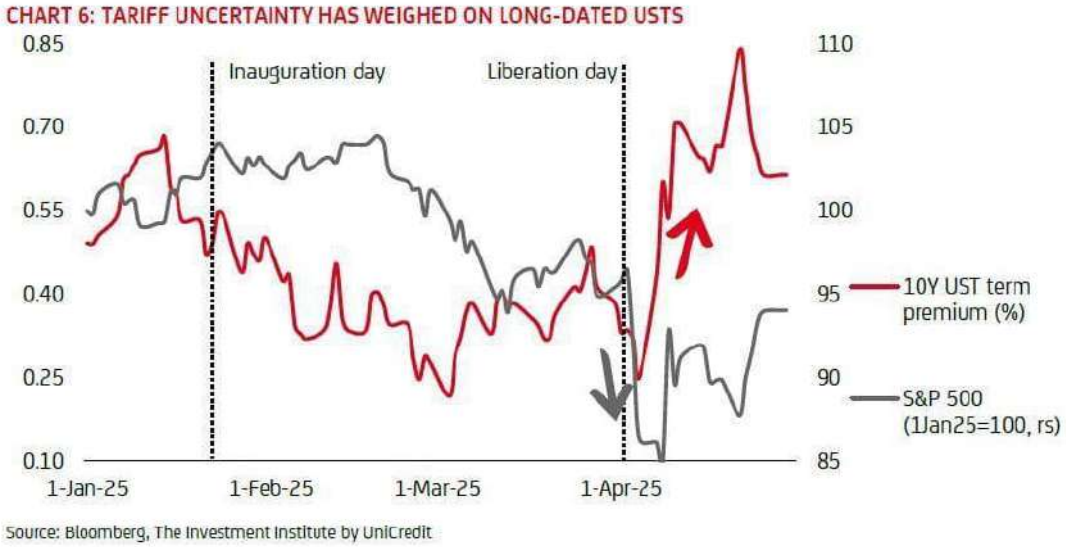
5 – La corsa al riarmo



Corsa al riarmo. Qui si vede la spesa per la difesa dei Paesi europei della Nato. "La spinta di Trump a sovvertire la forbice tra gli impegni statunitensi ed europei per la sicurezza" è piombata sul tavolo delle cancellerie del Vecchio continente. Germania, Polonia e Portogallo probabilmente useranno la clausola che consente di sforare i parametri sul deficit/Pil per sostenere investimenti militari; altri, come l'Italia e la Spagna non lo

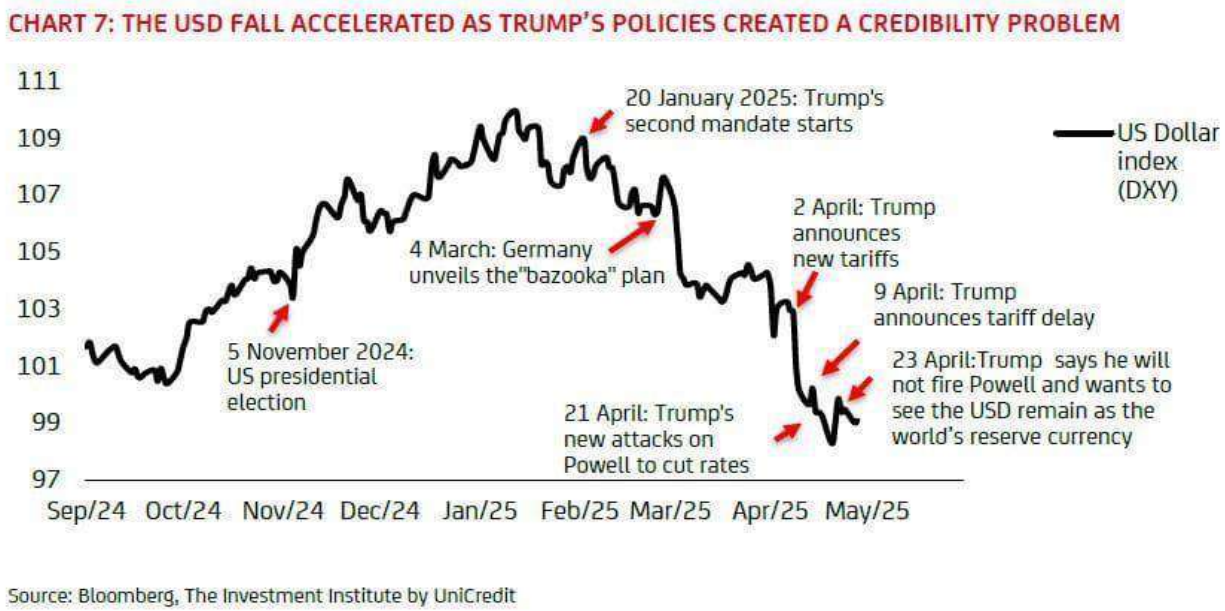
faranno ma hanno messo sul tavolo l'impegno a raggiungere l'obiettivo Nato di destinare il 2% del Pil alla difesa quest'anno. Si aspetta poi la riunione di giugno dell'Alleanza per un'ulteriore accelerazione.

6 – Crolla la fiducia verso il Tesoro americano



La pressione sui Treasury. Dopo il Liberation day dl 2 aprile le borse sono crollate. Ma anche i titoli di Stato americani, solitamente beni rifugio, non se la sono passata bene. La volatilità si è impossessata dei mercati, la curva dei rendimenti dei titoli di Stato Usa si è fatta più ripida: vuol dire che gli investitori chiedono maggiore rendimento per prestare soldi a Washington con l'impegno a riceverli indietro dopo molto tempo. In poche parole, c'è meno fiducia. L'incertezza commerciale non aiuta, e il deficit statunitense che si accumula non rende tranquilli. Ma quel che più impressiona è la terza riflessione: si parla di "una disaffezione generale nei confronti degli asset statunitensi che, in una prospettiva di medio-lungo termine, potrebbe far perdere ai Treasury il loro status di bene rifugio". Vorrebbe dire la fine di un'epoca.

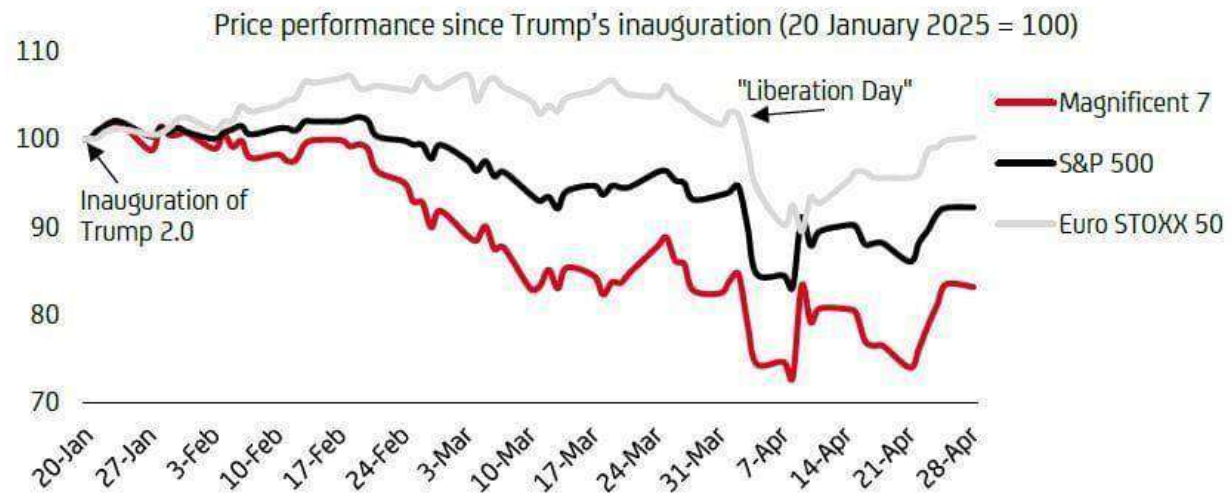
7 – Il dollaro giù dal trono?



Anche il dollaro non se la passa bene. Se i rendimenti dei Treasury segnalano un calo di fiducia, la debolezza del dollaro - altro asset solitamene sicuro nei giorni di burrasca - amplifica questo dubbio. l grafico del Dxy mostra l'indice del dollaro contro le principali valute del G10: un calo di quasi l'8% dalla fine di febbraio. "Tuttavia, è improbabile che il dollaro Usa venga presto detronizzato come valuta di riferimento a livello mondiale, a causa della mancanza di chiare alternative". Però il fatto che già se ne parli, in termini concreti, la dice lunga.

8 – Il colpo più duro alle Magnifiche Sette

CHART 8: MAGA MAULS THE MAGNIFICENT SEVEN

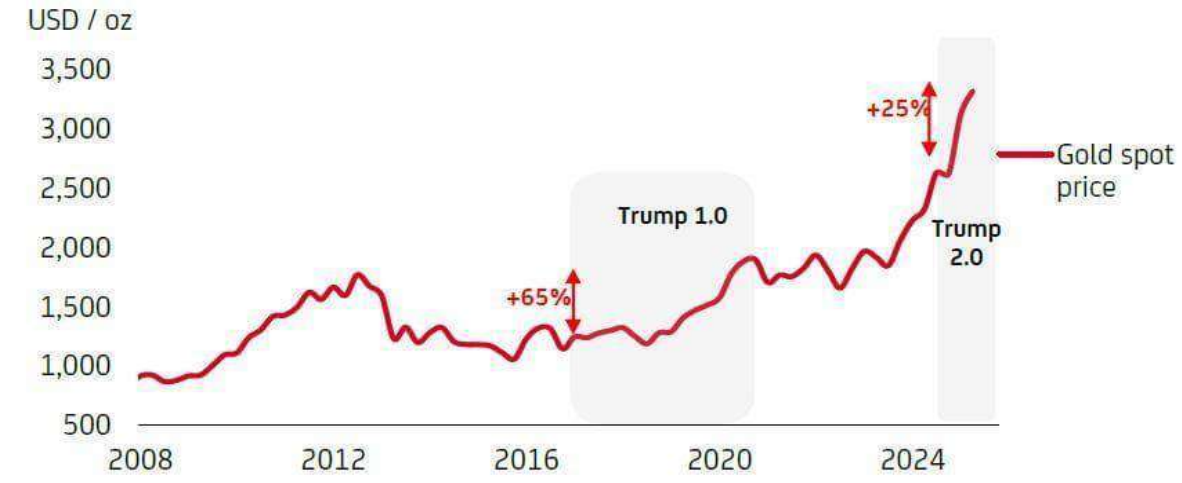


Source: Bloomberg, The Investment Institute by UniCredit

Il mondo azionario rovesciato. Il grafico mostra come sono le Magnifiche Sette, le big del mondo tecnologico americano, ad essersi comportate peggio in Borsa rispetto all'indice generale di Wall Street (S&P500) e a quello europeo (Euro Stoxx 50). "Nelle settimane successive all'insediamento di Trump, i Magnifici Sette hanno perso collettivamente oltre 4mila miliardi di dollari di valore di mercato, prima che un rimbalzo a fine aprile offrisse un po' di tregua". Le tariffe hanno colpito "più duramente proprio i gioielli della corona americana", una sorta di danno autoinflitto: ma i fondamentali di prospettive crescita e primato globale tecnologico, dicono gli esperti, restano.

9 – L'oro non smette di brillare

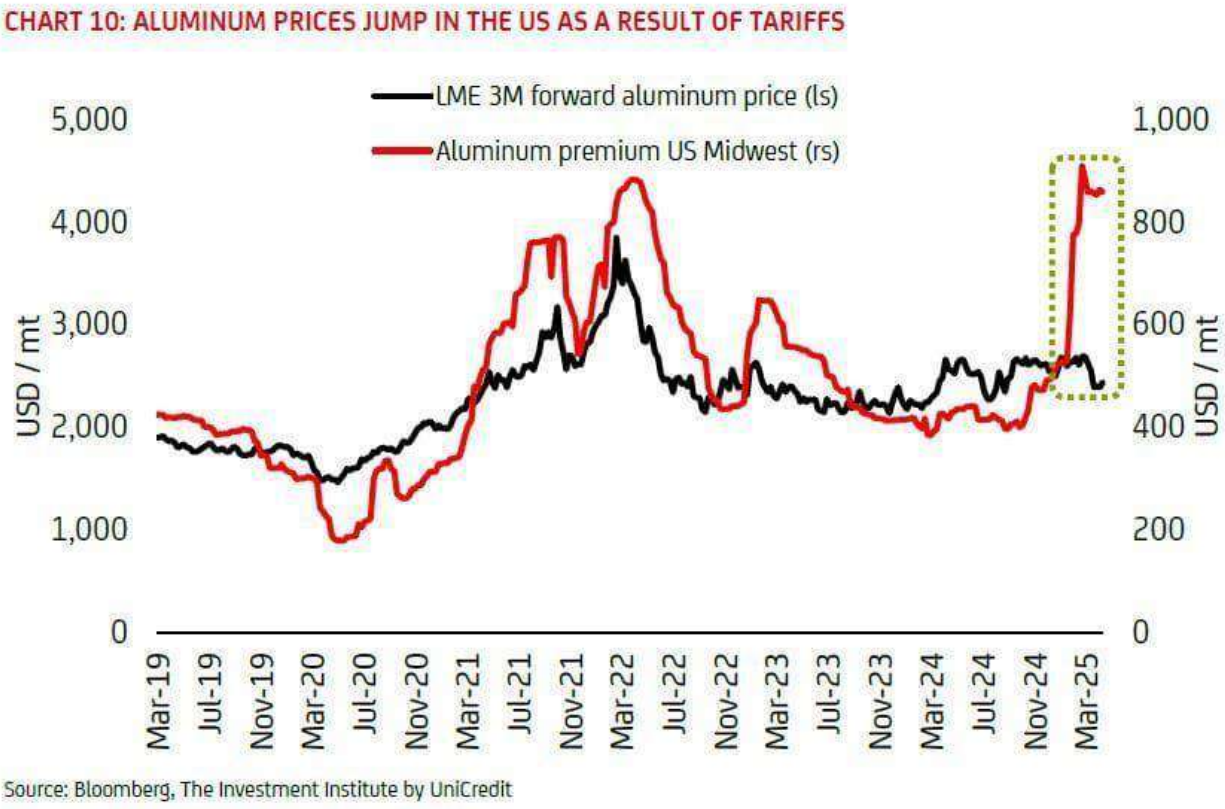
CHART 9: GOLD CONTINUES TO GLITTER AMID ERRATIC US TRADE POLICY



Source: Bloomberg, The Investment Institute by UniCredit

Il grafico dell'oro spot continua a macinare record, a botte del 25% da un anno con l'altro. Gli acquisti delle Banche centrali danno continuità al movimento, ma l'incertezza (sempre lei) seminata da Trump e "il dibattito sull'indipendenza della Fed (attaccata più volte dal Presidente che l'accusa di non tagliare i tassi) hanno spinto i prezzi dell'oro verso l'alto ancora di recente". Nel Trump 1 era salito del 60%, ora siamo a un terzo di apprezzamento in soli cento giorni. Resta un asset da mettere in portafoglio, secondo gli esperti, a copertura della volatilità.

10 – Alluminio, un esempio di rincaro causa dazi

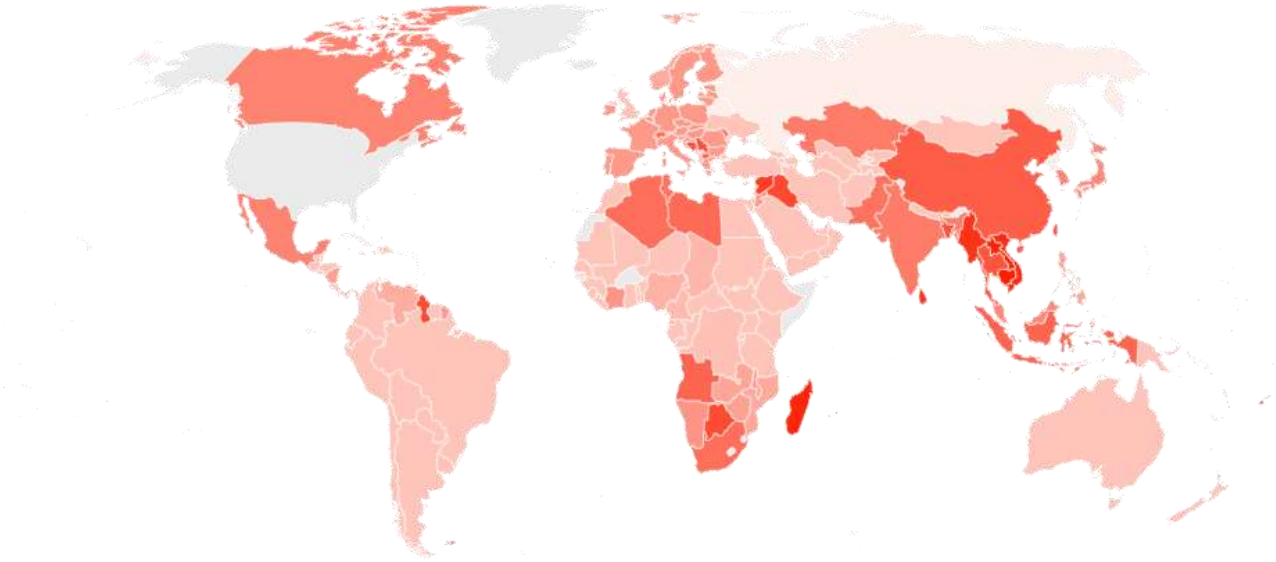


Gli impatti dei dazi hanno iniziato a farsi sentire, eccome, sui metalli industriali colpiti dalle tariffe al 25%. Lo mostra l'andamento del prezzo per l'alluminio nel Midwest degli Stati Uniti: il costo aggiuntivo (oltre al prezzo base dell'alluminio) che gli importatori statunitensi devono pagare per ricevere l'alluminio fisico, compresi i dazi e i costi di consegna. "Questo premio - spiega Unicredit - è salito di recente a 900 dollari/tonnellata, un livello che non si vedeva dall'inizio del 2022": significa che i costi alla dogana si stanno scaricando sui listini finali. Lecito aspettarsi un aumento dei costi di produzione per automobili e componentistica, costruzioni, imballaggi e beni industriali.

https://www.repubblica.it/economia/2025/04/30/news/trump_cento_giorni_effetto_mercati_azioni_titoli_di_stato_dollaro_prezzi-424156911/?ref=-BH-I0-P-S5-T1

la Repubblica

La mappa mondiale dei dazi di Trump



Un dazio universale del 10% di base per tutti e tariffe addizionali differenziate a seconda degli squilibri commerciali registrati con gli Stati Uniti. È la mappa del mondo tracciata da Donald Trump con i nuovi dazi annunciati lunedì sera. Una stangata che, come evidenzia la carta, esclude per il momento una piccola manciata di Paesi: Russia, Cuba, Bielorussia e Corea del Nord.

https://www.repubblica.it/economia/2025/04/04/news/mappa_mondiale_dei_dazi_di_trump-424106787/?ref=RHLF-BG-P2-S5-T1

ACADEMIA
MENTAL HEALTH &
WELL-BEING

Opinion
Published: 2024-10-09
https://doi.org/10.20935/MHealthWellB7361

A global agenda for dignity and health: a personal opinion

Gabriel Ivbijaro[1,2,3,4,5,*]

Academic Editor: Birgitta Dresp-Langley

Un'agenda globale per la dignità e la salute: un'opinione personale

Gabriel Ivbijaro

Riassunto

La dignità è fondamentale per un'assistenza sanitaria di buona qualità. Ogni incontro, che sia a casa, a scuola, al lavoro o in ambito sanitario, ha il potenziale per essere un incontro positivo all'insegna della dignità. La dignità è radicata nel contesto culturale e si basa su valori che includono la santità, la libertà, la responsabilità, il dovere e il servizio agli altri. Nasce da una comunità solidale. Dobbiamo collaborare con i cittadini, il governo e altre organizzazioni per garantire che siano presenti le condizioni e il supporto necessari per raggiungere questo obiettivo. È necessario fornire un'assistenza basata sull'evidenza scientifica, che integri l'esperienza umana nello sviluppo di linee guida e che sia radicata nella dignità per tutti i cittadini. Questo commento si basa sulla mia esperienza personale nel settore e fornisce una base per un futuro numero speciale che approfondirà il discorso sulla dignità.

Parole chiave: dignità, assistenza sanitaria, cultura, linee guida

1. Introduzione

Il concetto di dignità è importante e deve essere considerato in tutti gli aspetti della salute. I legami tra dignità e diritti umani sono stati riconosciuti nella Dichiarazione Universale dei Diritti Umani [1] e un tema che dovremmo considerare in ambito sanitario è il ruolo dell'empatia e del rispetto reciproco.

Definire la dignità in ambito sanitario è difficile, eppure ogni individuo riconosce istintivamente una violazione della propria dignità e riconosce altrettanto quando viene rispettata. Praticamente tutti desiderano che la propria dignità sia mantenuta e rafforzata, anche se non sono in grado di definirla.

Una persona la cui dignità è rispettata o rafforzata lo percepirà, e una persona la cui dignità è violata lo percepirà a sua volta. Il rapporto di potere tra individui e gruppi è fondamentale per comprendere la prospettiva della dignità, e questo è particolarmente evidente per le popolazioni svantaggiate [2].

Le persone con problemi di salute mentale che potrebbero ricevere cure in ospedale o a domicilio possono rientrare in questa categoria e hanno maggiori probabilità di subire violazioni della dignità. È quindi imperativo per coloro che lavorano nel settore sanitario e per coloro che forniscono assistenza essere vigili e denunciare le violazioni della dignità ogni volta che le vediamo, ricordando che un giorno potresti essere tu.

La dignità è radicata in valori, tra cui la santità, la libertà, la responsabilità, il dovere e il servizio agli altri.

La dignità è influenzata dal contesto culturale. La salute e il benessere sono essenziali per vivere una vita appagante e mantenere la propria dignità.

Eriksson ha suggerito che la dignità umana deriva da una comunità solidale [3–5]. Ogni interazione umana ha il potenziale per essere un incontro di dignità, sia a casa, al lavoro, in luoghi pubblici o in situazioni sociali, sia pubbliche che private [6]. Le relazioni sono importanti quando si considera la dignità.
Il modo in cui ci parliamo, il modo in cui ci relazioniamo e il modo in cui ci percepiamo a vicenda sono tutti fattori importanti, e il potere è più importante della ricchezza quando si considerano questioni relative alla dignità [2, 7, 8]. Dobbiamo imparare a dare ai pazienti gli strumenti per prendersi cura della propria salute e avere il potere di prendere decisioni al riguardo, poiché ciò probabilmente migliorerà la guarigione e i risultati clinici.
La cultura è dinamica, non statica, e ciò che poteva essere culturalmente accettabile 100 anni fa potrebbe non esserlo più oggi. Il modo in cui venivano forniti gli interventi sanitari in passato potrebbe non essere appropriato oggi e potrebbe comportare violazioni della dignità. Per questo motivo dobbiamo continuare a essere sensibili e vigili nel rivedere regolarmente l'appropriatezza delle nostre interazioni e dei percorsi di cura all'interno della cultura prevalente.
Dobbiamo essere disposti a mettere in discussione ciò che crediamo e sappiamo essere sbagliato. Una revisione sistematica del 2022 sulla dignità e l'assistenza dignitosa riferite dai pazienti durante i ricoveri ospedalieri per acuti in una varietà di contesti ospedalieri ha rilevato che molti pazienti in tali contesti hanno subito una perdita di dignità da lieve a grave durante la degenza.
Gli autori hanno sottolineato l'importanza di adottare un approccio attivo per promuovere la dignità nell'assistenza ai pazienti, includendo il miglioramento della dignità come parte della pianificazione dell'assistenza per alleviare il disagio e supportare il miglioramento del funzionamento, migliorando potenzialmente i risultati sanitari generali e la soddisfazione per i servizi sanitari [9].
Il mio interesse per la dignità del paziente è nato negli anni '80 durante la mia formazione iniziale in psichiatria presso l'Università del Benin, in Nigeria, dove ci sono meno strutture per il trattamento di persone con disturbi psichiatrici e una pressione significativa sul sistema. La dignità negli incontri con i pazienti era spesso una considerazione secondaria.
La mia esperienza nell'assistenza primaria globale per la salute mentale ha rafforzato l'idea che c'è molto che si può fare per migliorare la dignità del paziente negli incontri relativi alla salute mentale. È importante consentire alle cure primarie di fornire più assistenza per la salute mentale più vicino a casa.
Questo è stato affrontato nel 2008 attraverso un lavoro congiunto con Wonca (Organizzazione Mondiale dei Medici di Famiglia) e l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), "Integrating mental health into primary care: a global perspective" [10]. Questa pubblicazione ha definito i principi chiave per fornire interventi di salute mentale più basati sull'evidenza scientifica nell'assistenza primaria, fornendo esempi globali per migliorare la dignità del paziente e la sua esperienza nell'assistenza per la salute mentale.
Le raccomandazioni chiave di questo rapporto includevano il favorire l'autocura a tutti i livelli di intervento, dalla comunità all'ambiente ospedaliero, consentendo alle persone di partecipare alle proprie cure, rafforzando così la loro autonomia e dignità.
Il rispetto dei diritti umani dovrebbe essere centrale nell'assistenza, supportato da quadri giuridici adeguati per garantire tutele legali che evitino violazioni della dignità e ne favoriscano il rafforzamento. Ho continuato questo lavoro attraverso il World Dignity Project, un'organizzazione benefica volta a promuovere e migliorare la dignità della salute mentale nelle esperienze dei pazienti. Ho interagito con il pubblico per capire cosa significhi la dignità nella salute mentale a livello personale [11, 12]. Trascurare l'esperienza del paziente porta a violazioni della dignità, che è qualcosa che dobbiamo combattere.
La dignità dovrebbe essere attivamente considerata nello sviluppo e nell'erogazione di tutti i percorsi di cura e, a mio avviso, possiamo utilizzare i percorsi di cura come strumento per monitorare le nostre attività nell'ambito dell'interazione paziente-medico e dei più ampi determinanti della salute.
Dobbiamo promuovere attivamente la dignità a tutti i livelli della società per garantire la dignità nella salute. Dobbiamo considerare il livello sociale, compresi i quadri giuridici che supportano l'erogazione dell'assistenza sanitaria e la dignità.
Dobbiamo richiedere che politiche e linee guida appropriate vengano applicate in tutti gli incontri. Inoltre, dobbiamo adottare un approccio che copra l'intero ciclo di vita, affrontando le esigenze dell'assistenza prenatale, dei bambini e degli adolescenti, degli adulti in età lavorativa e degli anziani, tenendo conto anche dell'alloggio e dei farmaci che forniamo. Il linguaggio utilizzato e gli stili di comunicazione sono importanti

quando promuoviamo la dignità in ambito sanitario e dobbiamo tenere conto dell'autostigma e dello stigma pubblico per migliorare la dignità [13].
I medici che si prendono cura dei pazienti devono considerare attivamente il ruolo della dignità nella loro erogazione dell'assistenza. Un documento del 2021 ha proposto un quadro pratico per l'erogazione dell'assistenza agli anziani con problemi di salute mentale e ha preso in considerazione le ulteriori considerazioni da tenere in considerazione quando ci si prende cura del numero crescente di persone che necessitano di assistenza in contesti residenziali e case di cura. I medici e gli altri operatori sanitari hanno un ruolo nel garantire l'erogazione di cure basate sulla dignità.
Questo obiettivo può essere raggiunto attraverso una migliore comunicazione tra gli utenti dei servizi e coloro che si prendono cura di loro e delle loro famiglie, insieme a piani di cura dettagliati e co-prodotti, una buona alimentazione, una gestione ottimale del dolore, una buona igiene dentale e la prevenzione della solitudine e dell'isolamento: la dignità dovrebbe essere al centro di tutti i piani di cura [14].
La recente pandemia di COVID-19 ha posto l'accento sulla dignità nella salute. Uno studio del 2020 ha considerato l'impatto psicologico delle violazioni della dignità sugli individui.
La gestione della solitudine e dell'isolamento sociale è stata identificata come una preoccupazione significativa e L'esclusione digitale ha colpito una parte significativa della popolazione, impedendo a molte persone di beneficiare delle iniziative governative online, con un impatto sproporzionato su coloro che hanno un reddito basso, i vulnerabili e le persone con problemi di salute mentale a lungo termine.
Le questioni evidenziate per la considerazione a livello di popolazione nell'affrontare le inevitabili pandemie future includono la fornitura di servizi di telepsichiatria adeguatamente supportati e finanziati e di assistenza primaria virtuale; gruppi di supporto online che si riuniscono regolarmente; lo sviluppo di servizi non online accessibili, come linee di assistenza telefonica 24 ore su 24, 7 giorni su 7; e il contatto umano proattivo attraverso reti comunitarie [15].
Dobbiamo migliorare l'assistenza che forniamo utilizzando percorsi di assistenza appropriati basati sull'evidenza. Il lavoro svolto in Europa contribuisce a fornire informazioni su ciò che è possibile e sui benefici di ciò, suggerendo che nella fornitura di linee guida e protocolli, si dovrebbe includere anche l'esperienza umana [16]. Le linee guida possono essere meccaniche e mirate. Gli anziani sono una popolazione vulnerabile perché potrebbero necessitare di assistenza personale in contesti a lungo termine, e abbiamo imparato molto dai paesi nordici, e c'è molto da imparare da loro.
[17] La Norvegia ha una "Garanzia di dignità" per gli anziani per fornire un quadro giuridico che garantisca che l'assistenza sia erogata con dignità [18, 19]. Dovremmo sostenere l'inclusione dell'esperienza umana nello sviluppo e nell'erogazione di tutte le linee guida perché, senza misurarla, non possiamo progredire. Dobbiamo puntare a rendere una garanzia di dignità una realtà per i cittadini del mondo.

2. Conclusioni

La mia visione per la rivista Academia Mental Health and Well-Being è quella di unire una comunità eterogenea, che includa una comunità di servizi, che include responsabili politici, autorità legali, medici e altri professionisti della salute e del benessere.
Il numero speciale di Academia Mental Health and Well-Being esplorerà come la dignità umana e la compassione attraverso l'empatia portino a risultati di salute desiderabili sia per l'individuo che per la società nell'assistenza sanitaria.
Insieme, miriamo a mostrare i successi e a identificare aree di miglioramento, rendendo la dignità nell'assistenza sanitaria una priorità universale nell'agenda globale e sviluppando il nostro quadro di riferimento per consentire incontri di dignità basati sull'empatia per tutti.

A global agenda for dignity and health: a personal opinion - Academia.edu



Il Giappone è un caso importante nella ricerca sull'invecchiamento, che mostra come la transizione epidemiologica progredisca in una società con quasi il 30% della sua popolazione di età superiore ai 65 anni. L'ultimo studio Global Burden of Disease (GBD) del 2021, pubblicato su *The Lancet Public Health* , ha tracciato una trasformazione trentennale della morbilità e mortalità in Giappone. 1

Lo studio suggerisce che il Giappone ha assistito a un rallentamento o a un plateau nella tendenza all'aumento continuo dell'aspettativa di vita negli ultimi tre decenni e a un ritmo ancora più lento dell'aspettativa di vita sana. Inoltre, e cosa importante, la disparità regionale continua ad ampliarsi tra le prefetture. 1

Lo studio GBD 2021 Japan Collaborators contribuisce al crescente numero di studi empirici, dimostrando che le tendenze temporali di malattie e disabilità tra gli anziani variano da un paese all'altro e all'interno dei paesi. 2 Le tendenze sanitarie nella popolazione anziana sono state a lungo dibattute.

L'ipotesi di morbilità compressa propone che comportamenti sani migliorati e risorse sanitarie guidate dal progresso sociale e medico potrebbero ridurre costantemente le malattie degenerative croniche e la disabilità; mentre l'ipotesi di espansione della morbilità propone che lo stesso macrosviluppo potrebbe salvare più vite di anziani con uno stato di salute peggiorato.

Lo scenario di morbilità compressa è spesso etichettato come successo del successo, mentre lo scenario di espansione della morbilità è etichettato come fallimento del successo.

La transizione sanitaria riportata nello studio GBD Japan 1 sembra supportare l'ipotesi di espansione della morbilità.

Il Giappone sembra entrare nell'ultima fase del modello in quattro fasi proposto da Robine e Michel, caratterizzato da "un'eventuale emersione di popolazioni molto anziane e fragili". 3 Inoltre, evidenziando le disparità regionali, lo studio GBD Japan1 sottolinea anche la questione dell'equità nelle discussioni in corso sul successo del progetto.

Come aiutare gli anziani a convivere con le malattie croniche diventerà cruciale nei prossimi anni.

A questo proposito, l'articolo di Yi Zeng e colleghi, 4 che ha esaminato le tendenze delle disabilità e delle limitazioni funzionali tra gli anziani più anziani in Cina (quelli di età ≥80 anni), ha rivelato che i cambiamenti positivi nell'ambiente sociale avrebbero potuto compensare lo slancio delle limitazioni funzionali peggiorate e portare a migliori tendenze della disabilità in Cina. 4

Combinare misure mediche, sociali e ambientali, quindi, sembra promettente nell'affrontare le sfide sanitarie in arrivo dall'invecchiamento della popolazione. Pertanto, l'appello della Dichiarazione politica delle Nazioni Unite del 2002 e del Piano d'azione internazionale di Madrid sull'invecchiamento 5 per l'integrazione delle questioni dell'invecchiamento nei domini economici, sociali, culturali e altri rimane importante.

https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(25)00072-6/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email


THE LANCET
Global Health

Questo diario Riviste Pubblicare Clinico Salute globale Multimedia Eventi Di

COMMENTO · Online per la prima volta, 8 aprile 2025 · *Accesso Libero*

Le madri meritano di meglio: strategie basate sull'evidenza per affrontare la mortalità materna

Étienne V. Langlois ✉ · Amy Reid · Rajat Khosla

Nel 2023, si stima che 712 donne siano morte ogni giorno a causa di complicazioni durante e dopo la gravidanza e il parto, per un totale di circa 260.000 decessi materni nel corso dell'anno. 1
Il 70% della mortalità materna si è verificato nell'Africa subsahariana. 1
Questi decessi sono stati dovuti in gran parte a cause dirette, tra cui emorragia postpartum, disturbi ipertensivi, aborti non sicuri e sepsi, 2 che possono essere prevenuti o curati.
Le sfide complesse derivanti da conflitti e contesti fragili, nonché il crescente peso delle malattie non trasmissibili, stanno avendo un impatto sulla salute durante la gravidanza e oltre. 1
Se l'attuale ritmo di progresso dell'era degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDG) continua, entro il 2030 il tasso globale di mortalità materna sarà 2,5 volte superiore all'obiettivo di meno di 70 decessi materni ogni 100.000 nati vivi. 1
Tuttavia, c'è speranza all'orizzonte. Dal 2000, la mortalità materna è diminuita del 40%.1 Esistono soluzioni basate sull'evidenza e disponiamo degli strumenti necessari per invertire questa crisi. Ciò che serve ora è una volontà politica incrollabile per implementare queste soluzioni comprovate su larga scala.
La leadership politica è fondamentale per accelerare la riduzione della mortalità materna. Nel 2022, riconoscendo l'elevato tasso di mortalità materna nel Paese, il governo della Sierra Leone ha dichiarato la mortalità materna un'emergenza di sanità pubblica, mobilitando risorse e innescando una risposta multisettoriale coordinata. L
a responsabilizzazione è stata fondamentale per questa strategia, attraverso l'aggiornamento delle linee guida per la sorveglianza e la risposta alla mortalità materna e perinatale, e lo sviluppo di un sistema di gestione dell'incidenza e di una sala operativa per monitorare ogni decesso materno e affrontarne le cause profonde. Questo esempio di leadership dimostra come la volontà politica sia un fattore chiave per il progresso.
Esistono interventi salvavita, ma il loro impatto dipende dall'implementazione su larga scala per migliorare l'accesso, la qualità e l'equità attraverso modelli di erogazione dei servizi basati sull'evidenza.
Poiché la maggior parte dei decessi materni si verifica durante il travaglio o nelle prime 24 ore dopo il parto, 1 è fondamentale rafforzare l'assistenza postnatale, parallelamente all'assistenza prenatale e all'assistenza durante il parto. Fornire prodotti di alta qualità è essenziale per affrontare l'emorragia postpartum, la principale causa di morte materna a livello mondiale.
Garantire un accesso più ampio a trattamenti essenziali, come la carbetocina termostabile e l'acido tranexamico, è fondamentale, soprattutto in contesti con risorse limitate.4 Anche l'accesso al solfato di magnesio, il trattamento di prima linea per l'eclampsia e la preeclampsia grave, è essenziale, poiché i disturbi ipertensivi sono la seconda causa diretta di mortalità materna.2
La qualità dell'assistenza è una questione fondamentale da affrontare e sono necessari maggiori sforzi per misurarla e rafforzarne la responsabilità.
Sono necessari investimenti per migliorare la raccolta e l'utilizzo di dati affidabili e in tempo reale sulla preparazione dei servizi, l'erogazione e la qualità dell'assistenza. Strumenti digitali, come le cartelle cliniche elettroniche, le piattaforme sanitarie mobili e l'analisi dei dati, possono svolgere un ruolo trasformativo per un processo decisionale tempestivo e un'allocazione delle risorse.
È necessario un sostegno per garantire l'attuazione della risoluzione 77 dell'Assemblea Mondiale della Sanità per accelerare i progressi verso gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile 3.1 e 3.2. 5

La risoluzione ha sottolineato l'urgente necessità di rafforzare le risorse umane per la salute, inclusi infermieri, ostetriche e operatori sanitari di comunità. Ad esempio, l'estensione della copertura universale degli interventi erogati dalle ostetriche potrebbe comportare una riduzione del 67% dei decessi materni in un periodo di 15 anni. 6
I servizi essenziali per la salute materna dovrebbero inoltre essere valutati e considerati prioritari nelle strategie sanitarie nazionali e nei pacchetti di assistenza sanitaria primaria.
Il panorama del finanziamento della salute globale sta cambiando, con una crescente incertezza nel sostegno internazionale e minacce al multilateralismo. Allo stesso tempo, la repressione della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi rischia di vanificare i risultati ottenuti a fatica, limitando l'accesso a servizi salvavita per donne e adolescenti in tutto il mondo.
Garantire un finanziamento sostenibile per i servizi essenziali è più importante che mai, compresi investimenti volti a migliorare l'equità e destinati alle comunità più vulnerabili. I dati mostrano un elevato ritorno sugli investimenti.
Ad esempio, in 55 paesi, estendere l'assistenza ostetrica e neonatale di base al 90% della copertura, insieme a una maggiore pianificazione familiare, potrebbe generare fino a 87 dollari per ogni dollaro speso in 5 anni .
Per garantire un finanziamento adeguato, è essenziale affrontare il calo degli aiuti internazionali e migliorare l'allineamento con l'Agenda di Lusaka8, unitamente a una forte mobilitazione delle risorse interne.
La spesa pubblica nazionale per la salute pro capite è diminuita in tutte le fasce di reddito del Paese nel 2022 e le spese vive continuano a essere la principale fonte di finanziamento in 30 contesti a basso e medio reddito.9 Ridurre le spese vive attraverso programmi di protezione finanziaria e piani sanitari universali è fondamentale per garantire l'accesso a servizi salvavita e ridurre la mortalità materna.
È necessario prestare attenzione anche alle donne e alle ragazze in contesti umanitari e fragili. Nel 2023, il 64% di tutti i decessi materni si è verificato in paesi colpiti da conflitti o fragili. 1 Le risposte globali alle emergenze e alle crisi umanitarie devono dare priorità agli sforzi per migliorare l'equità nelle regioni con la più alta mortalità materna, in particolare l'Africa subsahariana e l'Asia meridionale.
Le strategie per prevenire la mortalità e la morbilità materna dovrebbero essere integrate nei piani di risposta umanitaria e di prevenzione, preparazione e risposta alle pandemie.
Dato l'impatto dei cambiamenti climatici, dello stress da calore e dell'inquinamento atmosferico sulla gravidanza, comprese le associazioni con il diabete gestazionale e la preeclampsia 10 , anche la salute materna dovrebbe essere considerata prioritaria nei piani di adattamento climatico per affrontare queste minacce emergenti.
Sebbene i progressi nella riduzione della mortalità materna siano encomiabili, è ancora necessaria un'azione urgente per salvaguardare la vita delle donne e delle ragazze più vulnerabili.
Un approccio globale basato sull'evidenza è essenziale per accelerare il cambiamento e affrontare questa crisi in corso con l'urgenza che richiede. La retorica da sola non salverà vite: solo politiche solide e investimenti sostenuti possono farlo.
Le scelte fatte oggi plasmeranno la sopravvivenza, la salute e il futuro di milioni di donne e delle comunità che dipendono da loro.

https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(25)00149-4/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email

Medicina
accademica

Nessuna salute senza pace

Nikolaos Markou-Pappas, Luca Ansaloni

I conflitti armati contemporanei sono sempre più prolungati e urbanizzati, il che peggiora le loro conseguenze sulla salute della popolazione e li trasforma in crisi umanitarie interconnesse con emergenze sanitarie pubbliche in aumento [1]. Si stima che più di 740.000 persone muoiano ogni anno a causa della violenza correlata al conflitto [2], ma questa cifra non riesce a cogliere l'intera portata della mortalità correlata alla guerra, poiché esclude i decessi causati da effetti secondari come malattie non curate, fame e distruzione ambientale [3].

I conflitti armati danneggiano le infrastrutture sanitarie, sfollano milioni di persone e creano crisi sanitarie pubbliche a lungo termine. In Siria, oltre un decennio di guerra ha sistematicamente smantellato le strutture mediche, costringendo medici e operatori sanitari a operare sotto assedio, con risorse estremamente limitate [4]. In Afghanistan, decenni di conflitto hanno reso fragile il sistema sanitario, con tassi di mortalità materna e infantile tra i più alti al mondo [5]. E ora, a Gaza, bombardamenti e blocchi incessanti hanno lasciato i civili senza un accesso adeguato alle cure di emergenza, all'acqua pulita e ai medicinali essenziali, scatenando una catastrofe umanitaria davanti agli occhi della comunità globale [6 , 7].

Queste guerre non distruggono solo ospedali e catene di fornitura medica; trasformano i sistemi sanitari in armi come parte della strategia di conflitto. Il deliberato attacco alle infrastrutture sanitarie, l'ostruzione degli aiuti umanitari e la migrazione forzata di professionisti sanitari destabilizzano ulteriormente i sistemi sanitari, lasciando intere popolazioni vulnerabili a epidemie, malnutrizione e traumi psicologici. Lo spostamento di massa di civili esercita inoltre ulteriore pressione sui sistemi sanitari regionali e sugli sforzi umanitari internazionali, globalizzando così gli impatti sulla salute della guerra.

1. La politica della medicina

Le parole di Rudolf Virchow, medico del XIX secolo e padre della medicina sociale – "La medicina è una scienza sociale e la politica non è altro che medicina su larga scala" – sono altamente pertinenti nel contesto della guerra moderna [8 , 9]. La medicina si estende oltre il trattamento dei singoli pazienti; comprende l'affrontare i determinanti sociali della salute – povertà, sfollamento, crollo delle infrastrutture e accesso alle cure – che sono profondamente intrecciati con le decisioni politiche.

Quando i decisori politici riducono i finanziamenti per l'assistenza sanitaria ai rifugiati, stanno prendendo una decisione medica [10 , 11]. Quando i governi impongono blocchi che limitano il cibo e le forniture mediche, stanno direttamente plasmando i risultati di salute pubblica [12 , 13]. Quando le parti in guerra attaccano gli ospedali e i primi soccorritori, stanno dichiarando guerra alla salute stessa [14 – 16]. Le scelte politiche fatte nelle zone di guerra determinano se i civili vivono o muoiono, non solo per la violenza diretta, ma anche per le infezioni non curate, la mancanza di interventi chirurgici e l'assenza di assistenza sanitaria materna e infantile.

Come ricercatori, medici e umanitari, dobbiamo riconoscere che la salute è intrinsecamente politica. La distruzione delle infrastrutture sanitarie nelle zone di conflitto non è accidentale; è una scelta strategica. Lo spostamento di medici e infermieri non è solo una conseguenza sfortunata; è un risultato diretto di politiche che svalutano la vita umana. La diffusione delle malattie nei campi profughi non è inevitabile; è il risultato di negligenza e della scelta deliberata di ignorare le prove scientifiche.

Non può esserci salute senza pace.

Non può esserci salute senza giustizia.

Non può esserci salute senza equità.

La medicina, in quanto scienza sociale, ha la responsabilità di diagnosticare non solo le malattie, ma anche le condizioni sociali sottostanti che ne consentono la diffusione. La guerra è l'emergenza sanitaria pubblica per eccellenza e, finché non affronteremo le sue cause profonde, i nostri sforzi per progredire saranno sempre ostacolati da coloro che scelgono di distruggere. È tempo che le comunità mediche e scientifiche vadano oltre

i confini della loro ricerca e pratica clinica e si impegnino in un'attività di advocacy che riconosca l'inestricabile legame tra guerra e salute.

2. Cosa dobbiamo fare?

Affrontare questioni così complesse e obiettivi ambiziosi non può essere affrontato solo da cellule di ricercatori "trovatori di soluzioni" *desus de la mêlée* troppo isolate . La complessità dei conflitti dell'era moderna, che sono più grandi e sembrano stagnanti, richiede una piena comprensione dei fattori sociali, legali, politici, culturali e di salute pubblica che contribuiscono alla loro esistenza [17 , 18].

Gino Strada, fondatore dell'organizzazione non governativa EMERGENCY, sosteneva che i medici non possono rimanere neutrali in guerra. Sfidava il ruolo della professione, chiedendo: "Quando è iniziata una guerra, il compito del medico è chiaro: deve fare tutto il possibile per salvare gli esseri umani, per salvare i loro arti, i loro occhi, o almeno per ridurre le loro sofferenze, se non è possibile salvare le loro vite. Quando le bombe iniziano a cadere, nessun medico purtroppo ha difficoltà a capire qual è il suo compito. Ma prima? Prima che inizi la guerra, prima che le bombe inizino a cadere, qual è il compito del medico? Può un medico adottare un atteggiamento agnostico, o forse solo sperare nel suo cuore che prevalga la volontà di pace, senza fare una scelta pubblica?" [19]. La sua missione, fornire cure mediche e chirurgiche gratuite e di alta qualità alle vittime della guerra, delle mine antiuomo e della povertà, incarnava la convinzione che il compito più alto dei medici sia prevenire le guerre e le loro conseguenze.

Per raggiungere questo obiettivo, la ricerca pragmatica e utile, insieme alla pratica basata sulle prove, deve esaminare le funzioni di ogni componente della società, le loro complesse interazioni e la loro influenza collettiva sul comportamento della comunità [20]. Per gli autori, i principi fondamentali che dettano questa complessa relazione tra scienza e società sono i seguenti:

1. Questa relazione è dialettica. Le teorie scientifiche sono correlate e dipendenti dal contesto sociale della loro produzione, il che non ne mina il fondamento o l'oggettività.
2. Teoria e pratica sono, per definizione, intrinsecamente interconnesse. La forza di una teoria si basa sulla sua applicazione pratica nella vita reale, e una pratica priva di fondamento teorico può essere dannosa.
3. L'integrazione della teoria scientifica nella pratica sociale è una condizione sine qua non affinché le scoperte scientifiche si trasformino in azioni sociali significative.

Per gli autori, la metodologia scientifica è inseparabile dall'azione e il riconoscimento della posizione sociale della scienza promuove una connessione organica tra la ricerca scientifica, lo sviluppo dell'industria socializzata e la cultura umana. La scienza dovrebbe essere messa in pratica al servizio della comunità e, allo stesso tempo, dovrebbe essere essa stessa parte del patrimonio culturale dell'intero popolo [21]. Tale impegno non solo sarà utile nella lotta contro la disinformazione, ma creerà sicuramente più progetti di ricerca basati sulla società e, a sua volta, una scienza con un impatto maggiore [22].

La guerra non è un evento isolato; è un sintomo di fallimenti strutturali più profondi. Finché i sistemi economici *laissez-faire* rimarranno la norma, i conflitti continueranno a emergere e ad aumentare, spesso esacerbati dai cambiamenti climatici e dai disastri ambientali che mettono ulteriormente a dura prova popolazioni già vulnerabili [23]. Queste crisi umanitarie provocate dall'uomo hanno conseguenze dannose sulla salute pubblica, sconvolgendo i sistemi sanitari, aumentando il carico di malattie e approfondendo le disuguaglianze sociali.

È qui che dobbiamo prendere posizione. La nostra responsabilità non è solo quella di reagire alle crisi, ma anche di prevenirle. Riconoscere il ruolo sociale della scienza, rafforzare l'impegno degli scienziati nel processo decisionale, sviluppare strategie basate sui bisogni sociali delle persone a livello globale per affrontare gli impatti sulla salute dei conflitti, migliorare la resilienza nelle comunità colpite e garantire un accesso equo all'assistenza sanitaria in contesti di crisi non sono più facoltativi, sono imperativi [24]!

https://www.academia.edu/2994-435X/2/2/10.20935/AcadMed7637

quotidianosanità.it

Roma celebra il Giubileo della Sanità tra solidarietà, valori e testimonianze. Presentata la Carta valoriale del mondo della salute

Punto culminante del Giubileo è stata la presentazione della Carta Valoriale del Mondo della Salute, un manifesto etico nato con l'obiettivo di offrire ai professionisti della cura un riferimento valoriale condiviso. Redatta e sottoscritta da tutti i Presidenti delle Federazioni e dei Consigli nazionali, la Carta si articola attorno a parole chiave che incarnano la missione sanitaria in una visione integrale e umanistica: Persona, Dignità, Cura, Salute, Relazione, Competenza, Responsabilità, Libertà, Equità, Multidisciplinarietà.

07 APR -
Il 5 e 6 aprile 2025, Roma ha ospitato un evento straordinario nel contesto dell'Anno Giubilare: il Giubileo degli Ammalati e del Mondo della Sanità, un momento simbolico e operativo che ha coinvolto professionisti sanitari, cittadini, istituzioni e realtà associative in una riflessione collettiva sul significato più profondo della salute, della cura e della solidarietà.
La celebrazione si è aperta sabato 5 aprile presso l'Aula Magna della Pontificia Università Lateranense con il convegno internazionale "*Many Worlds One Health*", occasione in cui è stata presentata ufficialmente la Carta Valoriale del Mondo della Salute, frutto di un lavoro corale tra le Federazioni e i Consigli nazionali delle professioni sanitarie.
Alle ore 18.30, i partecipanti hanno varcato in forma riservata la Porta Santa della Basilica di San Giovanni in Laterano, rafforzando il significato spirituale dell'iniziativa.
Parallelamente, dalle ore 8 alle 16, le "*Piazze della Prevenzione*" hanno animato la Capitale grazie alla collaborazione tra il Dicastero per l'Evangelizzazione, il Comune di Roma e numerosi Ordini professionali. In piazze come San Salvatore in Lauro, Chiesa Nuova, Piazza di Spagna e San Giovanni in Laterano, sono state offerte prestazioni sanitarie gratuite, consulenze e attività di educazione alla salute.
Momento centrale dell'evento è stata l'iniziativa "*Il valore del dono e della solidarietà*", organizzata dal Ministero della Salute in Piazza di Spagna, alla presenza del Ministro **Orazio Schillaci** e di **Mons. Rino Fisichella**. Protagonisti della giornata: le associazioni AVIS, FIDAS, Donatori Nati, Fratres e le istituzioni sanitarie impegnate nella promozione della donazione del sangue e degli organi.
"Non c'è dono più grande di quello che salva una vita", ha sottolineato Schillaci, omaggiando i donatori e i professionisti della salute. Parole forti anche da parte di Mons. Fisichella: "*Il pensiero corre ai malati, a chi vive la sofferenza, e a tutto il personale sanitario che si prende cura con dedizione*".
Toccanti le testimonianze di pazienti e donatori che hanno raccontato esperienze di trapianto, guarigione e rinascita. Come quella di Chiara, 26 anni, trapiantata di fegato e oggi laureata in medicina, o di Catia, che dopo due trapianti di rene è diventata madre.

Una Carta per orientare il futuro della salute
Punto culminante del Giubileo è stata la presentazione della Carta Valoriale del Mondo della Salute, un manifesto etico nato con l'obiettivo di offrire ai professionisti della cura un riferimento valoriale condiviso. Redatta e sottoscritta da tutti i Presidenti delle Federazioni e dei Consigli nazionali, la Carta si articola attorno a parole chiave che incarnano la missione sanitaria in una visione integrale e umanistica: Persona, Dignità, Cura, Salute, Relazione, Competenza, Responsabilità, Libertà, Equità, Multidisciplinarietà.
La salute viene definita come "*stato dinamico di benessere fisico, mentale, spirituale, sociale e ambientale*", mentre la cura è concepita come un atto di premura che custodisce e coltiva. Il testo esalta anche l'importanza della relazione empatica, della competenza continua, del rispetto delle autonomie professionali e della responsabilità ecologica.
La Carta, dicevamo, si fonda su una serie di valori-cardine, ciascuno dei quali è descritto come componente essenziale del profilo etico e professionale del personale sanitario:

- **Persona:** al centro del processo di cura, è intesa nella sua unicità, dignità e dimensione spirituale e sociale.

- **Dignità:** rispetto intrinseco e inviolabile della persona, da cui deriva la legittimità di ogni intervento terapeutico.
- **Cura:** non solo atto tecnico ma atteggiamento di custodia e premura verso la persona, l'ambiente e il sistema sanitario.
- **Salute:** definita in senso ampio come benessere fisico, mentale, spirituale, sociale e ambientale, non mera assenza di malattia.
- **Relazione:** fondata su ascolto attivo, empatia, dialogo e rispetto dell'autonomia del paziente.
- **Competenza:** aggiornamento continuo, integrazione di saperi, uso responsabile delle tecnologie,
- orientamento alla qualità.
- **Responsabilità:** impegno consapevole, orientato al bene comune, alla sostenibilità e alla cooperazione interprofessionale.
- **Libertà:** capacità di autodeterminazione del paziente e libertà di coscienza del professionista, sempre nel rispetto reciproco.
- **Multi e Inter-professionalità:** collaborazione tra tutte le figure sanitarie, nel rispetto delle competenze, per una salute collettiva integrata.
- **Equità:** giustizia distributiva e pari accesso ai servizi e alle cure, calibrati sui bisogni individuali e sociali.

La Carta è concepita non solo come riferimento deontologico ma come strumento educativo e culturale, che intende alimentare speranza e rafforzare il senso di missione e responsabilità nei professionisti della cura. È un invito costante a non smarrire il senso profondo del proprio agire e a orientarlo sempre al servizio della persona, dell'ambiente e della comunità.
Il Giubileo della Sanità ha rappresentato non solo una celebrazione ma un'occasione di rinnovato impegno. "*Ogni scelta nel mondo della salute* – recita la Carta – *contribuisce a veicolare un'idea di persona e di vita buona"*. Con questo spirito, le professioni sanitarie si preparano ad affrontare le sfide future non solo con strumenti tecnici, ma con un cuore carico di umanità, responsabilità e speranza.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=128894



quotidianosanità.it

Il diritto alla salute non si dimezza

Ivan Cavicchi

Siamo all'ultima spiaggia. Strategia e movimento, certo, ma anche nuove istituzioni e nuovi servizi pubblici, quindi nuova scienza, ma anche nuovi strumenti giuridici, per spingere in questo tempo storico maledetto e triste, tra guerre, dazi e autocrazie, comunque nuove utopie. Non vorremmo morire neoliberisti, e alle nuove generazioni vorremmo garantire un meta-diritto alla salute, per garantire a tutti i cittadini il diritto di durare in questo mondo quanto oggi, per ciascuno di noi, è ragionevolmente possibile

18 APR -
"Articolo 32. Il diritto dimezzato" è il mio nuovo libro (Castelvecchi). La presentazione, di Giuseppe Conte, presidente del M5S, è stata pubblicata lo scorso 11 aprile.
Il suo senso fondamentale, in sostanza, è quello della proverbiale "ultima spiaggia", quindi quello dell'estrema possibilità alla quale fare ricorso per salvare qualcosa di prezioso, di esiziale e di irrinunciabile. Qualcosa di "nostro", che non potremmo perdere pena una grave regressione nella storia e nel grado di civiltà del nostro Paese.

Diciamoci la verità
Ormai, in sanità, dopo 30 anni di controriforme, di neoliberismo, di privatizzazione, di sottofinanziamenti, di abbandono e di incuria, il grado reale di compromissione del nostro articolo 32 e del nostro SSN è così alto, concreto, palpabile e antisociale, che non è esagerato dire che sulla salute ormai ci stiamo giocando il nostro futuro. O si va avanti o si ritorna indietro.

Chiariamo le cose
Il mio libro, scritto all'indomani della nascita di Livia, la mia nipotina che oggi ha solo 9 mesi, si pone il problema di quale diritto alla salute noi tutti, che siamo arrivati prima di lei, le lasceremo in eredità. Intendendo per diritto alla salute, prima di tutto, il diritto alla vita (Dichiarazione dei Diritti Universali del 1946), quindi il diritto al benessere (OMS 1948), e infine il diritto previsto dalla nostra Costituzione con l'art. 32. Con molta probabilità, a meno che non si riesca a interferire con successo con i processi degenerativi in corso, Livia, se le andrà bene, considerando tutto, avrà un mezzo diritto alla salute e, come dirò tra breve, un welfare bastardo, cioè senza diritti.

Il rischio di morire neoliberisti
È questa brutta prospettiva che mi ha indotto a chiedere a Giuseppe Conte, al M5S, una mano.
Non si tratta di un favore che un intellettuale disperato di sinistra, dopo averle provate tutte (compresi gli appelli alla ragione) [2], chiede, ma di qualcosa che potrebbe cambiare il gioco, cioè qualcosa di serio che potrebbe restituirci la speranza. Come confermato da Conte, nella sua presentazione, si tratta di una precisa alleanza politica, concordata tra un pensiero — un sogno allo stesso tempo — e un importante movimento.
Lo scopo? Quando ero giovane si diceva che noi di sinistra correvamo il rischio "di morire democristiani"; oggi si dovrebbe dire che noi di sinistra corriamo il rischio di "morire neoliberisti".

Le due destre
Oggi, se mi guardo indietro, mi rendo conto di aver passato circa 50 anni della mia vita a difendere l'art. 32 e la sanità pubblica, dei quali i primi 20 a cercare di costruire, tra mille difficoltà, un difficile processo di riforma, e gli ultimi 30 a provare a difendere ciò che si era riusciti con fatica a costruire dalla catastrofe.
Una catastrofe lucidamente prevista nel 1996 da Marco Revelli [3], che ci avvertiva che il "compromesso socialdemocratico" sul quale era nato il nostro welfare, con la crisi del fordismo, era praticamente alla fine. A causa di ciò, in Italia, oltre alla destra classica (rappresentata prima da Berlusconi e poi dalla Meloni), si stava delineando una "nuova destra tecnocratica" e neoliberista, alla quale il PD prima e la CGIL dopo si sarebbero accodati.

È quello che è accaduto, ed è quello che oggi la Schlein sta tentando, tra mille contraddizioni, di recuperare. Ma i guai più grossi, la Schlein — a parte la pace — oggi ce li ha proprio con la sanità, sulla quale chi è venuto prima di lei ha fatto, negli ultimi 30 anni, come si suol dire, "carne da porco". Ma per il PD, sulla sanità, non è così facile tornare indietro.
Oggi la Schlein si nasconde dietro un inganno che le consente di tenere unita la baracca, ma che prima o poi dovrà essere smascherato. L'inganno è chiedere più soldi per la sanità per avere il consenso facile della gente, ma senza dire che il vero obiettivo è quello di confermare tutte le controriforme fatte dal PD proprio a danno della sanità pubblica. L'inganno è chiedere soldi per rifinanziare la sanità ma a neoliberismo invariato. Fino ad ora, la Schlein non ha mai detto di voler togliere le aziende, e meno che mai la seconda gamba della Bindi, e ancora meno che mai di voler combattere il mezzo diritto.
Oggi la Schlein vuole soldi, ma per confermarsi sulla sanità come la seconda destra di cui parlava Revelli.

Il welfare senza diritti
Mi rattrista e mi mortifica pensare che, a causa in particolare della sinistra neoliberista, oggi la mia nipotina Livia, se le andrà bene, al massimo avrà quello che Biasco[4] ha definito un "welfare compassionevole". Cioè un welfare senza diritti. Un welfare residuale per i poveracci, perché gli altri — i non poveracci — avranno, anche grazie alla CGIL, il welfare aziendale e, grazie alla Bindi (politicamente, secondo me, la più grande imbrogliona della sinistra), "la seconda gamba", cioè una privatizzazione senza limiti.
La contraddizione politica più grande della Schlein è proprio questa: rivendicare un welfare senza diritti per non perdere pezzi come partito.

Exit strategy
Oggi la sinistra neoliberista, la seconda destra, è convinta — PD e CGIL in testa — che dalle controriforme neoliberiste fatte negli anni '90 non si possa più tornare indietro. Invece, personalmente, credo proprio il contrario, e cioè che, a certe condizioni, si possano recuperare i disastri fatti e rimettere dritta la barca.
Per questo, accompagnato dal mio amico Quartini, medico e deputato responsabile della sanità del M5S, un giorno sono andato da Conte a chiedergli e proporgli un'alleanza, cioè a chiedergli aiuto. A dirgli che un welfare senza diritti è un'assurdità.

Da chi altri sarei potuto andare?
Il M5S è l'unica forza politica che, sulle controriforme fatte in sanità, storicamente non ha responsabilità politiche, per il solo fatto di essere venuto dopo, e in aperto conflitto sia con la prima destra che con la seconda. Il M5S è di certo una forza progressista, come l'ha definita Conte, ma soprattutto, oggi, in sanità, è certamente — a differenza del PD — una forza post-neoliberista.[5]

Ci vuole una strategia
Se oggi "l'ultima spiaggia", come l'ho chiamata prima, è un nuovo movimento per la salute che ridiscuta tutto, è altrettanto vero che, senza una strategia adeguata di riforme, nessun movimento, neanche quello progressista di Conte, sarebbe in grado di fare un passo in avanti.
Mettere in piedi un movimento non è impossibile, ma definirne la strategia è forse la parte più difficile.
Il mio libro propone una strategia che forse, a qualcuno, sembrerà molto teorica, forse velleitaria o troppo avveniristica, ma sicuramente, per me, è la più adeguata alle complesse sfide, e forse l'unica, oggi, in grado di levarci dai guai.

Oltre le mode e un confronto serio con il PD
Come prima cosa, si tratta di sottrarci alle mode, quelle che, in tutti questi anni, non ci hanno mai fatto fare un solo passo in avanti. L'ultima moda si chiama "One Health" [6] che, praticamente, è — come dice il mio amico Edoardo Turi, del Forum per la Salute — "la scoperta dell'acqua calda" e, aggiungo io, nella situazione in cui siamo, è la più inconsistente e banale teoria della salute che si possa immaginare.
Il punto è che, nella nostra battaglia, non saranno gli slogan populisti e demagogici a farci vincere. Abbiamo bisogno di strategie serie, non di slogan.

La seconda cosa è ... che si tratta di parlare apertamente al PD, cioè dire schiettamente alla "seconda destra" che il M5S è disponibile a fare un campo largo per mandare a casa le destre e tornare al governo, ma che esso non è disponibile, in sanità, a "morire neoliberista".
Non ha alcun senso riprendere il governo del Paese e lasciare che il Paese abbia un welfare senza diritti. Sarebbe una "oscenità", per riprendere un libro importante di Rosa Luxemburg sulla falsa sinistra [7], e che oggi mi ricorda tanto proprio il PD. Per Livia, mia nipote, se avrà un welfare senza diritti, avere la Schlein o la Meloni non fa molta differenza.

Un referendum sul diritto alla salute
La terza cosa è chiarire subito che, se per il PD non fosse possibile, per ragioni politiche come è probabile, fare un'intesa con il Movimento per la Salute (eventualità che non mi auguro), il M5S, insieme alla sinistra non neoliberista e insieme a tutta la società civile che vuole i diritti e non i "mezzi diritti", farà tutto ciò che serve per realizzare un referendum sul diritto alla salute e sul SSN.
Andare al referendum sulla sanità significa smetterla, una volta per tutte, di decidere con colpi di mano e con strappi alla democrazia e alla Costituzione. Quindi smetterla con le leggi delega, per mezzo delle quali la sinistra neoliberista ha deciso su questioni fondamentali che attengono addirittura alla vita della gente, evitando sempre con cura la consultazione popolare.
La salute, come spiego nel mio libro, in Costituzione vale come metonimia, cioè come uno stratagemma usato per ragioni storiche, e che per ragioni di opportunità chiama "salute" ciò che attiene, in realtà, alla vita.
Per me, sulle questioni che attengono alla vita del popolo e delle persone non c'è legge delega. Democrazia vuole che si pronunci il popolo.
Nel nostro Paese la sanità è stata controriformata facendo saltare vitali principi costituzionali senza mai fare una consultazione popolare. Oggi, al punto in cui siamo arrivati, io credo che sia giusto, sul diritto alla salute, chiedere al popolo italiano se vuole un diritto o un mezzo diritto, se intende affidare la propria salute alle aziende e se è d'accordo — come ha proposto la Bindi — a mettere la sanità pubblica a mercato.

Utopia ma con altri modi
Oggi, quindi, non si tratta di rinunciare all'utopia e al sogno costituzionale. Al contrario, proprio perché c'è il rischio del "mezzo diritto", si tratta di rilanciare sia l'utopia che il sogno, e con ancora più convinzione.
Ma dopo 30 anni di controriforme neoliberiste, è oggettivamente difficile rimettere nel tubetto il dentifricio, quindi tornare semplicemente all'art. 32 e alla legge 833.
Oggi, quindi, sempre nel rispetto della Costituzione, bisogna trovare un'altra strada, cambiare paradigma e mettere in campo una svolta. Per fare questa svolta, la prima cosa da fare è comprendere, al fine di superarle, tutte le principali aporie di cui ha sofferto e soffre l'art. 32. Ricordo che le aporie sono problemi le cui soluzioni dipendono dalla rimozione delle contraddizioni che le causano.
Oggi si tratta di ripulire il concetto di salute dalle sue riduzioni, dai suoi fraintendimenti, dai suoi equivoci, dai suoi limiti, che credetemi non sono pochi.

Salus quale salvezza
Si tratta di definire un nuovo concetto di salute. Salute si dice "salus", ma salus non è salute, è salvezza.
Quindi, restituire alla speranza di vita tutto il significato esistenziale e sociale che ha.
La salus, tanto per capirci, non è solo un problema sanitario, come fino ad ora ci è stato detto. Salute e malattia sono cose radicalmente diverse. La salus è il diritto di vivere, da parte dei cittadini, pienamente e interamente la propria speranza di vita. La salus è, direbbe Bergson[8], "diritto di durare" nei nostri contesti naturali e sociali di vita. Oggi, noi abbiamo, prima ancora del diritto alla salute, il diritto di durare secondo le possibilità che offre la nostra civiltà. Per durare abbiamo bisogno certamente della medicina e della sanità, quindi di fare prevenzione, ma abbiamo bisogno anche di un ambiente integro, di un'economia che non sia nociva, di un contesto sociale adeguato, evitando che gli svantaggi sociali si trasformino in malattie.

Art. 32, art. 9 e art. 41
La salus è una grande questione complessa che non può essere ridotta, come si è fatto sino ad ora con l'art. 32, a sola questione sanitaria, quindi ad assenza di malattia. Cioè a mera prevenzione sanitaria delle malattie,

una prevenzione che — come ci dice la SNOP (Società Nazionale degli Operatori della Prevenzione) — fa acqua da tutte le parti. Deve quindi finire l'era della compatibilità, ma soprattutto della monetizzazione della salute. La nuova salute è quella che deriva mettendo insieme art. 32, art. 9 e art. 41, coordinate da una nuova idea di compossibilità.[9]
Non può essere il diritto alla salute che si adatta all'economia, ma il contrario. Altrimenti, il diritto non sarebbe fondamentale. Deve essere l'economia a diventare compossibile, cioè priva di contraddizioni, insieme ad ambiente, società e sanità, per garantire a tutti una adeguata speranza di vita, un accettabile benessere, quindi una soddisfacente salute.

Algoritmi di compossibilità
Se si accettasse la strategia della compossibilità, si dovrebbero aggiornare e riordinare molte cose: le istituzioni dello Stato, le sue metodologie di intervento, i suoi strumenti di misurazione, i suoi servizi e le professioni impiegate nei servizi.
Occorrerebbe inventare nuove soluzioni, come le cabine di regia, e soprattutto aggiornare i saperi: la famosa meta-scienza di cui parlava Bateson già dagli anni '70.[10]
Con una nuova meta-scienza orientata alla compossibilità, la salute, a differenza della malattia, non sarebbe più governata per mezzo dei tradizionali indici di tolleranza, ma per mezzo di veri e propri algoritmi di compossibilità.
Le malattie si curano con la medicina, ma la salute — che è cosa diversa — si costruisce come la meteorologia, cioè con una scienza previsionale, una meta-scienza, basata su precisi algoritmi di compossibilità, con i quali regolare i rapporti tra ambiente, economia e società.

Il meta diritto
Infine, la cosa che resterebbe da fare, per limitarci solo alle cose principali, è quella di aggiustare giuridicamente la nozione di diritto alla salute.
Se la salus co-emerge dalle interconnessioni tra ambiente, economia, società e sanità, non basta più sommare diritti diversi tra loro, quelli che vi si riferiscono. Quindi non basta più il famoso "combinato disposto", ma serve fare un passo in più: introdurre i meta-diritti, cioè i "diritti arcobaleno", come li chiamo nel mio libro, cioè diritti ad alta complessità. Si tratta di definire norme che non si limitano solo a dichiarare i loro scopi — come fa l'art. 32, l'art. 9 e l'art. 41 — per mezzo di petizioni di principio, ma che prescrivano per legge i modi vincolanti attraverso i quali essi sono attuabili. È inutile dichiarare il diritto alla salute se poi lo si riduce a un diritto all'assenza di malattia.
Fateci caso: tutti gli articoli menzionati sono redatti in forma assiomatica. Si chiarisce cosa si vorrebbe fare, ma non si definisce mai come farlo.
All'art. 32, la sua forma assiomatica è costata cara, perché la sua alta complessità è stata ridotta a mera questione sanitaria, e a un'idea lineare e banale di prevenzione.

Conclusione
Per me, ribadisco, siamo all'ultima spiaggia. Strategia e movimento, certo, ma anche nuove istituzioni e nuovi servizi pubblici, quindi nuova scienza, ma anche nuovi strumenti giuridici, per spingere in questo tempo storico maledetto e triste, tra guerre, dazi e autocrazie, comunque nuove utopie.
Non vorremmo morire neoliberisti, e alle nuove generazioni vorremmo garantire un meta-diritto alla salute, per garantire a tutti i cittadini il diritto di durare in questo mondo quanto oggi, per ciascuno di noi, è ragionevolmente possibile.

[2] I. Cavicchi Appello alla ragione QS 22 Luglio 2024
[3] Marco Revelli. Le due destre. Derive politiche del postfordismo. Boringhieri 1996
[4] Salvatore Biasco: Le ragioni per un ritorno alla socialdemocrazia Rubbettino, 2022
[5] I. Cavicchi Essere progressisti in sanità Qs 9 dicembre 2024
[6] One Health: Challenges for the 21st Century by Joana C. Prata (Editor), Ana Isabel Ribeiro (Editor) 2022
[7] Rosa Luxemburg Socialismo o barbarie. La crisi della social democrazia Santelli, 2023
[8] Hanri Bergson Durata e simultaneità Raffaello Cortina Editore, 2004

[9] I. Cavicchi Ambiente e salute. Speranza e Cingolani ancora fuori rotta QS 26 aprile 2022
[10] G. Bateson Verso una ecologia della mente Adelphi 200

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=129189

quotidianosanità.it

I nuovi dati Istat

Prosegue il declino demografico: nel 2024 fecondità al minimo storico e popolazione sempre più anziana. La speranza di vita cresce e supera i livelli pre Covid.

Il 2024 si conferma un anno di svolta per la demografia italiana. I segnali di allarme sono molteplici: una natalità ai minimi, una popolazione sempre più anziana, un tessuto familiare che cambia e una mobilità che accentua le disuguaglianze territoriali. Boom di emigrazioni italiane: raggiunta quota 191mila (+20,5%) soprattutto verso Germania, Spagna e Regno Unito. Segnale positivo sul fronte della salute: la speranza di vita torna a crescere, raggiungendo gli 83,4 anni, con un guadagno di 5 mesi rispetto al 2023.

31 MAR -

Il quadro demografico italiano tracciato dall'Istat nel report Indicatori demografici 2024 conferma un'Italia in profonda trasformazione: meno nascite, più emigrazioni, invecchiamento marcato della popolazione e strutture familiari sempre più ristrette. Un lento ma costante declino che incide sul tessuto sociale ed economico del Paese.

Fecondità mai così bassa: solo 1,18 figli per donna

Nel 2024 la fecondità ha toccato il minimo storico: 1,18 figli per donna, superando al ribasso il precedente record negativo del 1995 (1,19). I nuovi nati sono stati solo 370mila, 10mila in meno rispetto al 2023 e ben 156mila in meno rispetto al 1995. A pesare è anche l'età media delle madri, salita a 32,6 anni, segno di una maternità sempre più posticipata.

Popolazione in calo, ma con divari territoriali

La popolazione residente al 31 dicembre 2024 è di 58 milioni e 934mila unità, in calo di 37mila (-0,6 per mille). Tuttavia, il decremento non è omogeneo: mentre il Nord cresce (+1,6 per mille), il Mezzogiorno continua a perdere abitanti (-3,8 per mille), con punte critiche in Basilicata (-6,3) e Sardegna (-5,8).

Cresce la speranza di vita: superati i livelli pre-Covid

Segnale positivo sul fronte della salute: la speranza di vita torna a crescere, raggiungendo gli 83,4 anni, con un guadagno di 5 mesi rispetto al 2023. Gli uomini possono ora aspettarsi 81,4 anni di vita, le donne 85,5. Si tratta di valori superiori anche al periodo pre-pandemico, confermando il superamento dell'emergenza sanitaria.

Boom di emigrazioni italiane, ma anche di acquisizioni di cittadinanza

Le emigrazioni verso l'estero hanno raggiunto quota 191mila (+20,5%), spinte dall'esodo di cittadini italiani (156mila, +36,5%). I Paesi preferiti sono Germania, Spagna e Regno Unito. Al tempo stesso, sono aumentate le acquisizioni di cittadinanza italiana: 217mila nel 2024, nuovo record assoluto. In testa gli albanesi (31mila), seguiti da marocchini e rumeni.

Famiglie sempre più piccole e sole
Il numero medio di componenti per famiglia è sceso a 2,2, rispetto ai 2,6 di venti anni fa. Oggi oltre un terzo delle famiglie italiane (36,2%) è costituito da una sola persona. Le coppie con figli rappresentano meno del 30%, mentre aumentano le famiglie monogenitoriali (10,8%) e quelle senza figli (20,2%).

Italia che invecchia: 1 su 4 ha più di 65 anni
L'età media della popolazione ha raggiunto i 46,8 anni. I residenti over 65 sono 14,6 milioni (24,7% della popolazione), in crescita. Particolarmente significativa la crescita degli ultra85enni (2,4 milioni) e degli ultracentenari (oltre 23.500, l'83% donne). Solo l'11,9% della popolazione ha meno di 14 anni.

Nord attrattivo, Sud in fuga
Il saldo migratorio interno penalizza il Mezzogiorno (-52mila), mentre il Nord guadagna 47mila residenti grazie ai trasferimenti da altre aree del Paese. L'Emilia-Romagna è la regione più attrattiva (+2,7 per mille), seguita da Piemonte e Valle d'Aosta.
Il 2024 si conferma un anno di svolta per la demografia italiana. I segnali di allarme sono molteplici: una natalità ai minimi, una popolazione sempre più anziana, un tessuto familiare che cambia e una mobilità che accentua le disuguaglianze territoriali. Politiche strutturali, investimenti nei servizi per le famiglie, nel lavoro giovanile e nell'integrazione potrebbero essere le leve per invertire una rotta che appare oggi sempre più in

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=128733



https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1743409398.pdf

quotidianosanità.it

L'inverno demografico farà male ai conti pubblici.

Istat: "Sempre più anziani e meno giovani spingeranno verso l'alto i livelli della spesa sanitaria, previdenziale e assistenziale"

È quanto sottolineato dal Presidente Francesco Maria Chelli in audizione presso la Commissione parlamentare di inchiesta sugli effetti economici e sociali derivanti dalla transizione demografica in atto. Il 2024 evidenzia una dinamica demografica in continuità con quella dei recenti anni post-pandemici: un calo contenuto della popolazione residente, la conferma di una dinamica naturale fortemente negativa i cui effetti vengono attenuati da una dinamica migratoria positiva, la progressiva contrazione della dimensione media delle famiglie.

01 APR - "Un numero crescente di persone inattive e con limitazioni dell'autonomia personale, a fronte di una progressiva riduzione delle persone in età attiva, tenderà dunque a spingere verso l'alto i livelli della spesa pubblica in ambito sanitario, previdenziale e assistenziale, con possibili ripercussioni negative sulle risorse da destinare alle famiglie con figli e sulla già scarsa mobilità sociale intergenerazionale che contraddistingue il nostro Paese".

È quanto sottolineato da Presidente Istat **Francesco Maria Chelli** in audizione presso la Commissione parlamentare di inchiesta sugli effetti economici e sociali derivanti dalla transizione demografica in atto.

"Il 2024 - ha ribadito Chelli - evidenzia una dinamica demografica in continuità con quella dei recenti anni post-pandemici: un calo contenuto della popolazione residente, la conferma di una dinamica naturale fortemente negativa i cui effetti vengono attenuati da una dinamica migratoria positiva, la progressiva contrazione della dimensione media delle famiglie.
Il 2024 aggiunge però alcuni elementi: il minimo storico di fecondità, una speranza di vita che supera definitivamente i livelli pre-pandemici, l'aumento degli espatri di cittadini italiani, il nuovo massimo di acquisizioni della cittadinanza italiana, a cui si affianca comunque l'importante crescita della popolazione straniera residente.
Al 1° gennaio 2025 la popolazione residente conta 58 milioni 934mila unità, 37mila in meno rispetto alla stessa data dell'anno precedente. Il processo di diminuzione della popolazione, in atto dal 2014, prosegue ininterrottamente e il decremento registrato nel 2024 (-0,6 per mille) è in linea con quanto osservato nei due anni precedenti (-0,4 per mille nel 2023 e -0,6 per mille nel 2022).
Il calo di popolazione non coinvolge in modo generalizzato tutte le aree del Paese: mentre nel Nord la popolazione aumenta dell'1,6 per mille, il Centro e il Mezzogiorno registrano variazioni negative pari rispettivamente al -0,6 per mille e al -3,8 per mille.
Nel 2024 le nascite si attestano a quota 370mila, registrando una diminuzione sul 2023 del 2,6%. Calano anche i decessi (651mila), il 3,1% in meno sul 2023, dato più in linea con i livelli pre-pandemici che con quelli del triennio 2020-22.
Il saldo naturale, ovvero la differenza tra nascite e decessi, risulta quindi ancora fortemente negativo (-281mila unità). Le immigrazioni dall'estero sono 435mila e, per quanto inferiori di circa 5 mila unità rispetto al 2023, si mantengono sostenute".

"Nel quadro di una popolazione che tende a invecchiare - spiega - il numero di decessi tende strutturalmente a crescere, in quanto più individui sono esposti ai rischi di morte, anche qualora i rischi di mortalità rimanessero invariati da un anno all'altro.
Quando ciò non si verifica, come nell'ultimo anno, può dipendere dal mutevole andamento delle condizioni climatico-ambientali, dall'alterna virulenza delle epidemie influenzali da una stagione alla successiva, da un precedente significativo eccesso di mortalità dovuto a circostanze eccezionali come avvenuto nel periodo pandemico e post-pandemico.
Negli ultimi 15 anni si sono osservati diversi picchi significativi, nel 2012, 2015, 2017 e soprattutto nel 2020-2022, ai quali ha sempre fatto seguito un calo della mortalità negli anni immediatamente successivi. Il calo

dei decessi si traduce in un guadagno di vita rispetto al 2023 di circa cinque mesi sia per gli uomini sia per le donne.
La speranza di vita alla nascita nel 2024 è stimata in 81,4 anni per gli uomini e in 85,5 anni per le donne (+0,4 in decimi di anno), superando anche i livelli raggiunti nel 2019. Il difficile periodo legato alla pandemia sembra essere ormai superato, con una sopravvivenza che torna a registrare incrementi significativi come in passato. Certamente la pandemia ha lasciato un segno importante, lo testimonia il fatto che ci sono voluti 4 anni per un ritorno alla normalità storica: se la pandemia non avesse avuto luogo, oggi si parlerebbe molto probabilmente di livelli di sopravvivenza ancora migliori di quelli registrati".

Ancora, "il calo delle nascite, oltre che essere determinato da un'importante contrazione della fecondità, è causato anche dalla riduzione nel numero dei potenziali genitori, a sua volta risultato del calo del numero medio di figli per donna registrato negli anni che li ha visti nascere.
La rilevanza dell'aspetto strutturale è ben evidente, considerando che la popolazione femminile nelle età convenzionalmente considerate riproduttive (15-49 anni) è passata da 14,3 milioni di unità al 1° gennaio 1995 a 11,4 milioni al 1° gennaio 2025. Gli uomini nella stessa fascia di età, pari a 14,5 milioni trenta anni fa, sono oggi circa 11,9 milioni.
In tali condizioni, nel 1995, con una fecondità di poco superiore a quella odierna, le coppie misero comunque al mondo 526mila bambini, ossia 156mila in più di quelli nati nel 2024".

Il presidente Istat cita anche delle proiezioni sul futuro dell'Italia: "In linea con la tendenza di diminuzione della popolazione in atto dal 2014, lo scenario di previsione 'mediano' contempla un ulteriore calo di 439mila individui tra il 2023 e il 2030 (da poco meno di 59 a 58,6 milioni), con un tasso di variazione medio annuo pari al -1,1 per mille.
Nel medio termine, tra il 2030 e il 2050, la diminuzione della popolazione risulterebbe più accentuata: da 58,6 milioni a 54,8 milioni (tasso di variazione medio annuo pari al -3,3 per mille).
Entro il 2080 la popolazione scenderebbe a 46,1 milioni, diminuendo di ulteriori 8,8 milioni rispetto al 2050 (-5,8 per mille in media annua), con un calo complessivo dall'anno base 2023 di 12,9 milioni di residenti. Nell'ipotesi più favorevole, dettata dallo scenario alto delle previsioni (limite superiore dell'intervallo di confidenza del 90%), la popolazione potrebbe subire una perdita di 'soli' 5,9 milioni tra il 2023 e il 2080, di cui 2,0 milioni già entro il 2050.
Nel caso meno propizio, descritto dallo scenario basso delle previsioni (limite inferiore dell'intervallo di confidenza del 90%), il calo di popolazione toccherebbe i 19,7 milioni di individui entro il 2080, 6,3 milioni dei quali già in vista del 2050.
In buona sostanza, nell'ambito di ipotesi ragionevoli (quelle cioè potenzialmente prospettabili per il Paese, a meno di ipotizzare scenari da replacement level11) la popolazione diminuirà, ma l'entità della riduzione può presentare evidenze numeriche molto diverse, che richiamano scenari non solo demografici ma anche sociali ed economici altrettanto diversi".

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=128783

Istat

Commissione parlamentare di inchiesta sugli effetti economici e sociali derivanti dalla transizione demografica in atto

Audizione del Presidente dell'Istituto Nazionale di Statistica
Prof. Francesco Maria Chelli

Camera dei deputati
1 aprile 2025

https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1743513711.pdf

quotidianosanità.it

Nutrizione. Oms annuncia 13 impegni da raggiungere in 8 aree chiave entro il 2030

Gli impegni, annunciati nel corso del Summit Nutrition for Growth, mirano ad accelerare i progressi verso l'eliminazione di tutte le forme di malnutrizione e il raggiungimento degli obiettivi globali in materia di nutrizione e quelli di sviluppo sostenibile. Raccolti 28 miliardi di dollari in finanziamenti globali

Ben 13 impegni ambiziosi in 8 aree chiave da raggiungere entro il 2030 per accelerare i progressi verso l'eliminazione di tutte le forme di malnutrizione e il raggiungimento degli Obiettivi globali in materia di nutrizione e degli Obiettivi di sviluppo sostenibile entro il 2030.
Ad annunciarli l'Organizzazione Mondiale della Sanità al Summit Nutrition for Growth (N4G), ospitato dal Governo francese. Raccolti 28 miliardi di dollari in finanziamenti globali in aumento rispetto al precedente traguardo di 27 miliardi di dollari nel 2021.
"Un momento positivo e di speranza per la solidarietà globale in mezzo alle principali crisi di finanziamento affrontate nel settore degli aiuti allo sviluppo – sottolinea una nota dell'Oms – Mette inoltre in mostra i crescenti impegni dei paesi per migliorare la salute e il benessere per tutti attraverso la nutrizione".

La malnutrizione rimane una crisi globale, che colpisce ogni Paese. Nel 2022, circa 390 milioni di adulti di 18 anni e più in tutto il mondo erano sottopeso, mentre 2,5 miliardi erano sovrappeso, di cui 890 milioni obesi. Inoltre, 148 milioni di bambini sotto i 5 anni soffrivano di arresto della crescita e 37 milioni erano sovrappeso o obesi. Quasi la metà di tutti i decessi tra i bambini sotto i 5 anni sono legati alla denutrizione, prevalentemente nei Paesi a basso e medio reddito.
"La malnutrizione in tutte le sue forme è una delle più grandi sfide globali per la salute del nostro tempo. L'Oms sta rispondendo alla chiamata N4G per un'azione coraggiosa con impegni concreti e vincolati nel tempo che guideranno un impatto misurabile e accelereranno i progressi", ha affermato la dott. ssa **Luz María De Regil**, direttrice del Dipartimento di nutrizione e sicurezza alimentare dell'Oms.
"La nutrizione è il fondamento della salute e, pertanto, della prosperità di individui, famiglie, comunità, società ed economie... al contrario, laddove vi è malnutrizione di qualsiasi forma, la malattia segue da vicino" ha detto il Direttore generale dell'Oms, il dott. **Tedros Adhanom Ghebreyesus,** nelle osservazioni conclusive sottolineando anche l'impegno dell'Oms nel garantire l'accesso globale a servizi nutrizionali essenziali e a diete sicure, sane e sostenibili.

Le 8 aree chiave dell'Oms:

- **Anemia:** l'Oms migliorerà la prevenzione, la diagnosi e la gestione dell'anemia, basandosi sul documento Accelerating anemia reduction: a comprehensive framework for action del 2023 e collaborando con l'Unicef e i partner dell'Anemia Action Alliance. Ciò includerà linee guida aggiornate sulla gestione dell'anemia nelle pazienti in gravidanza e nel post-partum, insieme a stime aggiornate sulla prevalenza globale dell'anemia nei gruppi ad alto rischio.
- **Diete sane:** entro il 2027, l'Oms pubblicherà una guida completa sugli alimenti di origine animale ottimali, adattati a contesti specifici di età, genere e paese. E affronterà anche il consumo di alimenti ultra-processati (UPF) con definizioni e raccomandazioni aggiornate.
- **Monitoraggio:** aggiornamenti annuali sulle scorecard nazionali per acidi grassi trans , sodio e zuccheri saranno forniti tramite il database globale sull'implementazione dell'azione alimentare e nutrizionale (GIFNA). Queste scorecard mostrano i progressi dei paesi verso le politiche raccomandate come delineato nei Best buys dell'OMS per prevenire le malattie non trasmissibili, nonché pacchetti tecnici tra cui REPLACE e SHAKE . Inoltre, entro il 2026 l'Oms svilupperà un cruscotto che illustra i progressi dei paesi verso l'SDG2.2 e gli obiettivi nutrizionali del 2030, inclusi gli obiettivi operativi.
- **Alimentazione scolastica:** entro il 2030, l'Oms supporterà 10 paesi nell'adattamento delle linee guida dell'OMS sulle politiche alimentari e nutrizionali nelle scuole e collaborerà con i partner per garantire che le politiche alimentari e nutrizionali nelle scuole siano in linea con gli standard nutrizionali esistenti.
- **Riduzione del sodio**: saranno assistiti almeno 10 paesi nell'adozione di parametri di riferimento globali o regionali per il sodio e sostenuti 20 paesi nell'implementazione di interventi prioritari per la riduzione del sale in linea con il pacchetto tecnico SHAKE e gli indicatori della scheda di valutazione nazionale.
- **Obesità**: entro il 2026, l'Omspubblicherà linee guida normative sulla gestione clinica dell'obesità nei bambini, negli adolescenti e negli adulti e sosterrà 34 paesi capofila del piano di accelerazione dell'OMS per fermare l'obesità riducendone la prevalenza del 5% entro il 2030. Ciò includerà lo sviluppo di un quadro di responsabilità per monitorare i progressi verso le roadmap nazionali sull'obesità nei sistemi sanitari e negli ambienti alimentari e di attività.
- **Deperimento:** sulla base del Piano d'azione globale sul deperimento infantile: un quadro d'azione per accelerare i progressi nella prevenzione e nella gestione del deperimento infantile (GAP) e delle linee guida dell'OMS sulla prevenzione e la gestione del deperimento e dell'edema nutrizionale (malnutrizione acuta) nei neonati e nei bambini sotto i 5 anni , l'Oms cercherà di migliorare la prevenzione e il trattamento del deperimento e dell'edema nutrizionale sviluppando strumenti di attuazione e supportando 25 paesi all'avanguardia nell'intensificare le azioni in collaborazione con l'UNICEF e i partner del GAP.
- **Cambiamento climatico:** entro il 2030, l'Oms aiuterà 40 paesi a integrare nutrizione e salute nei loro piani di azione per il clima, allineandosi agli sforzi globali per raggiungere l'SDG 2 (fame zero), l'SDG

3 (buona salute e benessere) e l'SDG 13 (azione per il clima). Inoltre, l'Oms pubblicherà nuove linee guida sugli standard di approvvigionamento sostenibile per cibo nutriente e sostenibile in contesti sanitari con supporto dedicato a 20 paesi. Ciò sarà realizzato attraverso l'Alleanza per l'azione trasformativa sull'azione per il clima e la salute (ATACH) in collaborazione con l' Iniziativa sull'azione per il clima e la nutrizione (I-CAN) .

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=128879

SALUTE INTERNAZIONALE

Difendere la giustizia di genere

The Lancet

Con le politiche "anti-gender" imposte dall'amministrazione Trump, sono minacciati i risultati ottenuti a fatica verso l'eliminazione delle mutilazioni genitali femminili, dei matrimoni infantili, della violenza di genere, nel campo dell' istruzione delle ragazze e della partecipazione politica e delle opportunità lavorative per le donne (1)

Negli Stati Uniti si sta diffondendo una negazione e una distorsione della realtà del "genere" che avrà enormi conseguenze per la salute a livello globale. Le azioni del presidente Donald Trump includono la cancellazione del termine "genere" da tutti i documenti e il riconoscimento di soli due sessi biologici, il ripristino della regola globale del bavaglio che impedisce l'accesso all'assistenza sanitaria sessuale e riproduttiva, il ritorno alla Dichiarazione di consenso di Ginevra anti-aborto(1) e la cessazione di tutte le politiche e iniziative per la diversità, l'equità e l'inclusione. Un movimento che si oppone all'esistenza stessa del "genere" ha trovato slancio, includendo altri leader come il presidente argentino Javier Milei. I risultati ottenuti a fatica verso l'eliminazione delle mutilazioni genitali femminili, dei matrimoni infantili, della violenza di genere, del livello di istruzione delle ragazze e della partecipazione politica e delle opportunità lavorative per le donne sono minacciati. Inoltre, gli ordini di Trump costituiscono una grave violazione dei diritti umani e un tentativo deliberato di cancellare l'intera comunità *trans* e *gender-different*. Purtroppo, la contestazione e la manipolazione in materia di genere non sono una novità nel campo della salute globale.

Una nuova Commissione *Lancet* su genere e salute globale mira a identificare modalità con cui operatori sanitari, decisori politici, ricercatori e società civile possano utilizzare una comprensione più inclusiva del genere per migliorare le politiche e i programmi sanitari. La visione della Commissione di un approccio alla giustizia di genere "riconosce la diversità di bisogni ed esperienze, richiede l'inclusione di tutte le persone e mira a raggiungere equità e uguaglianza per tutti". Il genere è spesso discusso nell'ambito della salute globale, ma, secondo la Commissione, l'azione per la giustizia di genere rimane una sfida importante. Non esiste una comprensione condivisa del genere e dei termini correlati, il che porta a confusione, disaccordo e interpretazioni errate. Nei sistemi di ricerca e di dati sanitari, genere e sesso vengono spesso confusi, ignorando le molteplici dimensioni del genere e le sue interazioni con il sesso. Il genere diventa spesso un sinonimo di donne e ragazze, così come di ragazzi e uomini, escludendo i bisogni delle persone trans e di genere diverso.

La Commissione descrive in dettaglio come reti internazionali ben finanziate e il populismo di estrema destra abbiano promosso con aggressività una dicotomia sessuale consolidata tra uomo e donna negli ultimi 30 anni, portando a leggi disastrose contro le persone LGBTQ+ e l'aborto. Nel frattempo, le industrie sfruttano le norme di genere per promuovere il consumo di prodotti dannosi per la salute, come l'alcol.

Le precedenti Serie pubblicate da *The Lancet* relative a genere e salute hanno mostrato come la disuguaglianza di genere sia intrinsecamente legata alla disuguaglianza sanitaria, ma si sono concentrate su gruppi specifici – donne o persone transgender e di genere diverso – o su dimensioni specifiche, come la violenza di genere, la leadership nella scienza e nella medicina o la pace . La Commissione Genere e Salute adotta un approccio più ampio che svela le molteplici forze che guidano le interazioni tra genere e salute. La sua analisi completa dei fattori storici, politici, sociali ed economici della salute globale svela perché la comprensione della salute delle donne è ancora limitata alla salute riproduttiva e materna, perché ragazzi e uomini sono sottovalutati nella progettazione di interventi per affrontare la violenza di genere e perché vi è una così dannosa assenza di dati sanitari per le comunità transgender e di genere diverso.
Come rendere più efficaci le azioni volte a raggiungere la giustizia di genere nella salute globale? In primo luogo, la Commissione sostiene la necessità di una comprensione e di una definizione più olistiche del genere, nonché di definizioni più chiare e trasparenti per la raccolta dati e la ricerca. In secondo luogo, la Commissione afferma che si possono trarre insegnamenti dalle politiche che hanno applicato con successo una prospettiva di giustizia di genere. In terzo luogo, vi è un urgente bisogno di meccanismi di accountability in grado di monitorare e intervenire sistematicamente nei confronti del movimento anti-gender e del settore commerciale, nonché di modalità innovative per investire in approcci alla giustizia di genere.
Ci troviamo a un punto di svolta critico, poiché l'amministrazione Trump impone divieti alla giustizia di genere. *The Lancet* sostiene il nostro impegno per promuovere equità, diversità e inclusione nella scienza, nella medicina e nella salute globale. Raccomandare l'uso di un linguaggio inclusivo e incoraggiare l'adesione alle linee guida per l'equità di genere e di sesso nella ricerca rimane parte integrante delle nostre politiche editoriali .
Questi tempi rappresentano un test per la comunità sanitaria globale e per la società in generale, affinché protegga e promuova i progressi compiuti negli ultimi decenni in materia di uguaglianza di genere ed equità sanitaria. Collettivamente, dobbiamo mobilitare forze di resistenza e attivismo, alzando la voce per un mondo in cui tutti possano prosperare, indipendentemente dal genere e dall'identità di genere.

(1)Standing up for gender justice, The Lancet, Editorial, Vol. 405, April 19 2025. Traduzione e sottotitolo nostri.
(2) La Dichiarazione di Consenso di Ginevra è una dichiarazione antiabortista promossa dall'amministrazione Trump nel 2020. Afferma che non esiste un diritto internazionale all'aborto e che i paesi non sono obbligati a finanziarlo o facilitarlo. La dichiarazione è stata inizialmente firmata da Stati Uniti, Brasile, Egitto, Ungheria, Indonesia e Uganda. Gli Stati Uniti hanno aderito nuovamente alla Dichiarazione di Consenso di Ginevra nel gennaio 2025.

https://www.saluteinternazionale.info/2025/04/difendere-la-giustizia-di-genere/

Scenario SSN

NEJM Catalyst

Risultati importanti per i pazienti: ICHOM come catalizzatore per un'assistenza basata sul valore

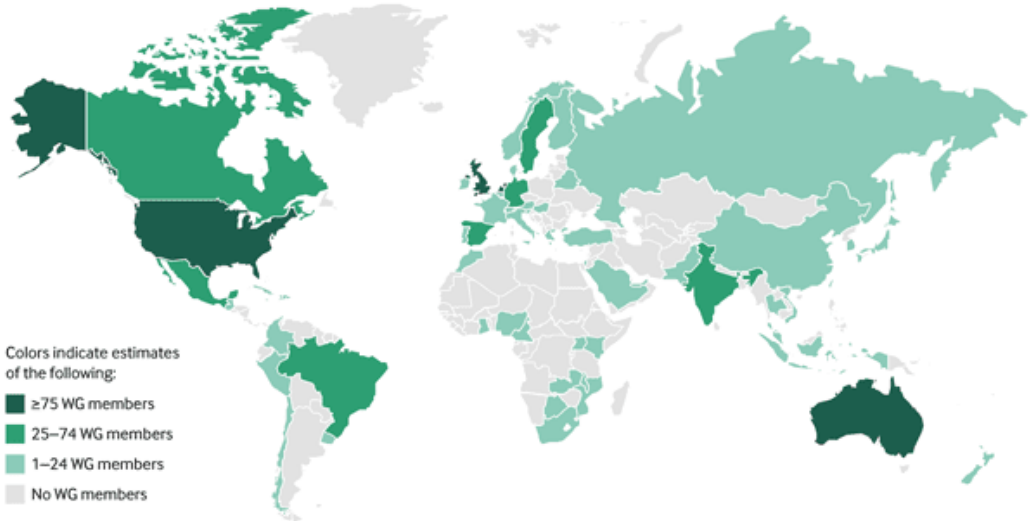
Autori : Jennifer Bright , MPA , Kevin Wake , Mary Lynch Witkowski , MD, MBA , Daphne Psacharopoulos , MBA , Jamie Heywood , SB , Martin Ingvar , MD, PhD e Stefan Larsson , MD, PhD Informazioni sull'autore e affiliazioni

Astratto

Con l'aumento del peso delle patologie croniche in tutto il mondo, che porta le risorse umane e finanziarie al limite, la necessità di un'assistenza basata sul valore è evidente. Costituito nel 2012, l'International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) ha creato una comunità globale di oltre 1.200 esperti clinici, di ricerca e di pazienti in oltre 60 paesi per standardizzare e promuovere la misurazione degli esiti incentrata sul paziente come parametro di riferimento universale per la salute e il valore.

I suoi 46 standard pubblicati coprono il 60% del peso globale delle malattie. Il raggiungimento di sistemi sanitari basati sul valore richiede l'allineamento di modelli di pagamento, reti di fornitori, infrastrutture digitali, politiche e normative attorno a obiettivi condivisi incentrati sul paziente. Misure di esito standardizzate e trasparenza sono fondamentali per questo riallineamento.

La piattaforma ICHOM offre la soluzione più completa al mondo per la misurazione degli esiti per i pazienti, fondata sulla scienza e sull'esperienza vissuta. Per consentire la trasformazione di progetti locali di successo in miglioramenti sistemici ampiamente sostenibili, ICHOM ha individuato tre obiettivi strategici per il prossimo decennio: espandere la comunità di pratica; rafforzare i programmi di cambiamento; e analizzare, apprendere e condividere per ottenere un impatto.



ICHOM intende raggiungere questi obiettivi attraverso incontri, partnership e networking; offrire consulenza metodologica e supporto tecnico, nonché servizi di accreditamento; e creare e facilitare reti di apprendimento globali attraverso la valutazione indipendente dei risultati.

https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.24.0483?query=CON

SALUTE INTERNAZIONALE

Non possiamo restare in silenzio. La società civile per la sanità pubblica

Questo documento nasce dal lavoro congiunto delle oltre 130 associazioni che, aderendo all'appello "Non possiamo restare in silenzio. La società civile in difesa della sanità pubblica", hanno deciso, in occasione dell'incontro di Firenze del 22 febbraio 2025, di riaffermare valori e indirizzi comuni e individuare gli elementi fondamentali per il rilancio del Ssn, anche alla luce dell'attuale preoccupante dibattito politico e istituzionale. Il percorso avviato con l'appello del novembre 2024 ha l'obiettivo di unire le tante forze che sempre più diffusamente, in tutte le regioni, non vogliono arrendersi al declino del Servizio sanitario nazionale, sono pronte a partecipare a iniziative di mobilitazione e chiedono un eguale impegno da parte dei decisori e delle forze politiche.

Il documento si apre con un elenco di 10 punti chiave e si articola in due capitoli: 1. Il rilancio del Ssn. 2. L'Autonomia differenziata fa male alla tutela della salute.
Ciascun capitolo affronta i temi che più minacciano i diritti e il benessere delle persone. Il documento non ha quindi ambizioni di esaustività ma intende individuare *cosa non si deve fare* (né oggi, né domani) e *cosa si può fare* (a partire da oggi) per avviare una decisa inversione di tendenza.
Nel documento non trovano adeguata trattazione alcuni temi che, per quanto importanti, potranno essere sviluppati in successivi momenti di approfondimento, a partire dall'assistenza ospedaliera, area relativamente più strutturata e organizzata di altre che richiedono invece un consistente e urgente impegno.
16 aprile 2025

10 punti chiave per il rilancio della sanità pubblica e contro l'autonomia differenziata delle Regioni

1. **Il declino del Ssn non è irreversibile**. Il secondo pilastro – l'assistenza cosiddetta "integrativa" dei fondi e delle assicurazioni – non è la soluzione. Servono scelte coerenti con il dettato costituzionale, le priorità espresse dalla popolazione e le evidenze scientifiche.
2. **Il Ssn deve poter contare su risorse adeguate**, per garantire il diritto "incomprimibile" alla salute, ridurre gli enormi divari rispetto ai principali paesi europei e colmare quelli al suo interno, ridare fiducia *(*e risposte*)* alla popolazione. Deve **recuperare capacità di programmazione, indirizzo e controllo** a tutti i livelli di governo e **potenziare la produzione e l'erogazione *diretta* di servizi e percorsi di cura** da parte delle strutture pubbliche, riducendo progressivamente il ricorso a erogatori privati.
3. **Le risorse devono essere destinate agli ambiti prioritari di intervento**, in primo luogo al personale del Ssn di tutti i livelli, alla prevenzione, alle cure primarie e alla domiciliarità in particolare per le persone non autosufficienti e con disabilità.

4. Le **politiche del personale non possono continuare ad essere soggette a tetti di spesa** anacronistici e causa di effetti perversi fin troppo noti. È necessario adeguare dotazioni e remunerazioni, migliorare le condizioni di lavoro, promuovere formazione e opportunità di crescita professionale e di carriera.
5. I **fondi sanitari devono essere riorientati all'interesse generale**, prevenendo la creazione di iniquità ed inefficienze, limitando le agevolazioni fiscali ai fondi realmente integrativi e preservando il loro carattere non lucrativo anche nella gestione delle quote versate.
6. **È necessario lo sviluppo e una solida riorganizzazione delle Cure Primarie***,* articolata per **Distretti sociosanitari**, per un'assistenza di prossimità, contro l'epidemia di cronicità, che si **prenda effettivamente cura delle persone in modo integrato e proattivo,** con la partecipazione della popolazione attraverso le **Case della Comunità** e il governo del Distretto.
7. **L'attuazione della riforma dell'assistenza per le persone non autosufficienti non può essere ulteriormente rinviata**: adeguare il finanziamento del *Fondo per la non autosufficienza,* garantire il governo pubblico di tutti gli interventi, dare effettiva priorità alla domiciliarità e superare i pesanti limiti della sperimentazione universale.
8. **Il governo dell'assistenza farmaceutica** richiede la regolare revisione di prezzi e farmaci a carico del Ssn, l'adozione di rigorosi criteri per la valutazione dei farmaci innovativi, la promozione dell'appropriatezza nella prescrizione e nel consumo. È necessario sostenere a livello europeo la creazione di una infrastruttura pubblica per la ricerca e la produzione di farmaci e vaccini.
9. **One Health**: **la salute in tutte le politiche**, per contrastare i determinanti sociali e commerciali della salute; potenziare la tutela della salute nei luoghi di vita e di lavoro; attivare azioni mirate ai rischi ambientali legati all'inquinamento e ai cambiamenti climatici.
10. La **sentenza della Corte costituzionale n. 192** del novembre 2024 sull'autonomia differenziata ha avuto un "**massiccio effetto demolitorio**" nei confronti della legge Calderoli. Il modello deve essere necessariamente di tipo "**cooperativo**" (e non duale) e deve tener conto dei principi inderogabili di solidarietà, perequazione, unitarietà delle politiche, parità del diritto all'accesso. **Non si possono trasferire interi blocchi di materie o ambiti di esse, ma solo singole funzioni** e solo dopo un'approfondita istruttoria che evidenzi i benefici recati alla collettività (e non alla singola regione). I **Lep devono essere adeguatamente finanziati** a garanzia dei diritti fondamentali in tutto il territorio nazionale. Le materia "No Lep" semplicemente non esistono. **La sanità deve essere esclusa dall'Autonomia Differenziata.**Dopo la sentenza 192/2024 **è fondamentale il ruolo del Parlamento**. Promuovere una proposta di legge per una corretta interpretazione dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione.

1. IL RILANCIO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Premessa

Da troppo tempo il Servizio sanitario nazionale, un patrimonio fondamentale per la salute delle persone e per la coesione sociale, non riceve la giusta attenzione. Da troppo tempo osserviamo una grande indifferenza nei confronti del progressivo indebolimento della sanità pubblica. Eppure, a dispetto della storica penuria di risorse e delle continue difficoltà, il Ssn è sempre stato capace di raggiungere buoni risultati in termini di salute, migliori di quelli mediamente osservati nel resto dell'Europa. Risultati dovuti alla lungimiranza di chi negli anni '70 ha saputo scegliere per il nostro Paese un sistema universalistico ed equo, oltre che al lavoro di tanti professionisti e al contributo di famiglie e persone.

Da anni, tuttavia, il Ssn sta attraversando una lenta e profonda crisi. Stiamo scivolando pericolosamente verso un sistema che garantisce la salute solo a chi se la può permettere, per condizione economica, luogo di residenza, posizione lavorativa o bisogno di assistenza.

Stiamo scivolando verso un Ssn "residuale", che si occupa solo di ciò che non interessa il mercato privato o protegge solo i rischi non assicurabili. Ma il Ssn non può essere "residuale". Il Ssn, o è universale, globale e solidale, o non è un Servizio sanitario nazionale. Non è possibile preservare i princìpi del Ssn riducendo le sue tutele e sviluppando per ampia parte dell'assistenza un secondo pilastro, mutualistico e assicurativo. Questo ci riporterebbe ai tempi delle mutue, costose e inique, che abbiamo superato proprio con l'istituzione del Ssn. Chi sostiene che sia preferibile per tutti far convivere un Ssn ridimensionato (per i più disagiati) e un secondo pilastro rafforzato (per chi se lo può permettere) nasconde i rischi di modelli unanimemente riconosciuti

meno efficienti e più iniqui, sfrutta le difficoltà della finanza pubblica per giustificare soluzioni che graverebbero invece pesantemente proprio sul bilancio dello Stato e quindi sui contribuenti, semina paure e luoghi comuni aderendo acriticamente all'idea che la salute sia un bene di consumo come qualunque altro bene e che quindi possa essere consegnata agli interessi dei mercati.
Siamo fermamente convinti invece che il declino del Ssn non sia irreversibile. Servono scelte coerenti con il dettato costituzionale, con le aspettative e le priorità espresse dalla popolazione e con le evidenze scientifiche, tutte a favore di sistemi universalistici, globali e solidali. Per questo è necessario bloccare il declino del Ssn e avviare un suo progressivo rafforzamento. È possibile. La storia, anche recente, insegna che quando un obiettivo è considerato prioritario le risorse si trovano. Basta modificare l'allocazione delle risorse, contrastare seriamente l'infedeltà fiscale, rivedere il sistema fiscale in senso equo e progressivo. Non possiamo rischiare ulteriori tagli al welfare, a maggior ragione per compensare l'aumento delle spese militari o anche solo per pagare gli interessi sui debiti che dovranno essere sottoscritti. Non possiamo continuare con un welfare soffocato da stringenti vincoli di bilancio mentre la difesa ottiene finanziamenti sottratti alle regole europee.
Ma non è un problema solo finanziario. È in primo luogo un problema culturale e politico. La tutela della salute deve essere affrontata nella consapevolezza che la salute è un diritto fondamentale, senza la quale non è possibile "*il pieno sviluppo della persona umana*" (Costituzione, art. 3) e che "*il diritto alla salute, coinvolgendo primarie esigenze della persona umana, non può … essere sacrificato fintanto che esistono risorse che il decisore politico ha la disponibilità di utilizzare per altri impieghi che non rivestono la medesima priorità*" (Corte Costituzionale, sentenza 195/2024).
Questo non vuol dire lasciare tutto immutato: molto deve essere ancora fatto per dare piena attuazione ai principi della legge 833/1978 e ai tanti provvedimenti ignorati nella maggior parte delle nostre realtà, anche perché spesso non sostenuti da adeguati finanziamenti. Molto deve essere fatto per affrontare le sfide e le opportunità che i cambiamenti ambientali, sociali e tecnologici ci pongono. In particolare, molto deve ancora essere fatto per interrompere le distorsioni diffusamente praticate aderendo acriticamente a modelli di governo ottusamente aziendalistici, irrispettosi del valore del lavoro di tutti i professionisti e dei bisogni reali della popolazione, che combinano il peggio dei sistemi burocratici e di quelli imprenditoriali. Preservare gli equilibri di bilancio, fondamentale quando si utilizzano le risorse dei contribuenti, non può essere l'unica né la principale priorità perché è "*la garanzia dei diritti incomprimibili ad incidere sul bilancio e non l'equilibrio di questo a condizionare la doverosa erogazione*" (Corte Costituzionale – sentenza 275/2016).
Molto deve essere fatto per promuovere a tutti i livelli la cultura del "prendersi cura" delle persone, superando l'approccio "prestazionale" che pretende di rispondere ai bisogni di salute attraverso l'erogazione di singoli servizi (offerti dal mercato, nel più ampio ambito del consumismo sanitario). È necessaria invece, soprattutto per i problemi con un importante carico assistenziale come nelle cronicità, la capacità di progettare percorsi proattivi, coordinati e continuativi, con la partecipazione della persona assistita e del suo contesto di vita, garantiti da un sistema di interventi sanitari, sociali, abitativi integrati e non inquinati da interessi di profitto.

Adeguare le risorse ai bisogni di salute della popolazione
Il declino del Ssn è in primo luogo un problema di sottofinanziamento, documentato dalla tendenza, già avviata prima della pandemia, a una progressiva riduzione della percentuale del Pil destinata al finanziamento del Ssn: dal 6,8% del 2014 al 6% del 2025, fino al 5,6% previsto per il 2030.
Il sottofinanziamento è evidenziato anche dai confronti internazionali: l'Italia destina alla sanità pubblica solo il 12% del totale della spesa pubblica, contro il 20% della Germania, il 16% della Francia e il 15% della media UE. In termini pro capite, l'Italia spende un terzo in meno della media UE e quasi il 40% in meno della Germania, mentre in percentuale sul Pil la spesa sanitaria pubblica è in Italia inferiore alla media europea di circa 2 punti percentuali e ancor più contenuta rispetto a paesi come Germania e Francia.
Il primo obiettivo è garantire al Ssn risorse adeguate, prevedendo il progressivo avvicinamento del Fondo sanitario nazionale ai valori medi dei principali paesi UE. A tal fine è necessario procedere su più fronti: riforma del sistema fiscale che – nel rispetto del criterio di progressività di cui all'articolo 53 della Costituzione – superi gli elementi di *flat tax* via via introdotti ed elimini i tanti aggiustamenti adottati a favore di specifici ambiti o categorie; lotta all'evasione fiscale (anche rafforzando la tracciabilità dei pagamenti); riallocazione

delle risorse (a partire da una attenta rimodulazione dei sussidi dannosi per l'ambiente e per la salute). Anche la revisione dell'imposta di successione, avvicinandola a quella di altri paesi europei, può contribuire a rafforzare il sistema di welfare a favore delle generazioni più giovani. Va inoltre precisato che il Ssn continua ad essere impegnato a contrastare frodi ed abusi e a promuovere l'efficiente utilizzo delle risorse, ma gli eventuali "risparmi" così ottenuti non possono compensare il suo sottofinanziamento.
Ma non basta aumentare le risorse: bisogna anche destinarle a ciò che è cruciale per invertire la rotta. Le risorse aggiuntive devono essere destinate esclusivamente al potenziamento dei servizi e dei percorsi di cura assicurati *direttamente* dal Ssn, attraverso una nuova politica del personale e il congelamento dei contratti di fornitura con i soggetti privati accreditati.
Indispensabile è il rafforzamento della capacità di programmazione, indirizzo e controllo in tutti i livelli istituzionali, compreso il livello centrale, ormai gravemente impoveriti di professionalità ed esperienze. È fondamentale difendere la globalità dell'assistenza che deve essere garantita dal Ssn, rigettando ogni tentativo di riduzione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) anzi adeguandoli agli sviluppi delle conoscenze, e completare la definizione dei Livelli essenziali delle prestazioni nel settore sociale. È altrettanto fondamentale rigettare l'ipotesi che la riduzione dei Lea sia l'unica via per finanziare programmi volti a eliminare le carenze che ancora esistono in vaste aree del Paese, il che comporterebbe un loro inaccettabile livellamento verso il basso per tutti. Per favorire l'effettivo esercizio del diritto alla salute delle persone che vivono nelle regioni e nelle aree con servizi sanitari in maggiori difficoltà è necessario invece prevedere programmi straordinari di convergenza e risorse aggiuntive, anche prevedendo il ricorso all'articolo 119 della Costituzione (c. 5).
È necessario porre fine alla pesante riduzione della spesa per il personale dipendente, passata dall'inizio del secolo ad oggi dal 39,8% al 29,8% della spesa del Ssn, a causa dell'anacronistico vincolo imposto da manovre di finanza pubblica incuranti del ruolo svolto dal suo principale fattore produttivo: i professionisti del Ssn. Gli interventi sul personale devono essere volti al riconoscimento del valore sociale del lavoro di cura: adeguamento degli organici ai bisogni di salute della popolazione (e non solo ai vincoli di finanza pubblica), revisione del trattamento economico (un infermiere italiano guadagna circa un terzo in meno del collega tedesco), qualificazione dell'organizzazione del lavoro (anche tenendo conto della diffusa prevalenza delle donne nelle professioni di cura), miglioramento delle opportunità formative e di carriera, rafforzamento della formazione sul campo e della capacità di lavoro in equipe e di collaborazione fra territorio e ospedale, rinnovamento di tutte le competenze in relazione allo sviluppo delle scienze e delle tecnologie, con specifica attenzione al personale medico infermieristico e delle professioni sanitarie e sociali. Il Ssn deve tornare ad essere protagonista della propria crescita professionale e culturale utilizzando il grande patrimonio di conoscenze presenti al suo interno.
È necessario rivedere in modo sostanziale il modello di programmazione della formazione dei medici e delle altre professioni sanitarie, definendo un "numero programmato" adeguato ai reali bisogni socio sanitari della popolazione e superando le rigidità e gli errori del passato. In particolare, vanno evitate pseudo-soluzioni che evocano il superamento del numero chiuso (quando le carenze sono riferibili solo ad alcune specifiche specializzazioni post- laurea), si limitano a spostare di sei mesi le scelte degli studenti e impongono sforzi spropositati alle università. è necessario intervenire prioritariamente sulle gravi carenze delle professioni infermieristiche, aumentando l'attrattività dei corsi di laurea e la loro qualificazione.
Solo mettendo in atto rapidamente e con continuità questi interventi sarà possibile invertire l'emorragia di personale dal Ssn verso il privato o i paesi esteri, ridurre le esternalizzazioni di servizi essenziali a imprese commerciali o a cooperative spesso improvvisate e poco qualificate, mettere fine a fenomeni abnormi quali il ricorso ai "gettonisti" e ricondurre i rapporti pubblico – privato nell'ambito della programmazione pubblica.

Il "secondo pilastro" non è la soluzione

Di fronte al declino della sanità pubblica, il "Piano strutturale di Bilancio di medio termine 2025-29" – approvato dal Consiglio dei ministri il 27 settembre 2024 – anziché impegnarsi a rafforzare il Ssn prospetta il potenziamento del secondo pilastro attraverso "lo sviluppo e il riordino degli strumenti per la sanità integrativa".
Questa strada va fermata. Contrariamente a quanto sostenuto strumentalmente dai loro difensori, i fondi sanitari non sono la soluzione alla presunta insostenibilità del Ssn né tanto meno alle difficoltà di accesso ad

un'assistenza appropriata a favore di tutta la popolazione. Questa strada va fermata per ragioni di equità e per ragioni di efficienza.
Per ragioni di equità, perché i fondi superano l'approccio della tutela della salute come diritto uniformemente riconosciuto a tutte le persone e (re)introducono uno stretto collegamento fra assistenza sanitaria e condizione occupazionale, producono una discriminazione a favore di alcune specifiche categorie di lavoratori (quelle con maggiori capacità contrattuali) e una differenziazione dei percorsi assistenziali su base categoriale e territoriale, escludono di fatto ampie parti della popolazione (quali disoccupati, lavoratori precari, pensionati e spesso anche i familiari degli iscritti), indeboliscono l'uniformità delle risposte sanitarie e affievoliscono le voci che dovrebbero invece rivendicare una migliore qualità dell'offerta pubblica per tutta la popolazione. Anche le agevolazioni fiscali a sostegno dei fondi sono causa di iniquità. Producono un minor gettito Irpef che è posto a carico dell'intera collettività di contribuenti (anche di chi non è iscritto ai fondi) e hanno effetti regressivi perché il beneficio cresce al crescere del reddito. Producono inoltre un minor *monte contributivo* che è posto a carico dei lavoratori aderenti al fondo sanitario i quali potranno contare, in vista del calcolo della loro pensione, su un minor ammontare di versamenti effettuati.
Dal punto di vista dell'efficienza complessiva del sistema, i fondi producono un eccesso di coperture assicurative, in particolare nei confronti di specifiche voci di spesa, come visite specialistiche e accertamenti diagnostici, e una moltiplicazione delle prestazioni erogate, con il conseguente rischio di aumento di prestazioni e diagnosi inappropriate, e quindi anche della spesa complessiva. I fondi operano infatti sulla base di un *modello prestazionale*, palesemente in contrasto con le esigenze di integrazione dei servizi e di presa in carico della persona, nonché sulla base di incentivi alla selezione delle prestazioni più remunerative a prescindere dalle priorità di salute, che, in sanità caratterizzano l'erogazione privata. In tale situazione si produce una perdita di benessere per la collettività e un aumento dei costi per la tutela della salute, ampiamente dimostrata nei paesi con sistemi sanitari basati sulle assicurazioni come gli Stati Uniti.
Più in generale, a dispetto della retorica dell'integrazione, i fondi cd integrativi sono sostanzialmente sostitutivi del Ssn (tra i fondi iscritti all'Anagrafe, quelli realmente integrativi sono solo il 4%). Una sanità sostitutiva, lungi dal rinforzare il Ssn sollevandolo da alcuni compiti di cura, rischia invece di peggiorare la qualità dell'assistenza per chi resta dentro la sanità pubblica: i servizi per i meno avvantaggiati rischiano infatti di essere servizi poveri. Al contempo, il Ssn subisce un aggravio di costi, in quanto i casi più gravi e costosi resterebbero, comunque, a carico della sanità pubblica.
Risulta quindi necessario riorientare le forme integrative di assistenza sanitaria verso l'interesse generale, prevenendo iniquità e diseconomie, limitando le agevolazioni fiscali ai soli fondi effettivamente integrativi, rafforzando le regole di funzionamento e la trasparenza del settore, preservando il principio della mutualità e il carattere non lucrativo dei fondi anche evitando l'affidamento della gestione alle compagnie assicurative.

Una solida riorganizzazione delle Cure Primarie
Il futuro delle politiche sanitarie è nelle Cure Primarie, il primo livello di contatto delle persone e delle famiglie, con un servizio sanitario capace di prendersi cura delle persone nei luoghi prossimi a quelli in cui vivono, costituendo il primo elemento di un processo continuo di assistenza che si avvale di una molteplicità di figure professionali (medici di medicina generale e specialisti, infermieri e tecnici delle professioni sanitarie, assistenti sociali, ecc.), anche appartenenti a servizi diversi (consultori, prevenzione, salute mentale e lo stesso ospedale) ma adeguatamente formati a lavorare in gruppo, promuovendo la piena partecipazione delle persone, delle famiglie e delle comunità. Questa concezione delle Cure primarie realizza un salto di paradigma: dalla *erogazione di singole prestazioni* al *prendersi cura*, un atto complesso fatto di biologia e di relazione, di ascolto e di proposta, di competenze tecniche e di etica, di una medicina sobria e rispettosa, in cui il prendersi cura comporta la progettazione di un percorso assistenziale proattivo e la partecipazione della persona assistita e del suo contesto di vita. Un concetto di Cure Primarie ben delineate sin dall'origine, nella Dichiarazione Universale di Alma Ata del 1978, che non ha mai trovato adeguata attuazione nel nostro Paese. Specialmente dopo la pandemia non possiamo più attendere.
Lo sviluppo e una solida riorganizzazione delle Cure primarie, da attuare in tutte le regioni, si basa sul Distretto socio-sanitario, una struttura di governo che integra le competenze dei Comuni con quelle delle Aziende sanitarie territoriali per realizzare una pianificazione congiunta sociale, sociosanitaria e sanitaria, con la partecipazione delle rappresentanze sociali presenti sul territorio, e la sua efficace attuazione coordinando

l'attività di tutti i servizi territoriali. A questo scopo, l'articolazione in Distretti socio-sanitari delle Aziende sanitarie territoriali deve evitare dannosi gigantismi e individuare la dimensione ottimale per assicurare la pronta accessibilità ai servizi da parte della popolazione e favorire dialogo e collaborazione fra operatori e servizi, tenendo conto delle peculiarità geografiche, sociali, storiche, epidemiologiche e infrastrutturali.
In quest'ottica la Casa della Comunità, spazio riconoscibile dai cittadini, è il luogo dell'accoglienza dove si realizza il *prendersi cura* della persona. Essa costituisce, finalmente, l'occasione da non sprecare affinché la comunità diventi protagonista del proprio progetto di salute partecipando alle decisioni che lo determinano. Un progetto di salute definito partendo dai bisogni e dalle risorse presenti, proiettato anche verso chi non arriva, i più vulnerabili, garantendo a ogni persona protezione e cittadinanza per tutta la vita, nella logica del superamento delle diseguaglianze di salute derivanti in larga parte da determinanti sociali, specie quelli socio-economici. Ed è con questi presupposti che si potrà realizzare concretamente, nella Casa della Comunità, il cui governo deve essere necessariamente pubblico, una effettiva integrazione sociale e sanitaria, sempre sbandierata e mai attuata, accanto a una partecipazione sostanziale della comunità e di tutti i soggetti che in essa operano.
In tale visione il Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta devono e diventare una componente essenziale della equipe interdisciplinare e interprofessionale della Casa della Comunità indipendentemente dal luogo nel quale esercitano prevalentemente la loro attività: garantire la prossimità ai propri assistiti implica essere parte integrante di una equipe territoriale con attività disseminate sul territorio e attività interdisciplinari e interistituzionali svolte nella Casa della Comunità. Questo richiede la qualificazione della formazione e della formazione continua dei medici di medicina generale, con un percorso formativo specialistico universitario al pari degli altri professionisti del Ssn, e la possibilità di far parte, come loro, della dirigenza medica del Ssn.

La non autosufficienza: dare piena attuazione ai diritti e alle cure

L'Italia ha una popolazione sempre più anziana che necessita di un sistema di welfare che assicuri ai più fragili i servizi necessari per "*prendersi cura*" di loro. Premesso che la non autosufficienza è un problema con un predominante carattere sanitario, la riforma della non autosufficienza, inserita nel PNRR e approvata con la legge delega 33/2023, indicava risposte – attese da decenni – nell'ambito della prevenzione, della promozione dell'autonomia e dell'invecchiamento attivo, nonché dell'adeguamento degli interventi sociosanitari a domicilio, prevedendo l'integrazione delle attività, affiancando agli interventi sanitari (LEA) i tanto attesi Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS). L'attuazione della legge delega è stata tuttavia dapprima ridimensionata (con il rinvio a numerosi ulteriori provvedimenti, i cui termini sono già scaduti), poi snaturata (intaccando il principio dell'universalità degli interventi facendo ricorso al consueto strumento dei bonus per ristrettissime categorie di persone, selezionate per anzianità e per reddito) e infine azzoppata (non essendo accompagnata da un progressivo incremento di fondi, per il sociale come per la sanità). Restano in particolare in attesa di attuazione le parti relative alla definizione dei LEP sociali, dei sostegni alle cure domiciliari, della riqualificazione della residenzialità: una riforma tradita da un'attuazione del tutto deludente.
È necessario adeguare il finanziamento del fondo per la non autosufficienza e garantire il governo pubblico degli interventi necessari ai diversi livelli: dare effettiva priorità alla domiciliarità, sviluppando l'assistenza domiciliare, adattando le abitazioni e promuovendo soluzioni innovative di coabitazione solidale; creare forme di protezione e supporto coerenti con il diritto di cittadinanza, superando i pesanti limiti della sperimentazione della prestazione universale, che ora si rivolge solo allo 0,6% delle persone non autosufficienti; garantire il governo pubblico del settore dell'assistenza residenziale e semiresidenziale e un'adeguata presenza di strutture pubbliche in un ambito attualmente dominato dalle imprese private, rivedendone anche gli standard per l'accreditamento.

Il governo dell'assistenza farmaceutica

L'Italia, con una spesa farmaceutica pubblica che nel 2023 è stata di 24,2 miliardi di euro, pari al 19% del finanziamento complessivo del Ssn, è uno dei paesi in Europa con il più ampio accesso a farmaci a carico della collettività. Sarà però possibile continuare a garantire l'accesso ai nuovi farmaci, in un quadro di sostenibilità della spesa, solo attraverso una valutazione rigorosa del valore terapeutico aggiunto ai fini di una maggiore differenziazione dei prezzi tra quelli ad alto e a basso valore terapeutico o, in alcuni casi selezionati, anche

della loro rimborsabilità. Questa valutazione è inoltre necessaria per stabilire se un farmaco è veramente innovativo. In questa prospettiva è criticabile la modifica dei criteri che regolano il fondo dei farmaci innovativi, introdotta con la legge di bilancio 2025, così come la procedura proposta dall'Aifa in corso di adozione. Se si allargano le maglie, se non si distingue più fra farmaci realmente innovativi e farmaci solo potenzialmente innovativi, se si accettano anche i risultati derivanti da studi di qualità bassa o molto bassa, e se fra i comparatori di un nuovo farmaco si escludono i farmaci utilizzati *off-label* (privi di indicazione autorizzata per mancanza di interesse commerciale da parte delle aziende produttrici), si produce un danno grave alla sostenibilità della spesa.

La spesa farmaceutica a carico del Ssn è, però, solo una parte della spesa farmaceutica complessiva. Sempre nel 2023 la spesa farmaceutica sostenuta direttamente dalle famiglie ha raggiunto i 10,6 miliardi di euro. Molta di questa spesa privata potrebbe essere evitata. Informazioni comparative, messe a disposizione dall'Aifa e dalle Regioni e una maggiore trasparenza sui costi potrebbero consentire ai medici prescrittori e ai cittadini di orientarsi meglio e risparmiare. Circa 1,1 miliardi di euro riguardano, ad esempio, la differenza fra il prezzo minimo del farmaco generico e il prezzo di quello "griffato" (branded), nonostante i due prodotti siano del tutto equivalenti. Analogamente, anche per i farmaci non a carico del Ssn (cd fascia C) sono presenti differenze importanti di prezzo fra i prodotti generici e i rispettivi originatori. In entrambi i casi sono necessari specifici interventi di informazione (e anche di responsabilizzazione) dei medici prescrittori. Ancora: parte di questa spesa privata è per i farmaci contraccettivi, che dovrebbero essere gratuiti in tutto il Paese, mentre ora lo sono solo in alcune Regioni.

Naturalmente, non si tratta solo di governare il prezzo e la spesa dei farmaci, rimane la necessità di un uso appropriato. Ad esempio, un utilizzo eccessivo di antibiotici è responsabile della diffusione dell'antibiotico-resistenza e di un aumento dei decessi per infezioni in precedenza curabili. Migliorare l'uso degli antibiotici, sia a livello umano che negli allevamenti animali, è un intervento di prevenzione primaria con un rilevante impatto atteso di sanità pubblica.

Il governo della spesa farmaceutica pubblica, e di conseguenza anche di quella a carico delle famiglie, dipende in primo luogo dalle decisioni assunte dall'Aifa sia sui nuovi farmaci approvati dalla Agenzia Europea del Farmaco (EMA) che su quelli già inclusi nel Prontuario Terapeutico nazionale. Riguardo ai nuovi farmaci, Aifa contratta con le industrie farmaceutiche il prezzo di vendita e l'eventuale rimborso a carico del Ssn nonché le limitazioni all'uso e l'individuazione delle persone che possono beneficiare del trattamento. Inoltre, Aifa conduce una periodica (da troppo tempo attesa) revisione dei farmaci già inclusi nel Prontuario farmaceutico nazionale e dei loro prezzi. Recentemente, sono state assunte dall'Aifa decisioni riguardanti lo spostamento della distribuzione di intere categorie di farmaci di largo uso (come ad esempio gli antidiabetici) dalle strutture delle ASL alla rete delle farmacie private, il che comporta certamente un forte aggravio di spesa a fronte di un presunto vantaggio di accesso per i pazienti finora mai realmente documentato. Su altri aspetti, invece, come quello dell'appropriatezza prescrittiva e dell'aderenza terapeutica, ha un peso rilevante ciò che viene fatto a livello regionale e locale. Si spiega così buona parte della variabilità regionale nella spesa farmaceutica a carico del Ssn (esclusi i farmaci innovativi) che in rapporto al fondo sanitario della regione nel 2023 passava dal 15-16% in regioni come Veneto, Toscana e Lombardia al 19-20% in Campania, Abruzzo e Sardegna.

Per migliorare la capacità di intervento pubblico nelle aree terapeutiche prive di sufficiente interesse commerciale – per condurre nuovi studi clinici o per potenziare la capacità produttiva ed evitare carenze di farmaci essenziali – deve, infine, essere riproposta un'iniziativa discussa nella scorsa legislatura del Parlamento europeo, tesa alla costituzione di una infrastruttura pubblica per la ricerca e la produzione di farmaci e vaccini.

Gli interventi proposti – dalla valutazione rigorosa del valore terapeutico aggiunto all'importanza degli studi comparativi fra farmaci, dagli interventi per ridurre la spesa privata alla promozione dell'appropriatezza prescrittiva – rappresentano esempi di ciò che Aifa e Regioni potrebbero fare già oggi per continuare a garantire l'accesso ai farmaci efficaci e rendere la spesa sostenibile.

Accanto alle azioni sui farmaci, fondamentali interventi di ammodernamento e riordino del sistema regolatorio devono essere previsti per l'assistenza protesica, settore che garantisce l'accesso a protesi, ausili per la mobilità e per la cura personale, adattamenti per la casa, ortesi ecc. indispensabili per le persone con disabilità.

***One Health:* la salute in tutte le politiche**

La recente pandemia ha evidenziato l'interazione sinergica fra la pandemia da Covid-19 e quella delle malattie croniche, accentuandone la gravità e le rilevanti disuguaglianze. Solo un approccio *One health* a livello globale, che metta in atto politiche di prevenzione tenendo conto dei determinanti sociali di salute, rappresenta la risposta idonea a tali evenienze. La prevenzione migliora la qualità della vita delle persone e aumenta la sopravvivenza libera da malattia, contribuendo alla sostenibilità del Ssn. Tuttavia, il Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025, pur essendo concepito per promuovere sinergie tra sanità umana, veterinaria e tutela ambientale è rimasto in gran parte inattuato e non ha prodotto risultati significativi.

Diventa quindi necessario, per un'azione mirata anche ai rischi ambientali legati all'inquinamento e ai cambiamenti climatici favorire una collaborazione funzionale – in prospettiva di un riassetto istituzionale – tra i Dipartimenti di prevenzione delle ASL e le Agenzie di Protezione Ambientale, attivando procedure specifiche, momenti di coordinamento e programmi condivisi. In questa direzione va l'istituzione del Sistema Nazionale di Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS), quale parte integrante del PNRR, un Sistema che non è ancora decollato principalmente per la mancanza di impegno politico e istituzionale, che rischia di accentuare ulteriormente le differenze tra le regioni italiane.

Negli ultimi anni si è registrato un peggioramento degli indicatori generali su infortuni e malattie del lavoro. La "causa delle cause" è rappresentata dal modo di produzione, dalle condizioni di lavoro, dalla precarietà, dagli appalti al massimo ribasso e dalla diffusione dei subappalti. È urgente incrementare l'efficacia dei Dipartimenti di prevenzione nella tutela della salute nei luoghi di vita e di lavoro, con la partecipazione delle organizzazioni sindacali, rafforzare la centralità del livello nazionale e regionale, potenziare il sistema pubblico dei controlli e identificare le responsabilità a tutti i livelli.

è necessario contrastare, accanto ai tradizionali determinanti sociali, anche i "determinanti commerciali della salute" (le strategie delle industrie che in nome del profitto promuovono prodotti e scelte nocivi per la salute) adeguando le politiche regolatorie e fiscali nei settori maggiormente responsabili dei danni, al fine di ridurre il consumo di prodotti quali tabacco, alcol e "cibo spazzatura", e integrando tali iniziative con azioni specifiche di tutela del consumatore e di contrasto alla narrazione dominante, anche attraverso campagne informative istituzionali. Il contrasto ai determinanti sociali e commerciali è un'azione finalizzata in particolare a ridurre le diseguaglianze e promuovere l'equità.

è altresì urgente potenziare i programmi organizzati di screening oncologici basati su solide prove di efficacia e quindi previsti dal Piano Nazionale di Prevenzione con azioni specifiche di informazione e prossimità finalizzate a incrementare la partecipazione delle popolazioni più difficili da coinvolgere e reindirizzare l'attività di screening spontaneo (per lo più svolta autonomamente attraverso erogatori privati) nel percorso dei programmi organizzati per garantire appropriatezza, qualità ed equità, nel rispetto dei criteri basati sulle migliori evidenze scientifiche.

Va infine potenziata la collaborazione dei Dipartimenti di prevenzione con le Case della Comunità e gli altri servizi distrettuali e i medici di medicina generale nelle attività di prevenzione per i pazienti cronici e su popolazioni a rischio con controlli periodici e counseling e interventi di disassuefazione.

2 L'AUTONOMIA DIFFERENZIATA FA MALE ALLA TUTELA DELLA SALUTE

La sentenza della Corte costituzionale n. 192 del novembre 2024 ha avuto un "massiccio effetto demolitorio" nei confronti della legge n. 86 del 2024 (legge Calderoli), per dirla con le parole della Corte, riprese testualmente dall'ordinanza con cui la Cassazione aveva dichiarato, a dicembre 2024, che le operazioni referendarie potevano continuare ad avere corso. Proprio la constatazione di tale effetto demolitorio ha costituito il motivo che ha portato il giudice costituzionale (con la sentenza n. 10 del 2025) a dichiarare inammissibile la richiesta di referendum abrogativo della parte sopravvissuta della legge stessa.

È da questo effetto "demolitorio" che occorre allora (ri)partire. La sentenza n. 192 ha una fondamentale portata. Essa motiva l'incostituzionalità di ben 7 disposizioni della legge – che peraltro ne rappresentano il cuore – e fornisce ben 5 interpretazioni "costituzionalmente orientate" (ed esclude dall'applicazione dell'articolo 116, terzo comma le regioni a statuto speciale). Soprattutto essa fissa un "modello" di regionalismo che è necessario rispettare se non si vuole incorrere nel rischio per le future leggi sull'autonomia differenziata di subire la stessa sorte della precedente. Da questa impostazione derivano importanti conseguenze.

- Il modello di regionalismo non può più essere quello "duale" che ci propone la legge Calderoli, ma se ne deve necessariamente adottare uno di tipo "cooperativo" (così espressamente indicato al punto 4 della sentenza della Corte costituzionale), tendendo conto dei principi inderogabili di solidarietà, perequazione, unitarietà delle politiche, parità del diritto all'accesso.
- La "filosofia" della legge Calderoli (e del regionalismo differenziato nel suo complesso, sin dalle bozze di intese definite nel 2018) si è incentrata sul trasferimento di intere materie o parte di esse (tutte quelle possibili secondo la Regione Veneto), entro una prospettiva ("duale") di appropriazione dei poteri per la gestione diretta di tutte le funzioni possibili (oltre 500). Questa prospettiva non può più essere perseguita perché, come ha chiarito la Corte costituzionale, *non si possono trasferire interi blocchi di materie* o ambiti di esse, bensì esclusivamente *singole "funzioni"* e solo a seguito di una esplicita motivazione, documentata da una approfondita istruttoria tecnica, legata al principio di sussidiarietà, che evidenzi i benefici recati alla collettività e non alla singola regione. Viene così respinta la via dell'autonomia "fai da te" che secondo la legge Calderoli si doveva risolvere in un rapporto bilaterale ed esclusivo tra il Governo e la regione interessata. È per questo che, dopo la decisione della Corte, non si può più parlare di Autonomia differenziata come una nuova forma di Stato (cade il parallelo spesso richiamato con lo Stato autonomico spagnolo), ma si possano stabilire solo trasferimenti di specifiche funzioni entro l'attuale forma di Stato, che rimane governato dai principi di unità e indivisibilità, solidarietà ed eguaglianza, e che devono operare nel rispetto di tutti i principi fondamentali posti in Costituzione. Ciò vale tanto più se, come avverte la stessa Corte, è il principio di sussidiarietà che deve legittimare la scelta di allocazione delle funzioni, ed esso può operare anche in senso inverso ("è un ascensore"), potendo dunque giungere a richiamare alcune funzioni dalle Regioni allo Stato. In conclusione sul punto deve rilevarsi che la Corte ha cambiato la prospettiva generale, riportando al centro dell'attenzione non più i *poteri* da devolvere, ma i *diritti* da garantire.
- Inoltre, viene ad essere ridefinita sin dalle fondamenta la questione – ritenuta centrale anche dai fautori dell'autonomia differenziata – dei Livelli essenziali delle prestazioni, Lep. I Lep vanno infatti intesi come livelli adeguatamente finanziati per garantire i diritti fondamentali in tutto il territorio nazionale. In questo caso la questione viene posta con i piedi per terra, rivelando la sua reale dimensione politico-costituzionale. Infatti, sino ad ora, nel progetto Calderoli, ma ancor prima con la precedente legge di bilancio e poi con i lavori della "Commissione Cassese", si è fornita una visione falsamente "amministrativistica" o "tecnocratica" della questione delle tutele riferite ai diritti civili e politici. È importante rilevare a questo proposito che la Corte (nel fondamentale n. 14 del *considerato in* diritto) sottolinea che il dibattito parlamentare per l'approvazione della legge costituzionale n. 3/2001 modificò la formulazione proposta inizialmente di "livelli minimi di assistenza" in "livelli essenziali di assistenza". Sino a ora è sembrato che l'unico obiettivo fosse quello di giungere a "definire" i Lep (peraltro – come ha rilevato a suo tempo anche il Governatore della Banca d'Italia – in via del tutto generica), senza preoccuparsi né della loro necessaria *effettiva garanzia*, che richiede inevitabilmente la valutazione dei relativi costi e la conseguente redistribuzione degli oneri, assai distante dalle attuali reiterate dichiarazioni di "invarianza finanziaria", né *della politicità di tali scelte*. Scelte che vanno a ridisegnare lo Stato sociale nel suo complesso, assai distante dall'attuale mero elenco di funzioni che si vuole predisporre per assegnare in via astratta a indeterminati soggetti la tutela di concreti diritti. Ora la Corte impone che sia il Parlamento con deleghe non generiche a definire le singole tutele. Un ribaltamento che dovrebbe portare al centro l'organo della rappresentanza politica e bilanciare la forza dell'organo esecutivo. Non più Commissioni tecniche o dpcm governativi, ma leggi (di delega) specifiche. La morale che se ne dovrebbe trarre è che ora non spetta più al Governo (alle sue Commissioni, ai suoi decreti) decidere sui Lep, ma anzitutto al Parlamento.
- Anche la questione delle materie "No-lep" (cioè quelle per le quali non sarebbe prevista la definizione di un livello essenziale delle prestazioni) è stata sfatata. Semplicemente non esistono, ma va verificato di volta in volta il coinvolgimento di diritti civili e sociali nei singoli trasferimenti di funzioni. Ciò è quanto basta per interrompere il progetto perseguito caparbiamente da Calderoli di iniziare (anzi proseguire) con le materie "No-lep". Se infatti, per fare un esempio, si applicassero alcune indicazioni

delle pre-intese per la sanità e una singola regione potesse determinare autonomamente tariffe, contratti, fondi integrativi si produrrebbe una chiara violazione degli articoli 5 e 32 della Costituzione.

- La Corte ha chiarito che vi sono materie non trasferibili o difficilmente trasferibili, sebbene siano in astratto ricomprese nel terzo comma dell'articolo 116 Cost., in ragione dei vincoli europei. Tale richiamo deve essere interpretato come un invito a guardare oltre i corporativi interessi regionali e tornare a riflettere entro una prospettiva di tutela dei diritti delle persone che valichi gli stessi confini nazionali.
- È il Parlamento, dunque, che viene chiamato ad assumersi le proprie responsabilità. L'idea di contenere l'intervento del legislatore, che secondo il progetto governativo doveva limitarsi ad acconsentire agli accordi definiti da singola Regione e Governo è stata smentita. L'approvazione delle intese non può essere ridotta ad un "*prendere o lasciare*" da parte del Parlamento, scrive la Corte. Da qui la fondata richiesta dovrebbe essere quella di investire il Parlamento, le Commissioni parlamentari, i nostri rappresentanti tanto di maggioranza quanto di opposizione per ridiscutere e giungere a cambiare un modello che dopo la sentenza non può più essere perseguito. Come? Esigendo l'istituzione di una Commissione parlamentare speciale, ovvero prospettando almeno la necessità di una riflessione pubblica e di un serrato dibattito che coinvolga tutte le forze politiche, e che abbia come scopo esplicito ripensare in modo radicale quale regionalismo vogliamo. Si può in tal caso ipotizzare la possibilità che i partiti che non hanno condiviso la legge Calderoli presentino un disegno di legge volto a recepire le indicazioni della Corte costituzionale, escludendo dalla trasferibilità la materia della sanità, interpretando in modo corretto l'articolo 116, comma terzo.

Già oggi la sanità pubblica paga il prezzo di un processo di forte differenziazione regionale, di un "federalismo d'abbandono", con l'abbandono di norme e principi comuni per tutto il paese. Il Governo, e in particolare il Ministero della salute, deve tornare a svolgere le sue fondamentali funzioni di programmazione, indirizzo, controllo – come previsto dalle norme – a cui in questi anni ha rinunciato. Questo per assicurare un assetto equilibrato e coerente del Ssn, a partire dalla reale erogazione dei Lea in tutto il territorio nazionale. Del resto anche per questo esiste la previsione costituzionale del potere sostitutivo (art. 120). Il Servizio sanitario è uno e nazionale: va in ogni modo frenata la frammentazione in 21 sistemi sanitari regionali – peraltro sempre più fondati su logiche di mercato – che ne sta minando la fisionomia, mettendo il pericolo la tutela del diritto universale alla salute.
Siamo pienamente consapevoli che il nostro impegno non si ferma qui. Nei prossimi mesi non mancheranno forzature, tentativi di aggirare i contenuti della sentenza n. 192 della Corte. Sarà dunque necessario seguire con attenzione i lavori del Parlamento e rendere trasparenti i lavori della Commissione tecnica per i fabbisogni standard, tanto più alla luce del fatto che la legge n. 42/2009 e la legge n. 68/2011 non hanno avuto alcun esito, venendo meno la stessa applicazione dell'articolo 119 della Costituzione. A essere affrontati in modo prioritario devono essere i nodi irrinunciabili della *perequazione* e dell'*equità* in tutto il territorio nazionale, nella cornice dei vincolanti principi costituzionali.

Associazioni che hanno aderito all'appello (In ordine cronologico di ricezione dell'adesione)
Associazione Salute Diritto Fondamentale
Associazione Giovanni Bissoni
Laboratorio salute e sanità – LABOSS
Associazione Prima la Comunità – ETS
Forum Disuguaglianze e Diversità
Salute Internazionale
Associazione Alessandro Liberati-Cochrane Affiliate Centre
Fondazione Gruppo Abele
Libera – Associazioni, nomi e numeri contro le mafie
Fondazione Maratona Alzheimer
Associazione Italiana di Epidemiologia
Cittadinanzattiva APS
Associazione Campagna per la Salute Mentale – Milano

Arci APS
CIPES – Centro d'Iniziativa per la Promozione della salute e l'Educazione Sanitaria
Associazione Centro per la Riforma dello Stato – ETS
Associazione Volere la Luna ODV
Associazione La Bottega del Possibile APS – Torre Pellice
Diritti a Sinistra
Grusol – Gruppo Solidarietà
APS Ve.R.So – Veneto Ricerca Sociale
Associazione Perugia per la Sanità Pubblica – Perugia
Associazione Camminare Insieme OdV
Ve.La – Veneto Laboratorio
Fondazione Casa dell'Ospitalità – ETS – Ivrea
Con/F/Basaglia – Conferenza Basaglia
Lisbon Institute of Global Mental Health
Covesap – Coordinamento veneto per la sanità pubblica
Associazione TiAscolto APS
Fondazione Nilde Iotti
Associazione Treviso civica
Associazione Insieme APS-ETS
Associazione MenteInPace – Forum per il ben-essere psichico – Cuneo
Gruppo di Ricerca per la Salute Mentale "Conoscere per Migliorare" – Torino
Associazione La tazza blu – OdV – Torino
SOS Sanità
RSWT – Rete Salute Welfare Territorio
Per una Sanità del Servizio Pubblico
Siep – Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica
Comitato Un'altra Busca è possibile – Cuneo
Fondazione Dravelli – Moncalieri
Associazione Franca e Franco Basaglia
ACCORDO – Associazione Scientifico – Culturale di Coterapia APS
Dedalus, cooperativa sociale – Napoli
Unasam – Unione Nazionale delle Associazioni per la salute mentale
ANP CIA Piemonte, Associazione Nazionale Pensionati – Confederazione italiana Agricoltori Piemonte
SMP – Società Mutua Piemonte ETS
ANGOLO OdV, Associazione Nazionale Guariti O Lungoviventi Oncologici –
UISP Piemonte
Fondo Edo Tempia – Biella
Associazione Vivamente – ODV Moncalieri
UISP Torino
ACSI Associazione Centri Sportivi Italiani Pisa – Comitato Pisa
Associazione Insieme APS ETS
Medici del Mondo Italia
MO.V.I. Coordinamento di Caltanissetta ODV
Associazione 160CM APS
Coordinamento per la difesa della sanità pubblica a Trieste
Movimento di Volontariato Italiano – MoVI
Associazione Samassi Città Futura
Forum salute mentale
Associazione i Volontari di "Madre Teresa"
Associazione Hera Onlus
Fasted Catania ETS
Auser Cuneo

Aiace APS – Associazione italiana assistenza consumatori europei
Federconsumatori Catania
A.D.A.S. APS – Associazione per la Difesa dell'Ambiente e della Salute
Associazione G.RI.S.E. Onlus – Catania
Associazione regionale riferimenti civici della sussidiarietà
Associazione MARIS ODV
Arci Zeta – Chivasso
Auser Piemonte
Associazione Socialismo Diritti Riforme ODV – Cagliari
Psiche Lombardia APS
Associazione Comunità Progetto Sud ETS
Ecoistituto della Valle del Ticino OdV (Cuggiono – Mi)
Circolo Acli di Vimercate
Federconsumatori Regionale Lombardia APS
Auser Regionale Lombardia APS-ODV ETS
Associazione "Laudato Sì – Un'alleanza per il clima, la cura della Terra, la giustizia sociale"
Comitato CRI Bologna
Novo Millennio Società Cooperativa Sociale O.n.l.u.s – Monza
Cgil Vallecamonica Sebino
CGIL Lombardia
SPI Cgil Torino
Cittadinanzattiva regione piemonte aps
Associazione Nessuno
Associazione +DIRITTI ODV – Torino
APS Zenzero di Genova
Associazione MinD Mad in Design – Torino
AMREF Health Africa ETS
GrIS Piemonte (Gruppo Regionale Immigrazione salute)
Associazione Amici Casa della Carità ODV – Milano
Associazione APRIRE – Assistenza PRimaria In REte – Salute a Km 0 – Brescia
Centro Studi e Ricerche Sanitarie e Sociali "Giulio Alfredo Maccacaro" (CSGAM)
CARD Italia – Confederazione Associazioni Regionali Operatori, Dirigenti e Direttori di Distretto
Associazione Sosteniamo l'orizzonte progressista
CSVnet Lombardia, Confederazione regionale dei Centri di Servizio,
CSV Insubria – Centro di servizio per il volontariato dell'Insubria E.T.S.
Acli APS – Associazioni Cristiane Lavoratori Italiani, APS
CSVnet – Associazione centri di servizio per il volontariato
Forum Nazionale del Terzo Settore ETS
Comitato Orvietano per la salute pubblica
A.Fa.So.P. NoiInsieme OdV – Trieste
CADOM, Centro Aiuto Donne Maltrattate OdV Monza
Laboratorio della Conoscenza Carlo Corchia APS – Firenze
Laboratorio Salute Popolare ODV – Bologna
CNA Pensionati Piemonte
Medici con l'Africa CUAMM
Associazione Abitare Insieme – ODV -ETS – L'Aquila
Immensamente ODV – Roma
WAPR Italia, World Association for Psychosocial Rehabilitation, Sezione italiana
Associazione Emanuele Lomonaco – Far pensare – Biella
Federconsumatori APS, associazione nazionale
Associazione Regionale Salute Mentale (A.Re.Sa.M.) OdV – Roma
Coordinamento Nazionale Salute mentale

Insieme a noi ODV – Modena
Associazione Medici per l'Ambiente – ISDE Italia
Attivamente – Prato
Attivamente – Emilia Romagna
Comitato Vivere la Costituzione – Cuneo
Associazione Diritto alla Salute – A.d.S. – O.D.V. – Merano (Venezia)
Associazione 11 agosto – Firenze
Associazione Pazienti Riabilitazione Integrata, A.P.R.I.
AUSER nazionale
Associazione Auser Veneto
Associazione Auser Veneto APS
Associazione Auser Veneto APS
Associazione Auser Regionale Umbria ODV-APS ETS
Auser Circolo Anziani Colognolesi APS
Auser Verona ODV E APS Associazione Territoriale
CICAP – Comitato Italiano per il Controllo delle Affermazioni sulle Pseudoscienze
Istituto Luca Coscioni – Roma
Federconsumatori Toscana

Adesioni solo al percorso delineato nella riunione del 16 novembre
Medicina Democratica ETS
Osservatorio Salute – Milano

https://www.saluteinternazionale.info/2025/04/non-possiamo-restare-in-silenzio-la-societa-civile-per-la-sanita-pubblica/



https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1746029147.pdf



statistiche report

Istat

INDICATORI DEMOGRAFICI | ANNO 2024

Ulteriore calo della fecondità

Con 1,18 figli per donna viene superato il minimo di 1,19 del 1995, anno nel quale sono nati 526mila bambini contro i 370mila del 2024.

Rilevante crescita della speranza di vita: per il complesso della popolazione residente, la speranza di vita alla nascita è pari a 83,4 anni, quasi 5 mesi di vita in più rispetto al 2023.

Boom delle emigrazioni per l'estero: sono 191mila (+20,5% sul 2023), delle quali ben 156mila riguardano cittadini italiani che espatriano (+36,5%).

Aumentano i neo-cittadini italiani: sono 217mila le acquisizioni della cittadinanza italiana concesse a cittadini stranieri residenti in Italia, superato il precedente massimo di 214mila raggiunto nel 2023.

Famiglie sempre più ristrette: la loro dimensione media scende in 20 anni da 2,6 componenti agli attuali 2,2 (media 2023-2024).

58,934mln
I residenti al 1° gennaio 2023
In calo dello 0,6 per mille

435mila
Le immigrazioni dall'estero, di cui soltanto 53mila sono rimpatri di cittadini italiani

5,4mln
I cittadini stranieri residenti
In crescita del 3,2%

www.istat.it

UFFICIO STAMPA
tel. +39 06 4673.2243/44
ufficiostampa@istat.it

CONTACT CENTRE
contact@istat.it

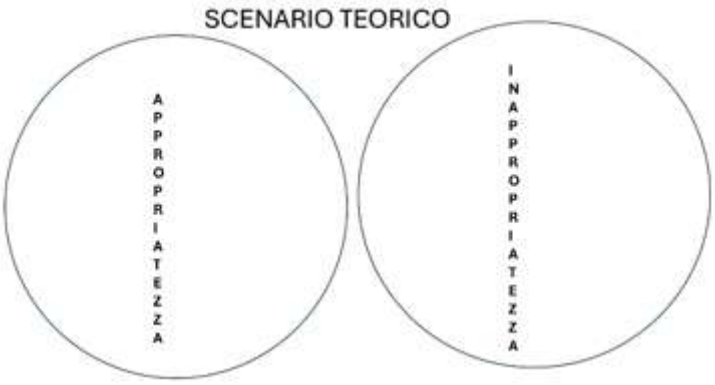
quotidianosanità.it

La scelta condivisa per un effettivo governo clinico dell'appropriatezza delle prestazioni e della organizzazione

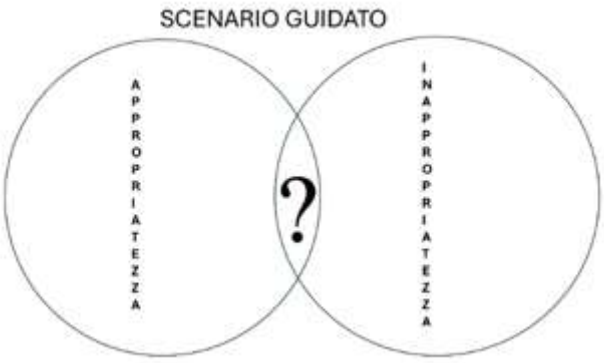
Franco Cosmi, *Medico Cardiologo Perugia*

08 APR - *Gentile Direttore*

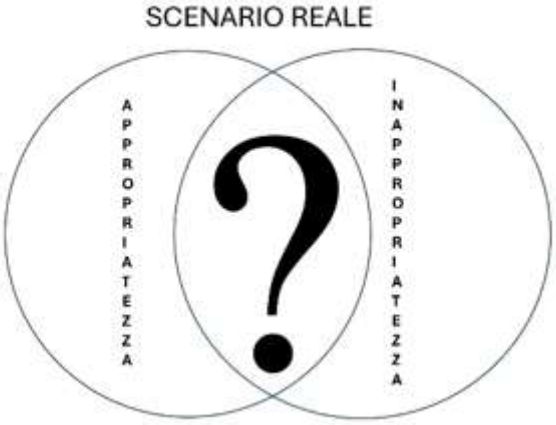
in un Servizio Sanitario Nazionale, a risorse definite, l'equilibrio può essere raggiunto solo da una appropriatezza delle prestazioni e della organizzazione se non si vuole incorrere nella trappola delle liste di attesa, al contrario del mercato dove l'equilibrio tra domanda ed offerta è determinato dal prezzo. In uno scenario ideale, matematico, teorico, appropriatezza ed inappropriatezza dovrebbero essere due insiemi ben distinti l'uno dall'altro. Teoricamente non dovrebbero esserci dubbi nella scelta di una indagine diagnostica o di una terapia. È una pura idealità.



Lo scenario possibile potrebbe essere quello guidato, affidato alle linee guida e alle disposizioni amministrative. Già qui compare una zona di intersezione tra i due insiemi dove è difficile distinguere tra appropriatezza ed inappropriatezza. Anche le raccomandazioni di scienziati ed esperti e l'evidenza scientifica hanno livelli e classi di grado diverso, dai confini incerti e spesso discordanti l'una dall'altra. Va bene per il paziente "medio" ma difficilmente applicabile.



Il terzo scenario è quello reale. La zona di intersezione tra i due insiemi è molto più ampia e il punto interrogativo molto più evidente. Il paziente "reale" è diverso dal paziente "medio", il medico "reale" diverso da quello "ideale" e l'organizzazione "reale" diversa da quella "auspicabile".
Competenza, empatia e livello di fiducia si mescolano in un groviglio di aspettative e decisioni che ognuno razionalizza a modo suo. Evidenza, esperienza e preferenza sono gli ingredienti di una decisione che non è né scientifica né pratica ma esistenziale.



L'appropriatezza è odiosa, ma quale è l'alternativa? Non può essere un elemento oggettivo ma lo è il costo del Servizio Sanitario Nazionale.
Nell'impossibilità che diventi oggettiva l'appropriatezza può essere elemento di governo clinico ma bisogna decidere a chi spetta questo governo che in condizioni di incertezza rappresenta una scommessa dove una decisione non è necessariamente migliore di un'altra.
Se confondiamo le necessarie linee guida e le necessarie disposizioni amministrative con il governo clinico facciamo un errore madornale che porta ad un aumento dei costi senza un miglioramento della salute del cittadino, ad un allungamento delle liste di attesa, ad una insoddisfazione di pazienti ed operatori sanitari.
In un settore come quello della salute dove l'unica cosa certa è l'incertezza, la sicurezza e la necessità delle cure devono far parte di un processo decisionale tra medico e paziente che sfocia non in un obsoleto consenso informato ma in una scelta condivisa tra i due attori con risorse ben definite e distinte a carico di Stato e Mercato, due insiemi che possono essere ben integrati con l'intelligenza artificiale collettiva a supporto della intelligenza artigianale del medico e di quella esistenziale del paziente.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=128934

quotidianosanità.it

DFP. Via libera da Palazzo Chigi. Spesa sanitaria in crescita in valori assoluti, ma l'incidenza sul Pil resterà stabile al 6,4% fino al 2028

di G.R.

Secondo il DFP, la spesa sanitaria è destinata a crescere dai 138,3 miliardi di euro del 2024 ai 151,6 miliardi nel 2027, con una proiezione in aumento anche per il 2028. In termini di incidenza sul PIL, il rapporto si attesta al 6,4% per l'intero periodo 2025-2028, mostrando una certa stabilità grazie all'andamento parallelo tra spesa e crescita economica. Per la sanità la crescita futura sarà influenzata anche dalle trasformazioni attese nella medicina territoriale e nella digitalizzazione dei servizi sanitari, ambiti nei quali il Pnrr giocherà un ruolo chiave.

11 APR -
Il consiglio dei ministri del 9 aprile ha approvato il nuovo Documento di finanza pubblica (DFP), incentrato principalmente sulla rendicontazione dei progressi fatti nell'attuazione del Piano strutturale di bilancio di medio termine 2025-29. Il DFP è stato trasmesso alle Camere e alla Presidenza della Repubblica.
"A fronte dell'elevato grado di incertezza che caratterizza il contesto internazionale, si conferma l'approccio prudenziale delle stime elaborate" ha spiegato il ministro dell'Economia, **Giancarlo Giorgetti**. Le previsioni relative al PIL reale indicano per il 2025 una crescita dello 0,6 per cento, in aumento allo 0,8 per cento nel 2026 e 2027 grazie alla spinta dei consumi. Andamento confermato anche nel 2028. I dati di consuntivo per il 2024 hanno mostrato un deficit in miglioramento, ancor più marcato rispetto a quanto previsto nel PSBMT e nel DEF, attestandosi al 3,4 per cento del PIL (anziché al 3,8 per cento previsto nel PSBMT e al 4,3 per cento nel DEF).

La Sezione II del DFP offre un quadro dettagliato delle dinamiche previste per la sanità pubblica e per il sistema socioassistenziale italiano fino al 2028. Le stime, formulate a legislazione vigente, evidenziano una **crescita costante della spesa sanitaria in valori assoluti, ma un'incidenza sul PIL che rimane sostanzialmente stabile**. Parallelamente, anche la spesa per le prestazioni sociali – che include anche le pensioni – si conferma su livelli elevati, segnando un'importante tendenza strutturale.

Secondo il DFP, la **spesa sanitaria è destinata a crescere dai 138,3 miliardi di euro del 2024 ai 151,6 miliardi nel 2027**, con una proiezione in aumento anche per il 2028. **In termini di incidenza sul PIL, il rapporto si attesta al 6,4% per l'intero periodo 2025-2028**, mostrando una certa stabilità grazie all'andamento parallelo tra spesa e crescita economica.
Il trend di incremento è attribuito a fattori multipli:

- Rinnovi contrattuali nel comparto sanitario,
- Investimenti legati al pnrr,
- Incremento dei fondi per la dirigenza sanitaria e il personale infermieristico.

Nel contesto del pubblico impiego, si segnala che la spesa per i redditi da lavoro dipendente, comprensiva di quella del personale sanitario, passa da 196,6 miliardi nel 2024 a 207 miliardi nel 2027, con un tasso medio di crescita annuale intorno al 2%.

La **spesa per prestazioni sociali** che comprende pensioni, assegni di inclusione, ammortizzatori sociali e altre forme di supporto, è destinata a crescere in modo sostenuto:

- Da 446 miliardi nel 2024 a 484,6 miliardi nel 2027,
- Mantenendo un'incidenza sul pil attorno al 20,3-20,4%.

Le pensioni costituiscono la quota principale: 336,9 miliardi nel 2024, destinati a salire a 365,6 miliardi nel 2027. Le altre prestazioni – come assegno unico, invalidità civile e sussidi – mostrano un incremento più contenuto, ma restano significative con circa 119 miliardi nel 2027.
L'aumento è influenzato da diversi elementi:

- Rivalutazione ai prezzi delle pensioni (indicizzazione),
- Nuovi accessi al pensionamento anticipato (quota 103),
- Potenziamento di misure come l'assegno di inclusione e i congedi parentali,
- Introduzione di nuovi contributi per la natalità e sostegni economici a famiglie a basso reddito.

Nel lungo periodo, la spesa pensionistica in rapporto al PIL è prevista in crescita fino a raggiungere il 17,1% entro il 2040, per poi stabilizzarsi. Questo andamento riflette gli effetti della transizione demografica, con l'aumento della popolazione anziana e l'uscita dal lavoro di numerose coorti nate nel boom demografico del dopoguerra.
Per la sanità, invece, la crescita futura sarà influenzata anche dalle trasformazioni attese nella medicina territoriale e nella digitalizzazione dei servizi sanitari, ambiti nei quali il PNRR gioca un ruolo chiave.
Il quadro delineato dal DFP 2025 mostra un sistema sanitario e socioassistenziale in progressivo ampliamento, sostenuto da investimenti ma chiamato a misurarsi con la sostenibilità a lungo termine. Le sfide sono numerose: dalla necessità di un equilibrio tra spesa e PIL, alla gestione dell'invecchiamento della popolazione, passando per il rafforzamento della sanità territoriale.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=129022

quotidianosanità.it

Dfp 2025. "Timidi segnali di crescita per la spesa sanitaria, ma il Ssn resta largamente sottofinanziato". L'analisi Gimbe

Il presidente Cartabellotta: "Il DFP 2025 conferma che, in linea con quanto accaduto negli ultimi 15 anni, la sanità pubblica continua a non rappresentare una priorità per il Paese. Alla luce delle stime al ribasso del Pil e del quadro macroeconomico, va riconosciuto all'Esecutivo il merito di aver scongiurato ulteriori e drammatici tagli alla spesa sanitaria. Tuttavia, nonostante l'incremento previsto in valore assoluto, il peso della sanità sul Pil resta inchiodato al 6,4% fino al 2028, lasciando il Ssn largamente sottofinanziato".

"Si intravede una lieve crescita della spesa sanitaria, ma si tratta di stime previsionali che non modificano la sostanza: la quota di ricchezza nazionale destinata alla sanità, già insufficiente, resta invariata nei prossimi anni, confermando il cronico sottofinanziamento del Servizio Sanitario Nazionale".

Così **Nino Cartabellotta**, Presidente della Fondazione Gimbe, commenta i dati sulla spesa sanitaria contenuti nel Documento di Finanza Pubblica (DFP) approvato lo scorso 9 aprile dal Consiglio dei Ministri e incentrato sulla verifica dei risultati conseguiti nell'attuazione del Piano Strutturale di Bilancio di Medio Termine (PSBMT) 2025-2029, deliberato lo scorso 27 settembre.
"Al fine di offrire dati oggettivi utili al confronto politico e al dibattito pubblico, evitando ogni strumentalizzazione – spiega Cartabellotta – la Fondazione Gimbe ha condotto analisi indipendenti sulla spesa sanitaria sul DFP 2025, includendo anche un confronto con le stime contenute nel PSBMT". Le analisi riguardano il consuntivo 2024, le previsioni per il 2025 e per il biennio 2026-2027. Per il 2028, pur rientrando nel triennio di riferimento della prossima Legge di Bilancio (2026-2028), il DFP si limita a fornire indicazioni descrittive, senza riportare le stime di dettaglio nelle tabelle analitiche.

Stime PIL reale. Secondo quanto riportato nel DFP, l'aumento consuntivo del PIL per il 2024 è inferiore di 0,3 punti percentuali rispetto alle previsioni del PSBMT (0,7% vs 1,0%). Per il 2025, la stima di crescita del PIL si dimezza: il DFP prevede un +0,6%, a fronte dell'1,2% previsto dal PSBMT (-0,6 punti percentuali). Per il 2026, il DFP stima un incremento dello 0,8%, inferiore di 0,3 punti percentuali rispetto all'1,1% del PSBMT. Per il 2027, invece, le due previsioni risultano allineate (+0,8%). "Le stime del PIL in termini reali – commenta il Presidente – restituiscono prospettive di crescita economica riviste nettamente al ribasso a soli sette mesi di distanza e, soprattutto, gravate da forti incertezze legate al piano di riarmo europeo e alle politiche sui dazi degli Stati Uniti".

Spesa sanitaria. Di seguito sono riportati i dati consuntivi per il 2024 e le stime per l'anno 2025 e il triennio 2026-2028.

Consuntivo 2024. Il DFP 2025 certifica, per l'anno 2024, un rapporto spesa sanitaria/PIL pari al 6,3%, in lieve aumento rispetto al 2023 (+0,1 punti percentuali). La spesa sanitaria ammonta a € 138.335 milioni, con una crescita del 4,9% rispetto ai € 131.842 milioni del 2023. "Tuttavia – osserva Cartabellotta – l'incremento di € 6.493 milioni tra il 2023 e il 2024 è dovuto per oltre la metà (€ 3.257 milioni) alla spesa per il personale dipendente. Un aumento in gran parte riconducibile agli oneri accantonati per i rinnovi contrattuali del personale sanitario relativi al triennio 2022-2024".

Previsionale 2025 e 2026-2028. Nel 2025, il rapporto spesa sanitaria/PIL è stimato al 6,4%, in lieve aumento rispetto al 6,3% del 2024. In termini assoluti, la spesa sanitaria prevista ammonta a € 143.372 milioni, con un incremento di € 5.037 milioni (+3,6%) rispetto all'anno precedente. Per il biennio 2026-2027, a fronte di una crescita media annua del PIL nominale del 2,75%, il DFP 2025 prevede un incremento medio della spesa sanitaria del 2,85% l'anno, mantenendo invariato il rapporto spesa sanitaria/PIL al 6,4%. In valore assoluto, la spesa sanitaria sale a € 149.820 milioni nel 2026 (+4,5% rispetto al 2025) e a € 151.635 milioni nel 2027 (+1,2% rispetto al 2026). Per il 2028, il DFP stima un ulteriore incremento della spesa del 2,6% rispetto al 2027, con il rapporto spesa sanitaria/PIL ancora fermo al 6,4%.
"Se da un lato le previsioni per il triennio 2025-2028 indicano un rapporto spesa sanitaria/PIL sostanzialmente stabile – commenta il Presidente – dall'altro non si possono escludere riduzioni effettive della spesa sanitaria, alla luce della stagnazione economica e delle incertezze legate al contesto macroeconomico globale. In quest'ottica appaiono azzardate le stime di un aumento della spesa di € 5.037 milioni nel 2025 e di ulteriori € 6.448 milioni nel 2026, considerando che il Fabbisogno Sanitario Nazionale fissato dalla Legge di Bilancio 2025 è pari a € 136.533 milioni per il 2025 e € 140.533 milioni per il 2026".

Differenza tra le stime del DFP e quelle del PSBMT. Rispetto alle previsioni del PSBMT approvato a settembre, le stime sulla spesa sanitaria contenute nel DFP 2025 risultano superiori sia in termini di rapporto spesa sanitaria/PIL, sia in valore assoluto. "Un dato che – commenta Cartabellotta – rappresenta un timido segnale

di apertura da parte dell'Esecutivo per scongiurare ulteriori tagli alla sanità, alla luce del peggioramento del quadro economico generale".

Riforme. A completamento della prossima Legge di Bilancio, il DFP 2025 indica 32 provvedimenti collegati, tra cui due direttamente riferiti alla sanità: la "Riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale e dell'assistenza ospedaliera" e la "Delega in materia di riordino delle professioni sanitarie e degli enti vigilati dal Ministero della Salute". "Indubbiamente – chiosa il Presidente – le riforme affrontano i nodi strutturali più critici, ma la riorganizzazione dell'assistenza territoriale è fortemente condizionata dalla gravissima carenza di personale infermieristico e da un ruolo del medico di famiglia ancora non ben definito. Inoltre, al di là del "riordino" delle professioni sanitarie, la vera emergenza resta la fuga dei professionisti dal SSN: per restituire attrattività servono anche (ma non solo) risorse consistenti, che attualmente non sono disponibili".
"Il DFP 2025 – conclude il Presidente – conferma che, in linea con quanto accaduto negli ultimi 15 anni, la sanità pubblica continua a non rappresentare una priorità per il Paese, nonostante la grave crisi di sostenibilità del Ssn e il progressivo sgretolamento del diritto alla tutela della salute. Alla luce delle stime al ribasso del PIL e del quadro macroeconomico, va riconosciuto all'Esecutivo il merito di aver scongiurato ulteriori e drammatici tagli alla spesa sanitaria. Tuttavia, nonostante l'incremento previsto in valore assoluto, il peso della sanità sul PIL resta inchiodato al 6,4% fino al 2028, lasciando il Ssn largamente sottofinanziato".

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=129117

quotidianosanità.it

Spesa farmaceutica. "Cresce da 20 anni. E' tempo di collaborare e pensare a strumenti di governo diversi. Su norma 'de-listing' preconcetti, monitoraggio costi in corso". Intervista a Pierluigi Russo di Aifa

Barbara Di Chiara

Secondo il direttore tecnico-scientifico dell'Aifa, ospite di Future in Healthcare, "anche il decreto prezzi avrebbe bisogno di un tagliando e sarebbe opportuno prevedere meccanismi di incentivo lì dove i medicinali sono stati sviluppati nel contesto italiano, nel contesto europeo, per un driver importante di sviluppo che coinvolge anche la nostra rete di centri italiani di eccellenza nella sperimentazione clinica"

18 APR -
Una spesa per i medicinali in continuo aumento da 20 anni e l'arrivo di nuove terapie innovative, ma molto costose, potrebbero generare una tempesta perfetta nel giro di pochi anni, mettendo in difficoltà il sistema sanitario italiano e i pazienti che attendono le cure. Il contesto è profondamente cambiato, e c'è bisogno di cambiare la modalità con cui si governano questi costi.
"La spesa farmaceutica cresce in tutti i Paesi sviluppati, perché arrivano nuovi medicinali che hanno elementi di innovatività, con costi generalmente superiori a quelli che già abbiamo a disposizione. Detto questo, in Italia la spesa che definirei 'super netta', cioè quella che viene pagata dal Servizio sanitario nazionale, è cresciuta dal 2005 ad oggi lungo una linea retta, con poche deviazioni. È il momento per capire che le esigenze attuali hanno bisogno di strumenti diversi".
È il quadro tracciato da **Pierluigi Russo**, direttore tecnico-scientifico dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), ospite della nuova puntata di *Future in Healthcare*.
"L'Agenzia italiana del farmaco – ricorda - controlla determinati meccanismi e si dedica al monitoraggio della spesa anche rispetto ai limiti programmati. Ma questo è prevalentemente il risultato di come vengono

prescritti e utilizzati i medicinali nei diversi contesti assistenziali, comprese le diverse regioni. È il risultato di scelte, di decisioni e di valutazioni che vengono fatte dal livello nazionale fino al singolo medico. Sicuramente negli ultimi 5 anni sono arrivati molti farmaci importanti sia dal punto di vista terapeutico che economico, c'è stata una crescita delle terapie avanzate che sono generalmente terapie ad alto costo".
Secondo Russo "c'è bisogno di un meccanismo collaborativo e coordinato tra livello centrale e livello regionale. Ognuno deve fare la sua parte: da un lato, governando per quanto possibile i prezzi dei medicinali, magari ricontrattandoli, eventualmente limitando l'impiego di questi medicinali a pazienti che possono ottenere maggior beneficio. E poi c'è sicuramente un'esigenza di controllo, di gestione, a livello locale e periferico per capire come inserire il farmaco all'interno di un percorso organizzativo sanitario".
"Chiaramente l'Aifa è responsabile, oltre che del monitoraggio della spesa, dell'attuazione delle misure di governo in caso di sfondamento dei tetti e quindi della spesa programmata. Le norme che utilizziamo oggi sono state introdotte a partire dal 2007, il tetto degli acquisti diretti, anche se sotto altro nome, è entrato in vigore nel 2012.
Il problema è che da quell'anno, questo tetto è sempre stato costantemente in sfondamento e quello che doveva essere un meccanismo straordinario è diventato in realtà un meccanismo ordinario di controllo, con dei comportamenti opportunistici innescati un po' dalle aziende farmaceutiche un po' a livello locale. Credo sia arrivato il momento per metterci la testa e capire che le esigenze attuali hanno bisogno di strumenti diversi".
A parere del direttore tecnico-scientifico, "anche il decreto prezzi, che noi utilizziamo nel condurre la negoziazione dei prezzi a carico del Servizio sanitario nazionale, avrebbe bisogno di un tagliando. Anche perché il contesto è molto cambiato, forse sarebve opportuno anche prevedere dei meccanismi di incentivo lì dove i medicinali sono stati sviluppati nel contesto italiano, o europeo, per un driver importante di sviluppo che coinvolge anche la nostra rete di centri italiani di eccellenza nella sperimentazione clinica.
Questo è un punto molto importante che bisognerebbe trovare il modo di considerare all'interno di un nuovo decreto. Il tema è che, al di là del fatto che si aggiorni o meno la norma, bisogna ripensare in una dimensione un po' più ampia la governance dell'assistenza farmaceutica cercando di comprendere qual è il contesto attuale.
Un contesto diverso anche rispetto a quando c'erano molte scadenze brevettuali di molecole che potevano garantire un bilanciamento tra incrementi di spesa per i farmaci innovativi e perdite della copertura brevettuale. Oggi il ciclo di vita del medicinale sta avendo un'evoluzione diversa rispetto a molti anni fa, in alcuni casi anche con una rapida obsolescenza di alcuni prodotti".
Riguardo alla normativa di 'de-listing', che prevede lo spostamento di alcune classi di farmaci dalla distribuzione in ospedale a quella nelle farmacie, prevista in Finanziaria e che riguarda per ora farmaci anti-diabete (gliptine e gliflozine), Russo sottolinea che "al di là delle considerazioni polemiche, dei retropensieri o dei preconcetti che ci possono essere su questa norma, essa va inserita in un contesto storico: nei primi anni 2000 la distribuzione e l'erogazione dei medicinali prevalente era attraverso le farmacie territoriali e la prescrizione ospedaliera riguardava in maniera esclusiva i farmaci utilizzati all'interno della struttura ospedaliera.
Da allora ad oggi c'è stata una totale modificazione dei canali alternativi della distribuzione, che sono diventati in realtà i canali prevalenti, con una diversificazione territoriale nelle 21 regioni veramente molto ampia. Forse troppo ampia nel caso dell'accessibilità alle terapie da parte dei pazienti. Secondo diverse nostre analisi, lo stesso farmaco in Italia ha canali e percorsi molto diversi in una regione rispetto ad un'altra. Questo è un aspetto che meriterebbe una riflessione.
L'Agenzia italiana del farmaco è nata nel 2004 e uno dei suoi obiettivi di mission era promuovere l'omogeneità dell'accesso alle terapie e all'assistenza farmaceutica a livello territoriale. Devo dire che dopo vent'anni è una tematica ancora attuale. Questa norma, dunque, cerca di riportare sul territorio i farmaci che si utilizzano nel territorio. E lo fa attraverso la rete delle farmacie, che indubbiamente è molto ampia, andando incontro a una semplificazione anche amministrativa.
È chiaro che è un'operazione che va fatta con cautela, mettendo insieme le esigenze della prossimità per il paziente e le esigenze della gestione economico-finanziaria da parte delle Regioni".
L'Aifa è coinvolta "nella riclassificazione di medicinali dal prontuario terapeutico della continuità ospedale-territorio alla fascia A, quindi non esprime un giudizio rispetto alla modalità di erogazione, perché non è una

sua competenza ma indubbiamente scelta dalle Regioni. Stiamo cercando di dar vita a un percorso di attuazione di questa norma che metta insieme tutte le esigenze. Non è semplice, proprio a causa del fatto che nel corso di questi vent'anni i modelli organizzativi delle 21 regioni si sono molto diversificati".
Per la riclassificazione delle gliflozine il lavoro "non è stato ancora concluso, la Commissione ha individuato come noto questa come una classe papabile per la riclassificazione da PHT ad A. E vorrei chiarire che è stata identificata non sulla base di un criterio economico, ma ispirandosi a principi clinico-terapeutici legati alla gestione della continuità ospedale-territorio.
Alcuni medicinali hanno un'esigenza che può cambiare nel corso del tempo, mentre arrivano altri medicinali più complessi in cui il coordinamento tra l'area specialistica e il territorio è più stringente. Le gliflozine così come le gliptine sono farmaci anti-diabetici già prescrivibili dal medico di medicina generale, che servono per un trattamento cronico per cui è necessario preservare la continuità terapeutica e la compliance quanto più possibile. E quindi la Commissione ha utilizzato dei criteri clinici, con una riclassificazione che coinvolge i tutti i principi attivi di quella classe farmacologica, anche per evitare complicazioni nella prescrizione di un medicinale che ha la stessa indicazione, magari con un principio attivo diverso. Quindi i criteri che ha adottato la Commissione attengono al capire se ci sia l'esigenza di avere quel medicinale o no dentro il prontuario della continuità ospedale/territorio".
Ma questa norma fa risparmiare o meno le casse dello Stato, nella pratica?
"Da questo punto di vista la norma non prevede indicazioni" di tipo finanziario "proprio perché segue preminentemente un criterio di altra natura. Però ha previsto l'istituzione di un Tavolo che è preposto a verificare la sostenibilità economica di queste riclassificazioni e ad assumere gli eventuali interventi o contromisure che questo potrebbe comportare. Quindi, non è che l'elemento economico finanziario non sia tenuto in considerazione: proprio a causa della frammentazione dei nostri sistemi regionali è molto complesso anche per noi, che di analisi ne facciamo un bel po', fare delle previsioni attendibili a priori. Ci sono molti fattori che entrano in gioco, molti parametri e anche molte tipologie di costo, non soltanto i costi quantificabili perché oggetto di monitoraggio. Questo punto è sicuramente oggetto di approfondimento proprio nel corso delle riunioni di questo Tavolo".
L'Aifa sta rivedendo anche i criteri di attribuzione del valore di innovatività ai farmaci, previsto sempre in manovra.
Un lavoro "molto interessante e stimolante. Certo la previsione del termine di legge del completamento di questa attività entro il 30 marzo sicuramente ha creato qualche difficoltà e ha richiesto diversi incontri per mettere a punto un documento su cui abbiamo poi aperto una fase di consultazione, oggi conclusa, che ha avuto una partecipazione notevole. Ora il documento è stato aggiornato e cambiato in diverse parti e la mia direzione, come prevede la norma, consoliderà la determinazione con i criteri previsti dalla legge e la trasmetterà al Presidente per la successiva adozione".
Infine, l'antibiotico-resistenza: l'Aifa sta seguendo una strada segnata anche in questo caso dall'ultima legge di bilancio relativamente a un fondo speciale per questi medicinali. "E' stata un'iniziativa del Governo molto coraggiosa – dice Russo - che rappresenta un incentivo veramente molto interessante e che ci pone in una posizione all'avanguardia nel contesto europeo.
Diventiamo da questo punto di vista un Paese attrattivo per lo sviluppo di medicinali per il trattamento delle antimicrobiche resistenze.
La norma ha applicato gli elementi di finanziamento tipici del fondo farmaci innovativi a un contesto in è veramente difficile dimostrare di rappresentare un'innovazione terapeutica, per tutta una serie di complessità. Si crea un meccanismo di finanziamento con un percorso basato su criteri definiti, che non richiedono una particolare valutazione e che consentiranno a questi antibiotici di accedere a forme di incentivo e di tutela fino alla scadenza brevettuale o a quella normativa.
Questo ha molto senso dal punto di vista della concezione di governance più ampia della spesa farmaceutica, perché sono stati esclusi dai meccanismi di controllo e di contenimento della spesa farmaceutica prodotti che devono essere utilizzati il meno possibile in quanto 'ultima spiaggia'. Vedremo ovviamente quale sarà l'effettivo impatto dopo l'applicazione della normativa".

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=129165

Sostenibilità della sanità

FIASO
FEDERAZIONE ITALIANA AZIENDE SANITARIE E OSPEDALIERE

Corte dei conti: il tetto di spesa per il personale è regionale, non aziendale. FIASO: "Svolta che rafforza il Ssn"

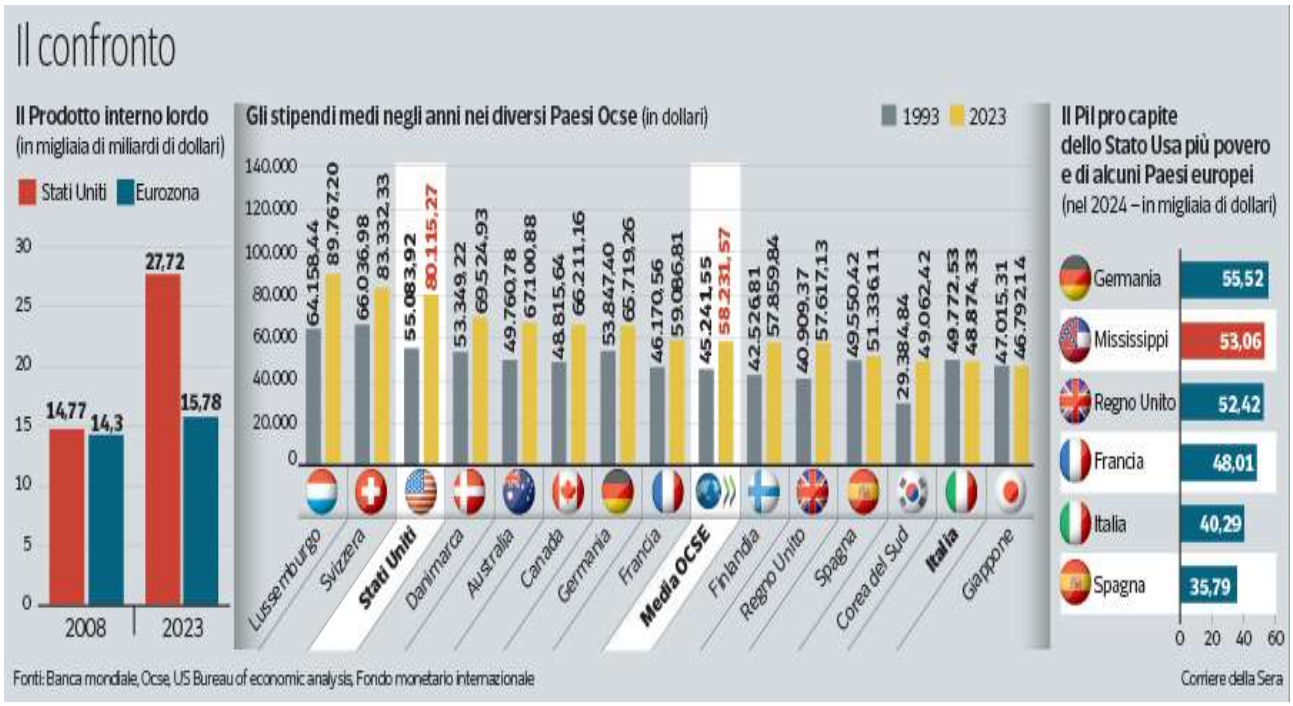
La Sezione delle Autonomie della Corte dei conti (delibera n. 9/SEZAUT/2025/QMIG del 4 aprile 2025, depositata l'8 aprile) ha risolto un importante contrasto interpretativo, stabilendo che il tetto di spesa per il personale del Servizio sanitario nazionale deve essere calcolato a livello regionale e non più a livello di singola azienda sanitaria.
La Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere (FIASO) accoglie con favore questa interpretazione, che consente una governance più coerente, realistica e sostenibile della spesa per il personale, a beneficio della tenuta e del rafforzamento del Servizio sanitario nazionale.
Il chiarimento è arrivato in seguito a una richiesta della Corte dei conti del Lazio, nell'ambito della parifica del bilancio della Asl Roma 1, e conferma l'impostazione già sostenuta dalla Regione Lazio e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.
La decisione apre dunque la strada a una programmazione più efficace e flessibile delle politiche del personale, permettendo alle Regioni di compensare eventuali sforamenti di spesa in alcune aziende con risparmi in altre, senza compromettere la capacità assunzionale complessiva del sistema sanitario.

CORTE DEI CONTI

SEZIONE DELLE AUTONOMIE

LIMITI ALLA SPESA PER IL PERSONALE DEGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

https://www.fiaso.it/corte-dei-conti-il-tetto-di-spesa-per-il-personale-e-regionale-non-aziendale-fiaso-svolta-che-rafforza-il-ssn/


Il confronto
Il Prodotto interno lordo
(in migliaia di miliardi di dollari)
Stati Uniti
Eurozona
14,77
14,3
27,72
15,78
2008
2023
Gli stipendi medi negli anni nei diversi Paesi Ocse (in dollari)
1993
2023
64.158,44
89.767,20
66.036,98
83.332,33
55.083,92
80.115,27
53.349,22
69.524,93
49.760,78
67.100,88
48.815,64
66.211,16
53.847,40
65.719,26
46.170,56
59.086,81
45.241,55
58.231,57
42.526,81
57.859,84
40.909,37
57.617,13
49.550,42
51.336,11
29.384,84
49.062,42
49.772,53
48.874,33
47.015,31
46.792,14
Lussemburgo
Svizzera
Stati Uniti
Danimarca
Australia
Canada
Germania
Francia
Media OCSE
Finlandia
Regno Unito
Spagna
Corea del Sud
Italia
Giappone
Il Pil pro capite
dello Stato Usa più povero
e di alcuni Paesi europei
(nel 2024 – in migliaia di dollari)
Germania 55,52
Mississippi 53,06
Regno Unito 52,42
Francia 48,01
Italia 40,29
Spagna 35,79
Fonti: Banca mondiale, Ocse, US Bureau of economic analysis, Fondo monetario internazionale
Corriere della Sera


Gli italiani che lasciano il nostro Paese sono sempre più di quelli che rientrano
Persone espatriate ( ) e rientrate in Italia ( ) nel 2024 per Paese
Germania
Spagna
Regno Unito
Svizzera
Francia
Brasile
Stati Uniti
Argentina
Paesi Bassi
Belgio
0
5 mila
10 mila
15 mila
20 mila
E la metà di quelli che se ne vanno sono laureati under 35
Fonte: ISTAT

MEF

Ministero dell'Economia e delle Finanze



Documento di finanza pubblica

2025

Sezione I

Relazione annuale sui progressi compiuti nel 2024

INDICE

I IL QUADRO MACROECONOMICO

I.1 Il quadro macroeconomico internazionale

I.2 L'economia italiana dalla pubblicazione del PSBMT: elementi congiunturali, di consuntivo e previsioni

I.2.1 I dati di consuntivo del 2024 e le prime statistiche per il 2025
I.2.2 Le prospettive nell'immediato e le previsioni per l'anno in corso
I.2.3 Le proiezioni a legislazione vigente per gli anni successivi al 2025

II. IL QUADRO DI FINANZA PUBBLICA

II.1 La finanza pubblica italiana dalla pubblicazione del PSBMT: elementi congiunturali, di consuntivo e previsioni

II.1.1 Indebitamento netto e debito: stime di consuntivo
II.1.2 Tendenze e previsioni per il 2025
II.1.3 Previsioni per gli anni successivi nello scenario a legislazione vigente

II.2. I progressi compiuti per rispettare il percorso di spesa netta raccomandato dal Consiglio UE

II.2.1 Dalla programmazione di medio periodo alla sorveglianza multilaterale delle politiche di bilancio
II.2.2 Analisi dei fattori alla base del tasso di crescita della spesa netta del 2024
II.2.3 Valutazione preliminare circa il rispetto del limite massimo raccomandato per il 2025 e andamenti negli anni successivi
II.2.4 Aggiornamento dei saldi strutturali di bilancio e implicazioni per la traiettoria di spesa

II.3 Coerenza del quadro di finanza pubblica con la Procedura per disavanzi eccessivi

II.3.1 La valutazione delle azioni efficaci (effective actions)
II.3.2 Informativa sulle azioni efficaci intraprese dal Governo italiano (ex art. 3 c. 5 del Regolamento n. 1467/97)

II.4 Le passività potenziali

II.4.1 Il costo per la finanza pubblica nel 2024
II.4.2 Garanzie pubbliche
II.4.3 Crediti deteriorati del settore bancario

II.5 Disegni di legge collegati alla manovra

III. I PROGRESSI NELL'ATTUAZIONE DELLE RIFORME E DEGLI INVESTIMENTI

III.1 L'attuazione delle riforme e degli investimenti nelle aree per l'estensione del periodo di aggiustamento del PSBMT

III.1.1. Riforme e investimenti previsti in materia di giustizia
III.1.2. Le misure in materia di tassazione
III.1.3. Il miglioramento dell'ambiente imprenditoriale
III.1.4. Merito e nuove competenze nella Pubblica Amministrazione
III.1.5. Servizi per la prima infanzia e supporto alle famiglie

III.1.6. Le misure in materia di programmazione e spesa pubblica
III.1.7. Le misure in materia di razionalizzazione delle imprese pubbliche

III.2 L'attuazione delle altre riforme e investimenti strategici previsti nel Piano

III.2.1. Riforme e investimenti per una migliore istruzione e formazione, che assicurino maggiori opportunità e competenze nell'accesso al mercato del lavoro
III.2.2. Migliori politiche attive del lavoro, partecipazione al lavoro, occupazione e prolungamento dell'età lavorativa
III.2.3. Riforme e investimenti per favorire la convergenza economica e sociale e l'efficienza dei servizi pubblici
III.2.4. Le misure infrastrutturali e le politiche abitative
III.2.5. Il potenziamento del servizio sanitario nazionale
III.2.6. Il potenziamento della rete di protezione e inclusione sociale e misure a contrasto della povertà
III.2.7 Transizione verde, sicurezza energetica e protezione ambientale: le riforme e gli investimenti del PNRR
III.2.8 La strategia per la transizione digitale
III.2.9 Il rafforzamento della capacità di difesa comune

APPENDICE

Tavole di riferimento per le riforme e gli investimenti

INDICE DELLE TAVOLE

Tavola I.2.3.1 Ipotesi di base

Tavola I.2.3.2 Sviluppi macroeconomici

Tavola II.1.3.1 Differenze rispetto al Piano strutturale di bilancio di medio termine

Tavola II.1.3.2 Conto della PA a legislazione vigente

Tavola II.1.3.3 Sovvenzioni del dispositivo per la ripresa e la resilienza

Tavola II.1.3.4 Prestiti del dispositivo per la ripresa e la resilienza

Tavola II.1.3.5 Determinanti del rapporto debito/PIL

Tavola II.1.3.6 Debito delle amministrazioni pubbliche per sottosettore

Tavola II.1.3.7 Saldi di cassa

Tavola II.2.2.1 Progressi raggiunti in termini di crescita della spesa netta

Tavola II.2.3.1 Quadro tendenziale di finanza pubblica

Tavola II.2.3.2 Impatto stimato delle misure discrezionali dal lato delle spese e delle entrate

Tavola II.2.4.1 La finanza pubblica corretta per il ciclo

Tavola II.4.1.1 Garanzie pubbliche – escussioni liquidate nel 2024

Tavola II.4.2.1 Garanzie pubbliche – esposizione al 31 dicembre 2024

Tavola III.1.2.1 Stato di avanzamento e obiettivi previsti

Tavola III.2.7.1 Stato di avanzamento principali misure per il raggiungimento degli obiettivi del PNIEC

Tavola III.2.8.1 Stato di avanzamento della digitalizzazione dei servizi pubblici

MEF

Ministero
dell'Economia
e delle Finanze



Documento di Finanza Pubblica

Sezione II

Analisi e tendenze della finanza pubblica

2025



INDICE

I. CONTO ECONOMICO DELLE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE 1

I.1 I risultati del 2024 1

I.2 Previsioni tendenziali 8

I.3 Indicazioni sulle politiche in essere che il Governo intende confermare 18

II. ANALISI DEI PRINCIPALI SETTORI DI SPESA 19

II.1 Pubblico impiego 19

Risultati 19

Previsioni tendenziali 19

II.2 Prestazioni sociali in denaro 20

Risultati 20

Previsioni tendenziali 24

II.3 Sanità 31

Risultati 31

Previsioni tendenziali 39

III. CONTO DI CASSA DEL SETTORE PUBBLICO 45

III.1 I risultati del 2024 45

Settore pubblico 45

Amministrazioni centrali 52

Amministrazioni locali 58

Enti di previdenza e assistenza sociale 63

III.2 Previsioni tendenziali 68

Settore pubblico 69

Amministrazioni centrali 70

Amministrazioni locali 71

Enti di previdenza 72

IV. DEBITO 73

IV.1 La consistenza del debito delle amministrazioni pubbliche e del settore statale 73

V. LE RISORSE DESTINATE ALLA COESIONE TERRITORIALE E I FONDI NAZIONALI ADDIZIONALI 75

V.1 Premessa 75

V.2 Programmazione nazionale 78

Fondo per lo sviluppo e la coesione 78

V.3 Programmazione comunitaria 82

Programmi Fondi strutturali 82

Programmi FEASR e FEAMP/FEAMPA 85

VI. VALUTAZIONE PER L'ANNO 2024 DELLE MAGGIORI ENTRATE DERIVANTI DAL CONTRASTO ALL'EVASIONE FISCALE 89

APPENDICE A: QUADRI DI COSTRUZIONE DEI CONTI CONSOLIDATI DI CASSA DEL SETTORE PUBBLICO 2022-2024 93

INDICE DEI BOX

Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico italiano 27

quotidianosanità.it

L'aziendalismo rompe l'alleanza tra società e sanità

Ivan Cavicchi

Questa società ha capito, sulla sua pelle, che fino a quando gli operatori serviranno le aziende diventando loro malgrado i servitori o gli esecutori di un obbligo alla appropriatezza pensato per i bilanci delle aziende ma non per soddisfare i bisogni dei malati essi non potranno essere più gli alleati di sempre. Oggi siamo ormai al teatro dell'assurdo dove i medici sulla strada del tramonto stanno, semplicemente aspettando Godot.

09 APR -
Mi ha colpito per diverse ragioni l'articolo di **Franco Cosmi** "La scelta condivisa per un effettivo governo clinico dell'appropriatezza delle prestazioni e della organizzazione":

- perché con grande chiarezza suo malgrado descrive la trappola nella quale tutti i medici sono caduti con l'aziendalizzazione
- perché dice che l'appropriatezza è "odiosa" ma non ci sono alternative quindi dice che l'appropriatezza è una necessità esattamente come gli antibiotici quando si hanno delle infezioni
- perché si illude che questa cosa "odiosa" possa essere meno odiosa delegandone il governo al medico al malato quindi illudendosi che nell'azienda possa essere ammessa"una scelta condivisa tra medici e malati "con risorse ben definite e distinte a carico di Stato e Mercato",
- perché si illude a azienda invariante che tutto possa risolversi "con l'intelligenza artificiale collettiva a supporto della intelligenza artigianale del medico e di quella esistenziale del paziente"

Tutto questo per me descrive benissimo la trappola nella quale siamo caduti e della quale evidentemente nessuno Cosmi per primo, ha coscienza.

Un compromesso di merda
Il termine "appropriatezza" è un termine che come sanno bene i miei lettori, personalmente non ho mai digerito e che è intrinsecamente contraddittorio perché esso indica allo stesso tempo:

- l'adeguatezza di un intervento sanitario alle esigenze del paziente

- la sua 'economicità cioè il grado di compatibilità dell'intervento sanitario nei confronti delle risorse disponibili.

Quindi l'appropriatezza non è altri che il tentativo dell'azienda di mediare cioè di trovare un compromesso tra le necessità del malato e le necessità gestionali.
Ma per me semplicemente ammettere la necessità di un compromesso del genere vale come un siluro lanciato contro il diritto fondamentale alla salute. E' come dichiarare che il diritto alla salute non è più fondamentale, quindi non viene più prima di ogni altro interesse e che, esso, debba essere "contemperato" (uso il termine usato dalla Corte costituzionale) cioè bilanciato con le risorse disponibili, e quindi, dare la stura a tutte le politiche di compatibilità possibili che consentono questo contemperamento.

Imporre un modo sbagliato di essere medicina

Cioè per me il diritto alla salute non è possibile che venga dopo l'azienda. Se viene dopo l'azienda è perché esso non è più fondamentale. E questo a me non va bene.
La questione quindi non è il rapporto tra un diritto e limiti economici che secondo me nelle realtà finanziarie date è giusto porsi cioè è realistico e responsabile dal momento che le risorse disponibili non sono infinite, ma è l'imposizione alla medicina di un modo sbagliato di essere, imposizione che, alla fine, danneggia l'integrità del diritto come diritto fondamentale.
Non è il principio dell'economicità imposta al medico e al malato ad essere sbagliato. E' giusto non sprecare le risorse ma non è giusto che per non sprecare le risorse io danneggi l'autonomia scientifica della medicina quindi del medico, quindi, secondo la regola transitiva, alla fine danneggi il malato.
Il principio di appropriatezza dell'azienda è integralmente imperniato sul principio della compatibilità tra diritti e risorse da cui a cascata derivano tutte le forzature aziendaliste e ed economicistiche considerando questo modo (esattamente come sostiene Cosmi) come l'unico possibile.

Il problema è l'azienda

Non è vero quello che scrive Cosmi che alla appropriatezza non ci sono alternative. Se si resta nella logica aziendale è chiaro che essa non ha alternative, ma si esce dall'azienda, le alternative ci sono, eccome. Ho già dimostrato che è possibile conservare la natura di diritto fondamentale senza per questo sbracare nel compatibilismo. Ho già dimostrato per esempio che la compossibilità e non la compatibilità può risolvere la questione del limite delle risorse senza per questo azzoppare il diritto fondamentale e meno che mai azzoppare l'autonomia professionale dei medici che per le complessità dei malati è la prima risorsa.
Rendere compatibile, quindi appropriato, un diritto fondamentale è possibile solo se di decide che esso non è più fondamentale ma potestativo, cioè affidato alla discrezione del direttore generale dell'azienda e al proceduralismo.
A Cosmi, ma non solo a lui, ma a tutti i medici, non passa per la testa che il problema è l'azienda, cioè che l'azienda voluta fortissimamente dalla sinistra di governo, è stata il più significativo attentato neoliberista sia ai diritti delle persone che ai diritti delle professioni.

Azienda e deontologia

Tutto il sindacalismo medico è a parole contro le aziende (suppongo anche il sindacato a cui appartiene Cosmi), ma a nessuno sindacato è venuto in mente di chiedere, come da me proposto, da tempo l'abrogazione della 502, semplicemente perché l'azienda è in aperto conflitto con la deontologia corrente.
Nessun sindacato ha obiettato alla azienda la netta contraddizione che esiste tra la sua logica economicista e la deontologia. Al contrario tutti i sindacati si sono bevuti l'azienda senza proferire una sola parola. Alla faccia della loro deontologia.
Vorrei ricordare che l'appropriatezza prescrittiva è stata normata dal decreto legislativo 229/99, noto anche come Riforma Bindi, che ha introdotto nel sistema sanitario nazionale (SSN) non solo criteri per valutare l'appropriatezza delle prestazioni ma ha imposto ai medici l'appropriatezza come obbligo (Art. 15-decies)
Obbligo rispetto al quale tutti i medici si sono semplicemente "appecorati" senza rendersi conto di tirarsi come professione la zappa sui piedi.
Nel momento in cui l'appropriatezza è diventata un obbligo tutti i codici deontologici l'hanno fatta propria. Una follia.

Appropriatezza e deontologia
Ma che medico è quelli che accetta l'obbligo di non essere medico, perché con le aziende di questo si tratta, e accetta l'appropriatezza delle aziende? E' chiaro che se i medici sono obbligati alla appropriatezza allora, l'art 4 del loro codice deontologico (Libertà e indipendenza della professione. Autonomia e responsabilità del medico), salta per aria. Cioè i medici con l'appropriatezza "devono", loro malgrado, fare il contrario di ciò che è scritto nel loro codice deontologico, cioè devono sottostare "a interessi, imposizioni o condizionamenti di qualsiasi natura". (art 6) Cioè l'appropriatezza nega la deontologia.
Non è possibile parlo dei medici avere da una parte l'art 4 del codice deontologico che inneggia alla autonomia e dall'altra, nello stesso codice deontologico, avere l'art 6, nel quale si dice che il "medico fonda l'esercizio delle proprie competenze tecnico-professionali sui principi di efficacia e di appropriatezza" perseguendo " l'uso ottimale delle risorse pubbliche e private"
Nello stesso tempo e nello stesso codice nell'art 30 si dice che il medico deve evitare "qualsiasi condizione di conflitto di interessi nella quale il comportamento professionale risulti subordinato a indebiti vantaggi economici o di altra natura". Siamo davvero dentro uno stato confusionale.

Il pregiudizio neoliberista nei confronti del diritto
Quindi, dietro al termine appropriatezza, si nasconde il più potente attacco all'art 32 sferrato dal neoliberismo di sinistra e dalla sua tecnocrazia sanitaria (l'appropriatezza è una invenzione dei medici tecnocrati di sinistra dei quali io conosco nome e cognome) che in mancanza di un pensiero adeguato, alla faccia della sinistra, si sono genuflessi alla logica della compatibilità dell'azienda.
Un intervento è appropriato certamente se risponde ai criteri di efficacia, sicurezza ed efficienza come dicono i medici tecnocrati di sinistra ma soprattutto se risponde a criteri di economicità imposti dall'azienda. L'appropriatezza è una modalità inventata dai tecnocrati di sinistra che hanno voluto l'azienda non per curare meglio i propri malati ma per fronteggiare la loro cronica carenza di risorse, ottimizzandole e risparmiando sui costi

Una ridicola storiella
La storia, messa in giro dai medici tecnocrati di sinistra (penso in particolare ai proceduralisti quelli che una volta facendoli arrabbiare ho chiamato "lineaguidari"), che dice che il servizio sanitario è "appropriato" se viene erogato alla persona giusta, nel momento giusto, e dal professionista giusto, è una storiella che forse ai tempi delle usl, cioè ai tempi del diritto alla salute come diritto fondamentale, si poteva raccontare, ma non certo ai tempi delle aziende e ai tempi del diritto potestativo e dell'obbligo di appropriatezza.
I tecnocrati di sinistra, quelli che hanno costruito tecnicamente le controriforme del SSN, e che, ai tempi della controriforma Bindi, si pavoneggiavano come i maitre a penser del contro-riformismo, sono mendaci e in malafede. Il dubbio che viene è se essi ne sono consapevoli o no. Se sono inconsapevoli allora essi sono degli idioti e basta se non lo sono allora essi sono dei farabutti che giocano cinicamente con i diritti delle persone incuranti di quello che loro causano.

Morale e appropriatezza
Essere coerenti per un medico onesto con il valore dell'appropriatezza è difficile e quasi impossibile anzi è perfino paradossale cioè al limite della morale e dell'etica.
Ribadisco che l'appropriatezza oggi è normata in tutte le deontologie professionali. Non esiste un solo codice deontologico neanche quello appena fatto dalla FOPI che abbia a avuto il coraggio di avanzare una critica alla idea di appropriatezza nata con le aziende. Tutti i codici deontologici in particolare quelli delle professioni più a contatto diretto con i malati (medici e gli infermieri) si sono bevuti l'appropriatezza delle aziende come se fosse acqua fresca. Senza sapere che per fare l'appropriatezza delle aziende significa, a parte subordinare il diritto alla cura alle risorse disponibili, ma soprattutto rinunciare a un pezzo di autonomia professionale quello che permette all'operatore davvero di fare la cosa più adeguata non appropriata alla persona giusta e nel momento giusta. Ma sul paradosso dell'appropriatezza inadeguata rimando alla relativa bibliografia.
Quale alternativa?

Giusto per completare il ragionamento e non essere accusato di fare solo chiacchiere e rimandando faccio notare che se anziché avere delle aziende avessimo avuto per esempio dei consorzi e anziché calarci le brache davanti alle politiche di “compatibilità” avessimo applicato politiche di “compossibilità” i codici deontologici avrebbero dovuto rifiutare l’idea di appropriatezza perché essendo essa lesiva dell’art 32 diventava lesiva automaticamente della autonomia delle professioni.
Al contrario di ciò che è stato fatto, e che la Fnomceo sembra confermare anche dopo la kermesse sulla deontologia del 2022, i codici avrebbero dovuto delegare la gestione della compossibilità all’operatore quindi non dargli meno autonomia ma più autonomia e delegarlo in scienza e coscienza a decidere nella relazione terapeutica il rapporto tra diritti e risorse.
Ma questo, una azienda, per la sua natura intrinsecamente privatistica non lo farà mai. L’ azienda attraverso il controllo dell’operatore quindi riducendo il suo grado di autonomia si garantisce la compatibilità. Ma quella compatibilità, ottenuta per mezzo della appropriatezza, è pagata a caro prezzo, prima di tutto dal malato che sarà curato secondo le necessità economiche dell’azienda e perché a causa del diritto potestativo il medico di fatto regala all’azienda un pezzo della sua autonomia

La rottura con l’art 32
Io sono convinto che l’appropriatezza sia una lesione importante alla relazione fiduciaria che dovrebbe legare il malato con l’operatore, cioè sia quasi un tradimento deontologico e che in questo tradimento vi sia la radice del crescente conflitto sociale che contrappone gli operatori alla società e che obbliga i giudici a convocare tutti i giorni i medici nei tribunali.
Non molto tempo fa ho denunciato “il buco nell’acqua” della Commissione D’Ippolito ormai finita per le sue evidenti contraddizioni e per le sue inconsistenze proposte su un binario morto. Un’altra occasione mancata.
Per me, come ho già detto altre volte, il conflitto sociale tra sanità e medicina nasce prima di tutto dalla rottura di una alleanza causata in primis proprio dalle aziende, dalle politiche di compatibilità dall’ obbligo dell’appropriatezza dalla riduzione del diritto fondamentale alla salute in diritto potestativo. Cioè dalla rottura fatta dalla sinistra di governo nei confronti dell’art 32 e che i dei medici hanno fatto proprio in modo a mio giudizio scriteriato.
Questo è l’errore politico più clamoroso che hanno fatto i medici e che li seppellirà come professione intellettuale.

Conclusione
Questa società ha capito, sulla sua pelle, che fino a quando gli operatori serviranno le aziende diventando loro malgrado i servitori o gli esecutori di un obbligo alla appropriatezza pensato per i bilanci delle aziende ma non per soddisfare i bisogni dei malati essi non potranno essere più gli alleati di sempre.
L’azienda rompe l’alleanza storica tra cittadini e operatori. Tra società e sanità. Oggi siamo ormai al teatro dell’assurdo dove i medici sulla strada del tramonto stanno, semplicemente aspettando Godot.
Alla domanda "Chi è Godot?" Beckett rispondeva: "Se l'avessi saputo l'avrei descritto nell'opera". Mi permetto di rispondere io: Godot nel nostro caso è il declino, la fine di ciò che si è stati, è l’incapacità di essere degni della propria storia. E’ la resa della nostra antica tradizione ippocratica al peggio.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=128963

quotidianosanità.it

La complessità e la necessità

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

07 APR - *Gentile Direttore,*
è evidente che il tema del riordino delle Cure Primarie continui a palesare numerose difficoltà di sostanza e pesanti antinomie da pensiero unico così come è innegabile che il sistema sanitario abbia una sua coerenza (rovinosa).
Qualche lettore ricorderà il periodo covid: si sosteneva allora (sembra sia passato un secolo!) che l'assistenza di base non sarebbe mai più stata la stessa.
Poi è andata peggio.
Ora, dopo la pandemia, ci sono le sofferenze geopolitiche.
I cambiamenti, anche in questo caso, saranno inevitabili ma ancora insondabili.
Immodificabile, inossidabile resta invece la regolamentazione sanitaria nazionale. Iniziando da una mala interpretazione delle intenzioni (prossimità) del Next Generation EU, il PNRR, il Metaprogetto, il DM77 e altri documenti di varia provenienza si sono irrigiditi entro modelli teorici tanto "sacri" quanto, alla fine, impraticabili nella prassi quotidiana (generatrici di ulteriori discriminazioni assistenziali e professionali). Anche l'ACN e gli accordi regionali manifestano incertezza e assenza di idee innovative.
La Conferenza Stato-Regioni, le agenzie e la Commissione Sanità (un tempo potentissima) sembrano impacciate e attorcigliate in una insolita polemica con il Ministero della Sanità: un tempo il ministero sarebbe stato coinvolto solo al termine dell'intero processo decisionale (gestito interamente dalla Conferenza) per le firme di rito.
La recente ipotesi di unificare le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dette anche Nuclei di Cure Primarie (NCP) calza perfettamente con la cultura neoliberalista o globalista che trova nelle AUSL una propria nicchia imperturbabile vetero-dogmatica.
Come già ricordato più volte, nessuna riflessione o commento riuscirà ad incidere minimamente su processi decisionali ostinatamente gestiti burocraticamente.
Può essere in ogni modo curioso ricercare quante volte le normative nazionali riportano, nel proprio significato specifico, il concetto dei sistemi complessi, la teoria della complessità (I. Cavicchi, La complessità in medicina è un fatto, QS, 14 maggio 2014) oppure i valori (wonca) che dovrebbero guidare i professionisti territoriali.
In questo periodo inoltre numerose narrazioni hanno popolato e forse complicato i confronti di opinione (dipendenza/non dipendenza dei MMG, tutele professionali, forse negoziabili con una idea di prossimità innovativa basata sulle AFT, specializzazione universitaria/corso regionale gravata di sospetti consociativistici, attività professionale dei MMG da svolgere un po' qua e un po' là…).
E' tuttavia rilevante come oggi sia completamente assente una teoria di riferimento o una filosofia o un paradigma che sappia dare un senso ed un valore ad una situazione professionale ed assistenziale di base.
La teoria della complessità dovrebbe essere lo stile, l'approccio alla realtà adeguato a indicare un concreto/compossibile percorso ed un metodo operativo diverso da quello del pensiero unico e dalle sue strategie fallimentari.
In particolare le piccole comunità, considerate come sistemi complessi, potrebbero dare origine a visoni antropologiche ed etiche in grado di integrarsi con gli elementi del sempre valido paradigma bio-psico-sociale.
La sperimentazione, da parte degli assistiti e dei professionisti, di sistemi valoriali verso la salute, il benessere ma anche la terza e quarta età e "*l'orizzonte degli eventi*" potrebbe essere in grado di dare un senso di serena consapevolezza alla quotidianità delle persone.
Per la medicina è fondamentale riorganizzare i saperi, che oggi sono incarcerati nelle singole discipline, affinché si possa, con disegni più umanistici e meno fideistici, contrastare una idea di salute virtuale, eterna, indefinita e "*assicurata*" senza più umanità (post umanesimo). Da questo punto di vista il MMG potrebbe svolgere un importantissimo ruolo di riferimento professionale e culturale per i suoi assistiti.

Alcuni esempi di complessità riportati in letteratura (stormi di uccelli, branco di pesci, formicai, sciami, eserciti, squadre di calcio, Ausl, istituzioni, orchestre…) possono essere riproposti anche per descrivere le piccole comunità. I più svariati contributi individuali si intrecciano con quelli collettivi tanto da innovare e trasformare in modo creativo (e compossibile) gli stessi sistemi in cui sono immersi (es.: AFT).
Pur non esistendo condizioni ideali per sempre e isolate dal contesto è necessario oggi, almeno culturalmente, porre fondamenta etiche ben individuabili per ogni strategia organizzativa dove ogni singolo assistito e professionista venga considerato "*fonte di conoscenza*" : si potranno così affrontare provvedimenti più ampi, collettivi e condivisi (alcune scelte meno scontate potrebbero garantire risultati e successi infinitamente superiori all'economicismo farmaco-diagnostico aziendale predicato da anni e figlio di una cultura riduzionistica).
Nel periodo covid, alcune piccole realtà insieme ai propri professionisti, il giorno stesso dalla dichiarazione del lockdown, sono state in grado di sfruttare l'inatteso, l'incertezza, le indicazioni contraddittorie, il disorientamento delle istituzioni sanitarie mettendo in atto, in autonomia, nel giro di poco tempo, terapie e comportamenti assistenziali che alla fine si sono dimostrati molto efficaci, senza mai chiudere i servizi.
La comunità intesa come pazienti e professionisti (di una AFT) quando può crescere in autonomia, al fine di considerare i vari aspetti emergenti dalle relazioni complesse del proprio sistema collettivo, può diventare una potenza, un riferimento, un nodo, uno stimolo ed una creatività per tutta la rete assistenziale.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=128902

quotidianosanità.it

I disavanzi sanitari fanno saltare i bilanci. E sempre più Regioni aumentano le tasse

Lucia Conti

Alle addizionali più alte erano già dovute ricorrere negli scorsi anni Toscana, Lazio, Campania, Calabria, Liguria e Molise. Ma il fronte si allarga e il dibattito si infiamma: c'è chi punta il dito contro la cattiva gestione dei governi locali ma anche chi se la prende con il Governo centrale per la mancanza di finanziamenti adeguati alla sanità. Intanto le disparità territoriali aumentano, con addizionali che in certe Regioni pesano ben oltre il doppio che in altre.

La crisi delle Regioni è sempre più diffusa e tangibile. A dimostrarlo non sono solo i commissariamenti e i piani di rientro, ma anche il ricorso sempre più frequente all'aumento delle tasse laddove fino a qualche anno fa le cose andavano bene. Del resto, se i conti non tornano (perlopiù a causa dei disavanzi dei sistemi sanitari), gli strumenti in mano dei governi locali sono ben pochi: tagliare i servizi, aumentare le tasse o entrambe le cose. Scelte difficili, che proprio in questi giorni si stanno discutendo in alcune Regioni (mentre ad altre - Lazio, Campania, Calabria, Molise, Liguria e da ultimo la Toscana ad esempio - era già toccato negli anni passati).

Ad avere già annunciato addizionali Irpef più salate per il 2025 sono, per il momento, Abruzzo, Umbria ed Emilia-Romagna. In Umbria la presidente **Stefania Proietti** ha parlato chiaro: "Partiamo da un disavanzo complessivo delle 4 aziende sanitarie al quarto trimestre 2024 di - 243 milioni. Dalla gestione sanitaria siamo riusciti a portare in dote 153 milioni, tutto quello che si è potuto fare. Abbiamo quindi un dato di partenza di - 90 milioni.
Ma ci presentiamo al Mef con una delibera approvata, una prima bozza, il livello massimo dal quale vogliamo scendere sempre più, nella maniera più equa possibile, salvaguardando le classi più deboli, concertando sui tavoli con i sindacati, le parti datoriali che abbiamo incontrato questa mattina, i nostri amministratori locali che incontreremo domani, e modificando così una manovra che speriamo possa salvarci da un

commissariamento che va assolutamente scongiurato perché porterebbe l'Umbria allo sfacelo" e "a pagarne le spese sarebbe il sistema sanitario che si vedrebbe nell'impossibilità di fare assunzioni e quindi con un blocco del turnover o di assumere nuovo personale, ma anche nell'impossibilità di investire sul rinnovamento dei macchinari o di nuove strutture".

In Abruzzo, invece, l'assessore Nicoletta Verì ha motivato la necessità di aumentare le tasse sottolineando come il disavanzo di circa 81 milioni sia stato provocato "da fattori imprevisti ed imprevedibili" e da voci di spesa il cui valore più importante è rappresentato dall'aumento dei costi del personale, che nel 2024 si attesta a 941 milioni di euro (ben 43 milioni in più rispetto all'anno precedente, legati alle assunzioni e agli adeguamenti contrattuali: "Già questo numero – ha detto Verì – fa ben comprendere il motivo per il quale si è fatto ricorso alla rimodulazione delle addizionali, il cui gettito è interamente destinato a finanziare questa voce".

In Toscana gli aumenti erano arrivati lo scorso anno e oggi il presidente **Eugenio Giani** esclude qualsiasi passo indietro spiegando che l'aumento dell'Irpef "verrà eliminato quando il Governo ci darà le condizioni per farlo ovvero quando ci restituisce i soldi del payback per i dispositivi medici".
Per qualcuno, invece, qualche buona notizia. Parliamo dei cittadini del Lazio. Dopo la manovra dello scorso anno, infatti, la Regione Lazio ha fatto sapere che per il 2025-2026 le esenzioni dalla maggiorazione dell'1,6% sarà estesa la platea ai contribuenti fino a 28mila euro di reddito (prima il tetto era a 15.000 euro).

Ma ecco una panoramica di quanto si paga nelle Regioni, grazie a una elaborazione fatta sui dati contenuti nel sito del ministero delle Finanze e in attesa di conoscere gli esiti delle discussioni attualmente in corso nelle Giunte e nei Consigli regionali.

In **Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Sicilia, Basilicata** si applica l'aliquota unica al 1,23% (e non si hanno notizie di variazione), così come in **Calabria,** dove però è pari all'1,73%. Aliquota unica all'1,23% anche in **Valle d'Aosta,** che per il 2024 aveva previsto anche l'esenzione dal pagamento dell'addizionale regionale Irpef per i soggetti con reddito complessivo fino a 15.000 euro.
In **Puglia** dal 2023 le addizionali vanno da un minimo di 1,33% per i redditi fino a 15.000 euro, passando per l'1,43% fino da 15mila a 28mila, per salire a 1,63% per i redditi da 28mil a 50mila e per arriva a 1,85% per lo scaglione più alto, oltre i 50mila euro (per tutti gli scaglioni si applicano benefici a favore dei contribuenti con più di tre figli a carico e per ogni figlio con diversa abilità).

In **Campania** dal 2023 le addizionali vanno da 1,73% per i redditi più bassi (fino a 15.000 euro), passando per 2,96% nella fascia da 15mila a 28mila, per salire a 2,20% per i redditi da 28mil a 50mila e fino a un massimo di 3,33% per lo scaglione più alto, oltre i 50mila euro (anche in questo caso sono previsti benefici per i contribuenti con reddito fino a 28.000 euro lordi e almeno due figli fiscalmente a carico o con figli con diversa abilità).

Nel **Molise** l'addizionale Irpef ha subito variazioni nel periodo 2023-2024, per via del mancato raggiungimento degli obiettivi del piano di rientro dal deficit sanitario e della conseguente maggiorazione dello 0,30% (prevista dell'art. 2, comma 86, della Legge n. 191/2009). Si è così arrivati all'1,73% per i redditi fino a 15.000 euro, a 1,93% per quelli da 15 a 28mila, a 2,43% per i redditi 28-50mila e a 2,63% per quelli oltre i 50mila. Per i redditi sopra i 28mila euro l'aliquota è ulteriormente cresciuta nel 2024 fino a 3,33%.

Irpef pesante anche nel **Lazio,** dove le aliquote già da alcuni anni partono dall'1,73% per i redditi sotto i 15mila euro ma schizzano al 3,33% oltre i 15.000 euro, con una maggiorazione dell'1,60% su tutti i redditi oltre i 15mila euro. Nel 2025, però, la Regione ha annunciato che l'esenzione dal pagamento della maggiorazione Irpef dell'1,6% è stato ampliato ai redditi fino a 28.000 euro ed è prevista la detrazione fissa di 60 euro per i redditi da 28.000 a 35.000 euro.

Accesissima la discussione in **Abruzzo,** dove la Giunta, al posto dell'aliquota unica all'1,73, ha proposto per il

2025 l'1,63% per i redditi fino a 28.000 euro, il 3,23% per i redditi tra 28.001 e 50.000 euro, infine il 3,33% per i redditi superiori a 50.000 euro. La legge, approvata ieri dal Consiglio regionale, ha infine stabilito che l'aliquota sarà del 1,67% per i redditi fino a 28mila euro, del 2,87% per i redditi oltre 28mila euro e fino a 50mila, e del 3,33% per i redditi oltre 50mila euro.

In **Umbria** la proposta della Giunta prevede, invece, che per i redditi fino a 15mila euro tutto resti invariato (aliquota 1,23%) mentre per lo scaglione 15-28.000 euro si passi all'1,95% (rispetto all'1,62% del 2024), per fascia da 28 mila a 50 mila aliquota si salga al 2,05% (rispetto all'1,67%) e per fascia oltre 50mila si arrivi del 2,1% (invece di 1,83%).

Allo stato attuale nessuna notizia di variazione si conosce per le **Marche,** dove si applica una tra le addizionali più basse di Italia, pari all'1,23% per i redditi fino a 15.000, all'1,53% tra i 15 e i 28.000, per poi salire a 1,70% tra i 28 e i 50.000 fino a un massimo di 1.73% per quelli oltre i 50mila euro (inoltre si applica l'aliquota dell'1,23% per i contribuenti con un reddito imponibile fino a 50.000,00 euro con uno o più figli portatori di handicap. Sono poi considerati a carico i figli con un reddito complessivo non superiore a 2.840,51 euro, al lordo degli oneri deducibili, limite che per i figli di età non superiore a 24 anni è elevato a 4.000 euro. Infine, qualora i figli siano a carico di più soggetti, l'aliquota dell'1,23% si applica solo nel caso in cui la somma dei redditi imponibili ai fini dell'addizionale regionale all'IRPEF di tali soggetti non sia superiore a 50.000,00 euro).

Ampie discussioni e polemiche accompagnarono lo scorso anno la decisione della **Toscana** di aumentare le aliquote. L'incremento ha risparmiato i redditi bassi (dove si applica l'1,42% per i redditi fino a 15mila euro e l'1,43% per quelli tra 15 e 28mila) ma ha rappresentato una bella stangata per lo scaglione 28-50 mila euro, dove l'addizionale è passata dall'1,68% al 3,32%, e per i contribuenti con reddito oltre i 50mila euro, dove il salto è stato dall'1,73% al 3,33%. E per ora non si torna indietro, ha detto il governatore Eugenio Giani senza lasciare ombra di dubbio.

Per il 2025 sono invece previsti incrementi in **Emilia-Romagna,** dove nel triennio l'addizionale crescerà per i redditi tra i 28mila e i 50mila euro dello 0,9% per il 2025, dello 0,75% per il 2026 e dello 0,6% per il 2027 e per i redditi oltre i 50 mila euro dello 1,06%. Nel 2024 le addizionali erano pari a 1,33% per i redditi fino a 15mila euro, dell'1,93% tra i 15 e i 28mila euro, del 2,03% tra i 28 e i 50mila e del 2,27% per i redditi oltre i 50mila euro.

La **Liguria,** dopo gli aumenti tra il 2023 e il 2024, conferma l'esenzione della maggiorazione per i redditi sotto i 28mila euro, la cui addizionale dovrebbe quindi fermarsi all'1,23%. Nella seconda fascia, fino a 50 mila euro, si sta al 3,18%, mentre per i redditi oltre i 50 mila euro l'aliquota arriva al 3,23%.

Anche il **Piemonte** potrebbe confermare l'1,62% per il primo scaglione, il 2,13% per il secondo, il 2,75% per il terzo e il 3,33 per i redditi oltre 50mila euro (e i benefici per i figli a carico o portatori di handicap). Nessuna notizia di interventi all'Irpef arriva anche dalla **Lombardia,** dove le aliquote sono rispettivamente pari a 1,23%, poi 1,58, poi 1,72% e infine 1,73% per i redditi più alti.

La **Pa di Trento** conferma l'1,23% per i redditi fino a 50 mila euro e dell'1,73% per quelli oltre i 50 mila euro, ma per cambia le disposizioni particolari. Se nel 2024, infatti, ai contribuenti con un reddito imponibile entro i 30.000 euro spettava una deduzione di 30.000 euro, nel 2025 ai contribuenti senza figli a carico aventi un reddito imponibile non superiore a 27.000 euro spetta una deduzione di 27.000 euro, mentre ai contribuenti con figli a carico aventi un reddito imponibile non superiore a 30.000 euro spetta una deduzione di 30.000 euro. Ai contribuenti aventi un reddito imponibile non superiore a 50.000 euro spetta una detrazione dall'importo dovuto a titolo di addizionale regionale all'IRPEF di 246 euro, in proporzione alla percentuale e ai mesi di carico, per ogni figlio di età non superiore a 24 anni. Se l'imposta dovuta risulta minore della detrazione non sorge alcun credito d'imposta.

Stesse aliquote (calcolate per tre scaglioni già dallo scorso anno) ma disposizioni particolari diverse anche

nella **Pa di Bolzano**. Per quanto riguarda le aliquote, si parte dall'1,23% per i redditi fino a 50mila euro fino a 1,73% per quelli oltre i 50mila. Ma per il 2025 ai contribuenti aventi un reddito imponibile ai fini dell'addizionale regionale IRPEF non superiore a 90.000 euro spetta una detrazione d'imposta di 430,50 euro, mentre per i redditi imponibili di importo superiore a 50.000 euro spetta un'ulteriore detrazione determinata dall'importo di 125 euro moltiplicato per il rapporto tra il reddito imponibile diminuito di 50.000 euro e l'importo di 25.000 euro. L'importo massimo detraibile ammonta a 125 euro. Ai contribuenti con un reddito imponibile ai fini dell'addizionale regionale Irpef non superiore a 90.000 euro e con figli a carico, spetta una detrazione d'imposta di 340 euro per ogni figlio in proporzione alla percentuale e ai mesi di carico.

Nessuna variazione annunciata per il 2025 in **FVG,** dove l'aliquota applicata nel 2024 andava da 0,70% per i redditi fino a 15mila euro per salire a 1,23% per i redditi superiori.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=128832

quotidianosanità.it

"Il lavoro medico è usurante e il banco è saltato, ma l'Europa lo ignora".

Intervista alla presidente dei medici europei della Fems Alessandra Spedicato

Ester Maragò

Dal riconoscimento della professione medica come attività usurante alle criticità sull'orario di lavoro, dalla crisi delle vocazioni alla fuga dei professionisti verso i Paesi più "accoglienti", fino alla necessità di una rappresentanza sindacale autonoma. Alessandra Spedicato ci racconta la sua visione e le battaglie che intende portare avanti a Bruxelles

16 APR -

Da pochi mesi alla guida della Federazione europea dei medici dipendenti (Fems), l'anestesista-rianimatrice **Alessandra Spedicato,** traccia un quadro netto delle criticità che affliggono la professione medica in Europa: turni massacranti, carenza di personale, normative superate e una crescente disaffezione tra i giovani medici. Forte anche della sua lunga esperienza nelle file del sindacato Anaao Assomed.

In questa intervista esclusiva, Spedicato rilancia la necessità di riconoscere il lavoro medico come usurante, denuncia il mancato rispetto delle regole sull'orario di lavoro e annuncia una serie di proposte concrete che saranno presentate il 23 aprile al Parlamento europeo.

Dal Libro bianco sulla salute dei medici alla revisione degli organici basata sul *Full Time Equivalent*, fino alla battaglia per la tutela sindacale autonoma e il diritto di sciopero, la presidente Fems offre una visione lucida e combattiva del futuro della sanità europea. Senza dimenticare che ormai per uscire dall'impasse bisognerà inevitabilmente arrivare ad una ridefinizione dei ruoli professionali, con una distribuzione più razionale delle competenze.

Dottoressa, da ottobre scorso lei è alla guida della Fems. Un incarico prestigioso e, immaginiamo, impegnativo. Che sfida rappresenta per lei questo nuovo ruolo?

È sicuramente una sfida importante, ma anche necessaria. Il contesto in cui si muove oggi la medicina europea è profondamente cambiato rispetto al passato. È cambiata la medicina in sé, sono mutate le esigenze dei professionisti e - fattore non trascurabile - è cambiata la composizione della categoria. Oggi la presenza femminile tra i medici è sempre più significativa e con essa emergono nuovi bisogni, istanze diverse, che richiedono risposte concrete. Il rischio è quello di restare ancorati a schemi superati.

Per questo dico che serve un'accelerazione: dobbiamo metterci, e con urgenza, al passo con i tempi.

Qual è secondo lei, oggi, la priorità assoluta da affrontare per migliorare le condizioni di lavoro dei medici in Europa?
Senza alcun dubbio l'orario di lavoro.
È il primo nodo da sciogliere. La normativa europea sull'orario non è più adeguata: non garantisce i diritti fondamentali dei lavoratori, a partire dal riposo giornaliero e settimanale, che in molti Paesi - soprattutto quelli dove c'è una cronica carenza di personale - non vengono rispettati. In pratica, il banco è saltato.
Ogni Stato si arrangia come può: c'è chi adotta l'opt-out, chi combina l'attività dipendente con quella libero-professionale nello stesso ospedale, chi carica di ore extra il personale, ignorando ogni norma. Il risultato è un sistema disfunzionale e iniquo.

Un modello che mal si concilia anche con le aspettative delle nuove generazioni di medici, giusto?
Assolutamente. I giovani medici non sono più disposti ad accettare turni massacranti o ritmi insostenibili. Non vogliono rinunciare alla qualità della vita.
Vogliono lavorare bene, con serietà, ma senza sacrificare ogni cosa. È una richiesta legittima, e noi dobbiamo saperla ascoltare. Una delle soluzioni potrebbe essere una maggiore apertura al part-time, con formule più flessibili. Ma il problema va ben oltre: serve una riflessione seria su come conciliare questa nuova visione del lavoro con le reali esigenze dei sistemi sanitari. Serve una politica europea strutturata su questo.

Lei ha più volte sottolineato l'urgenza di riconoscere il lavoro medico come usurante. Perché questa battaglia è così importante?
Perché è un paradosso che, nel 2025, il lavoro medico non venga ancora considerato usurante a livello europeo. È un vuoto normativo che non possiamo più permetterci. Le vecchie generazioni si sono concentrate sulla tutela dell'identità professionale, tralasciando l'impatto fisico e psichico del lavoro. Io, da anestesista-rianimatore, vivo sulla mia pelle cosa significa affrontare turni notturni, ore infinite in sala operatoria, situazioni di emergenza continue.
E non parlo solo della stanchezza: ci sono dati scientifici che mostrano chiaramente come il lavoro notturno sia associato, ad esempio, a un aumento del rischio di sviluppare alcuni tipi di tumore, in particolare il carcinoma mammario.

Quindi un tema che riguarda anche la crescente femminilizzazione della professione medica.
Esattamente. Non è più sostenibile ignorare questa realtà.
Se la medicina è sempre più al femminile, allora bisogna tener conto anche delle vulnerabilità specifiche legate alla salute di genere. Il riconoscimento del lavoro usurante non è solo una questione previdenziale – per quanto la possibilità di un pensionamento anticipato sarebbe una conquista – ma anche e soprattutto di prevenzione. Dobbiamo mettere in campo strategie che accompagnino il medico per tutta la sua carriera, proteggendolo e garantendogli salute e dignità lavorativa fino alla fine del percorso.

Il 23 aprile presenterete al Parlamento europeo il "Libro bianco sulle condizioni di lavoro dei medici in Europa". Di cosa si tratta?
Il Libro Bianco della Fems è un progetto unico, che racconta le condizioni di lavoro dei medici in Europa da un punto di vista privilegiato, quello di professionisti che sono al tempo stesso medici ed esperti sindacalisti. Dunque, accanto alle criticità evidenziate, vengono riportate analisi e possibili soluzioni. Presentare al Parlamento Europeo significa avere interlocutori privilegiati che possono realmente mettere in atto un cambiamento nelle politiche del lavoro dei medici dipendenti.

Quali sono i principali temi che evidenzierà?
Attualmente, in molti Paesi europei, Italia compresa, si calcola il fabbisogno di personale sulla base del numero di "teste". Ma questa è una fotografia falsata. La popolazione medica è sempre più anziana, sempre più femminile, e quindi soggetta a congedi parentali, permessi 104, gravidanze, malattie.
Il risultato è che, sulla carta, ci sono i numeri.

Ma nella realtà, le corsie sono sguarnite e il carico ricade su chi resta operativo. Per questo proponiamo un cambio di paradigma: *il Full Time Equivalent* (FTE).

Può spiegare meglio questo concetto?
Il FTE misura il tempo effettivo che un lavoratore dedica all'attività professionale. Se lavoro a tempo pieno, il mio FTE è 1. Se sono part-time, sarà 0,5. Ma se sono in malattia per un lungo periodo, il mio FTE è di fatto zero, anche se formalmente sono in organico.
È un indicatore molto più realistico, che ci permette di capire davvero quante risorse abbiamo a disposizione e come distribuire il lavoro. Il nostro obiettivo è ottenere un sistema che calcoli gli organici sulla base dell'FTE, suddiviso per genere e fascia d'età, con un coefficiente correttivo che rifletta la reale disponibilità lavorativa.

Porterete al Parlamento europeo anche altre istanze?
Certamente. Un altro tema fondamentale è quello della reperibilità passiva, che oggi viene considerata tempo di riposo. Ma non è così. Se un medico è reperibile, non può organizzare liberamente il proprio tempo, perché è in attesa di essere chiamato. In alcuni Paesi è persino obbligato a restare fisicamente nei pressi dell'ospedale. È una violazione evidente della libertà individuale. Eppure, questa condizione viene sistematicamente ignorata, anche per motivi economici.

In che senso?
Nel senso che la reperibilità è spesso utilizzata come strumento per coprire le carenze di personale. Costa meno, è più flessibile, ma è anche più stressante per il medico. È un tema finora mai affrontato in modo sistemico, eppure centrale se vogliamo costruire un'organizzazione del lavoro equa, moderna e sostenibile.

Quali progetti la Femes vuole mettere in campo nell'immediato futuro?
Entro la fine del mese, lanceremo una indagine rivolta a tutti i medici in Europa intitolata "*Shaping the future of doctors' health*". È un progetto ambizioso e, credo, molto importante. Lo abbiamo realizzato in collaborazione con la Fondazione Pietro Paci.
Si tratta di un'analisi approfondita sull'impatto dell'organizzazione del lavoro sulla salute dei medici in Europa. Raccoglieremo dati sulle assenze per malattia, sull'insorgenza di patologie croniche, sul carico orario e sulle condizioni psicofisiche dei professionisti. L'obiettivo è duplice: da un lato offrire una base scientifica per sostenere il riconoscimento del lavoro medico come usurante, dall'altro aprire una riflessione concreta su come riorganizzare gli organici.

C'è anche una riflessione da fare sul ruolo del sindacato medico in Europa. Cosa sta accadendo?
In alcuni Paesi si sta mettendo in discussione il diritto dei medici a scioperare, in nome della tutela dell'assistenza sanitaria alla popolazione. È accaduto in Slovenia, e ci ha provato anche il Regno Unito.
È un rischio enorme. Il diritto di rappresentanza sindacale è fondamentale.
Senza di esso, i medici diventano lavoratori silenziosi, privi di voce. Per questo lotterò perché i medici mantengano una rappresentanza autonoma, separata dal resto della pubblica amministrazione.

In Italia, però, i medici sono ancora nel "calderone" della PA. Cambierà qualcosa?
Ce lo auguriamo. I medici non sono impiegati qualsiasi. Hanno competenze, responsabilità, rischi enormi. Meritano una contrattazione separata. In alcuni Paesi addirittura gli infermieri -più numerosi - rappresentano anche i medici nei tavoli contrattuali. Una cosa impensabile. La professione medica ha una sua identità e una sua dignità, che non può essere delegata ad altri.

Un'ultima domanda: come vede il futuro della professione medica in Europa, alla luce della crescente carenza di specialisti?
La situazione è complessa. In Paesi come Polonia, Romania, Ungheria e Bulgaria, c'è una vera e propria emorragia di medici verso realtà più attrattive come Germania, Svizzera e Francia. In Italia, per ora, il fenomeno è contenuto, ma non possiamo abbassare la guardia.

La soluzione passa per il *task shifting,* ovvero la ridefinizione dei ruoli professionali, con una distribuzione più razionale delle competenze.
Naturalmente, il *task shifting* non è un mero passaggio di consegne. Deve richiedere un maggior investimento economico sul personale sanitario da parte della politica. Perché i medici, a fronte delle competenze che passeranno ad altre professioni, dovranno dedicarsi alle super specializzazioni (di cui già si parla in Europa) che richiedono nuove abilità, nuovi scenari e nuovo impegno.

Non teme che questa riorganizzazione possa creare frizioni con altre professioni sanitarie?
È un rischio, certo. Ma è inevitabile affrontarlo. Serve una definizione chiara dell'atto medico e un quadro normativo sulla responsabilità professionale. Bisogna lavorare in squadra, ma senza confondere le competenze. E serve anche il coraggio di investire, perché senza risorse si rischia di restare fermi, impantanati in un sistema che non funziona più.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=129081

quotidianosanità.it

SSN, "Il vincolo economico prevale sulle necessità sanitarie". L'analisi del Rapporto Crea Sanità, Federsanità-Anci e Salutequità

E così, l'onere di coniugare bisogni e risorse insufficienti va tutto su Regioni e Asl. Servono modelli di revisione dei vincoli di destinazione e dei pesi per la stima dei differenziali di fabbisogno; maggiore trasparenza nei criteri di allocazione delle risorse regionali; allocazioni mirate per riequilibrare il rapporto tra sanità ospedaliera e territoriale.

08 APR -
Finanziamento (e riparto delle somme) del Servizio sanitario nazionale: i vincoli finanziari rispetto ai fabbisogni reali tra il 2019 e il 2023 hanno segnato la strada. In pratica, i primi sono prevalsi sui secondi, scaricando sulle Regioni e sulle Aziende Sanitarie l'onere di coniugare bisogni e risorse insufficienti. Non solo: il riparto fra le Regioni si basa su criteri in larga parte fermi al 2011, senza considerare l'evoluzione demografica e tecnologica; il risultato del riparto regionale è quindi poco equo, basti pensare che il sistema di perequazione redistribuisce solo il 40% delle risorse necessarie per colmare le differenze di spesa privata tra le Regioni. Sono alcuni degli elementi che emergono dal rapporto "Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale: dalla determinazione del Fabbisogno alle allocazioni sulle Aziende Sanitarie" curato da Crea Sanità e realizzato in collaborazione con Federsanità Anci e Salutequità.

Il quadro appare chiaro, ma anche critico. Il Ssn ha bisogno di maggiori risorse (secondo l'ultimo rapporto CREA tra i 20 e i 40 miliardi), ma la cattiva ripartizione di quelle a disposizione crea opacità nella gestione delle risorse e penalizza la sanità territoriale (finanziamento in larga misura a "residuo", come si evince anche dal continuo crescere delle risorse allocate direttamente agli ospedali). Ma il finanziamento ha un ruolo cruciale anche nella generazione dei corretti incentivi al perseguimento dell'efficienza nella realizzazione delle attività del SSN: ruolo che si è rafforzato con gli interventi costituzionali che, dal 2001, hanno introdotto e sviluppato il federalismo, in particolare fiscale, nell'ordinamento italiano.
Nel Rapporto, l'analisi del livello nazionale ha affrontato 1) il tema della determinazione del Fabbisogno Sanitario Nazionale, 2) il processo di integrazione del FSN e determinazione delle risorse ripartibili, 3) la suddivisione del FSN in base alla priorità del SSN 4) i criteri di riparto alle Regioni; a seguire l'analisi del livello regionale, dopo avere descritto la struttura dei SSR, ha affrontato 5) il tema dell'accertamento delle risorse

disponibili a livello regionale, 6) dei criteri di riparto intra-regionali, 7) la definizione delle risorse ripartibili alle Aziende e Enti regionali, 8) il riparto fra le Aziende, 9) le tempistiche degli interventi normativi regionali.

"Dallo studio – si legge nella nota di sintesi del Rapporto - emerge uno scostamento molto netto fra programmazione centrale e regionale: varie Regioni hanno adottato un set di criteri per definire le allocazioni molto più dettagliato di quello nazionale: a titolo di esempio, a fronte delle sei quote di allocazione nazionali delle risorse, il Piemonte ne adotta 11 per la Prevenzione, 5 per l'Ospedaliera, 11 per la Distrettuale, per un totale di 27, l'Emilia-Romagna ne adotta 3 per la Prevenzione, 1 per l'Ospedaliera, 9 per la Distrettuale, per un totale di 13. Ancor più variabile l'applicazione dei criteri per il riparto interno delle risorse: in Piemonte si contano 16 criteri aggiuntivi oltre quelli nazionali, in Emilia-Romagna 14, in Campania 5 e in Basilicata 4 in più".

A livello regionale poi, "c'è scarsa trasparenza sui criteri di allocazione e di accertamento delle risorse ripartibili localmente: ad esempio, solo poche Regioni esplicitamente considerano i saldi di mobilità, come anche le risorse provenienti dai Fondi per i farmaci innovativi, nel processo di determinazione delle risorse regionali".
Analogamente, "solo poche Regioni esplicitano i propri criteri di riparto fra le Aziende e, quelle che lo fanno, si discostano sensibilmente dalle indicazioni nazionali, sia in termini di vincoli di destinazione, quanto di criteri di allocazione. Il riparto regionale appare sempre più disordinato e basato su mediazioni politiche piuttosto che su criteri oggettivi".

Il finanziamento per l'assistenza distrettuale varia tra le regioni sia in termini di percentuali assegnate che di criteri di riparto. Alcune regioni, come Emilia-Romagna e Valle d'Aosta, hanno percentuali leggermente inferiori rispetto alla media nazionale (pari al 50,5%); mentre altre, come Campania e Puglia, mantengono la media nazionale del 51%. I criteri di riparto includono suddivisioni dettagliate in sub-livelli come medicina generale, assistenza farmaceutica, specialistica ambulatoriale, salute mentale, dipendenze patologiche, assistenza domiciliare e altre funzioni di assistenza distrettuale. Regioni come Piemonte, Emilia-Romagna e Campania adottano criteri molto dettagliati per la suddivisione delle risorse, influenzando il finanziamento per l'assistenza distrettuale.
Per quanto concerne il finanziamento indistinto alcune Regioni hanno visto incrementato, nel periodo 2019-2022, il finanziamento, come le Provincie Autonome di Trento e Bolzano, Emilia-Romagna e Veneto; le Regioni con i minori incrementi sono state: Calabria, Molise, Sicilia e Basilicata.
Le Quote premiali si discostano completamente da quelle utilizzate per il finanziamento indistinto, esse vengono distribuite in base ad accordi pattuiti in sede di CSR, indipendentemente da criteri premiali. Nel Periodo 2019-2021, oltre il 60% dell'accantonamento viene distribuito tra la Regione Liguria e la Campania.
Quote di riparto per AO/AOU/IRCCS - Alcune regioni hanno visto un incremento, come Piemonte, Lombardia, Friuli Venezia-Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Campania, Sicilia e Sardegna. Altre regioni hanno visto una diminuzione, come Veneto, Liguria, Puglia e Calabria.
Una delle evidenze significative emerse dalla ricerca pubblicata nel 2015 (riferita al finanziamento 2011 e 2012) è stata quella relativa alla frequente politica regionale di accentramento di una quota di risorse, ed è una novità rilevante intervenuta rispetto alla precedente ricerca dovuta all'introduzione della GSA prevista dal D.Lgs n. 118/2011, che ha permesso di razionalizzare e standardizzare la gestione contabile delle somme accentrate.

La ricerca conferma che la trasparenza del processo rimane insufficiente, e che l'accountability delle Regioni in tema di finanziamento è da ritenersi fortemente variabile: questa ultima nota indica la direzione per futuri approfondimenti e, principalmente, evidenzia l'importanza di superare le analisi estemporanee, passando ad un monitoraggio (quindi continuo) dei processi oggetto della ricerca.
Il ruolo dell'accountability nel finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è cruciale per garantire trasparenza, efficienza, equità e responsabilità nella distribuzione delle risorse. I principali aspetti del ruolo dell'accountability sono cinque: trasparenza, efficienza, equità, responsabilità e governance.

Cosa serve? Tra l'altro e prioritariamente nuovi algoritmi di riparto, basati su evidenze oggettive e su indicatori aggiornati; maggiore trasparenza nei criteri di allocazione delle risorse regionali; investimenti mirati per riequilibrare il rapporto tra sanità ospedaliera e territoriale.

"L'analisi della regolamentazione del finanziamento del SSN e dei SSR è cruciale per comprendere l'evoluzione del federalismo e della gestione sanitaria regionale", dichiara **Federico Spandonaro** (Università di Roma Tor Vergata, C.R.E.A. Sanità). "Gran parte delle risorse regionali – aggiunge - è destinata alla sanità, con il principio della legislazione concorrente e i piani di rientro che hanno rafforzato la responsabilizzazione finanziaria e la garanzia dei LEA. L'analisi del finanziamento è complessa e spesso carente a livello regionale, nonostante le scelte di allocazione abbiano un impatto strategico su equità ed efficienza. L'aggiornamento di una ricerca condotta la prima volta nel 2015, si è reso necessario anche a causa di modifiche normative, come il D.Lgs. 68/2011 sul fabbisogno sanitario e il D.Lgs. 118/2011 sulla Gestione Sanitaria Accentrata (GSA), che ha formalizzato l'accentramento delle risorse regionali".
Inoltre, spiega Spandonaro, "la creazione delle "Aziende Zero" ha modificato la gestione delle funzioni centrali e della GSA. Il nuovo studio analizza l'intero processo di finanziamento, dal livello nazionale a quello regionale, considerando la determinazione del FSN, la sua suddivisione, il riparto alle Regioni e la distribuzione intra-regionale. L'analisi copre un quinquennio partendo dal 2019. La metodologia prevede prima un'analisi qualitativa, poi una quantificazione dei flussi finanziari e infine una sintesi dei risultati. La ricerca conferma che la trasparenza del finanziamento sanitario è insufficiente e che l'accountability regionale è variabile. L'obiettivo futuro è superare le analisi occasionali e avviare un monitoraggio continuo per garantire una gestione più equa ed efficiente delle risorse sanitarie".

Fabrizio d'Alba, presidente di Federsanità e Direttore Generale del Policlinico Umberto I di Roma, osserva come "il PNRR è vicino al completamento nella creazione di strutture territoriali e nell'implementazione di tecnologie per la gestione remota del paziente, ponendo le basi per l'attuazione del DM 77. Gli investimenti in conto capitale sono stati coerenti con la visione della sanità territoriale, ma ora serve garantire coerenza anche nell'allocazione delle risorse correnti per rendere pienamente operative le nuove strutture".
D'Alba sottolinea tuttavia come, "nonostante si parli da anni di spostare attività dall'ospedale al territorio, la ripartizione del FSN non è stata modificata dal 2011, mantenendo invariati i finanziamenti tra assistenza distrettuale, ospedaliera e prevenzione. Dopo il 2026, sarà necessario rivedere questa distribuzione per sostenere il nuovo modello di assistenza. Le scelte allocative influenzano direttamente la politica sanitaria, determinando la capacità di rispondere ai bisogni dei cittadini".
"Il tema dei LEA – aggiunge d'Alba . si lega alla sostenibilità del FSN, che difficilmente potrà essere incrementato, rendendo necessaria una revisione delle prestazioni incluse, delle forme di compartecipazione alla spesa e del ruolo dei fondi sanitari integrativi. La disomogeneità nella ripartizione del FSN tra le Regioni e nei sistemi di finanziamento delle Aziende Sanitarie evidenzia differenze nella gestione delle risorse. Alcune Regioni hanno modificato la storica ripartizione del 2011, utilizzando la GSA (gestione sanitaria accentrata) come leva per rafforzare specifiche attività. Infine, le disparità nei bilanci aziendali sollevano dubbi sulla loro capacità di valutare la gestione economica delle aziende e alimentano giudizi semplicistici che ostacolano una partecipazione costruttiva alla programmazione sanitaria".

"Non è più rinviabile la definizione di una metodologia di calcolo del fabbisogno sanitario standard, in grado di superare concretamente lo «storico» e la sola «negoziazione politica» passando a criteri più oggettivi e aggiornati, come i Lea, il tasso rinuncia alle cure e di povertà, le caratteristiche della popolazione, l'epidemiologia, l'innovazione tecnologica, personale e infrastrutture adeguati, standard organizzativi/strutturali/tecnologici, mobilità sanitaria, caratteristiche orografiche del territorio", dichiara **Tonino Aceti,** presidente di Salutequità.
"Il finanziamento del Ssn – aggiunge Aceti - deve essere agganciato a una strategia pluriennale per la salute e il rafforzamento del Ssn, attraverso la definizione e l'approvazione di un nuovo Piano Sanitario Nazionale, che manca da circa 15 anni, da adottare però con una procedura più "forte" rispetto a quella prevista nel 2006".

Per Aceti “si devono modificare i criteri di riparto del Fondo Sanitario, dando più peso alla deprivazione sociale e quelli della quota premiale, passando dalla negoziazione tra Regioni a criteri trasparenti, obiettivi, vincolanti e attuali. E ancora, passare da un sistema di pagamento per prestazione a uno che finanzi percorsi terapeutici e i loro risultati di salute superando il silos budget e mettendo al centro il valore delle cure. Poi, semplificare l’accesso ai fondi per l’edilizia sanitaria e incentivare la ricerca e l’innovazione per rendere il Ssn più efficace e sostenibile a lungo termine”, conclude il presidente di Salutequità.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=128937

One Health, clima e salute



Riepilogo

Le malattie trasmesse da vettori emergenti (VBD) sono un importante problema di salute pubblica in tutto il mondo.
Il cambiamento climatico, il degrado ambientale e la globalizzazione hanno portato a un'espansione della gamma di molti vettori e a un'erosione delle barriere di trasmissione, aumentando l'esposizione umana a nuovi agenti patogeni e il rischio di epidemie emergenti di VBD.
L'Europa è potenzialmente impreparata alla crescente minaccia delle VBD, a causa dell'attenzione e dei finanziamenti dirottati verso altre priorità di salute pubblica.
Approcci di prevenzione e controllo proattivi, piuttosto che reattivi, possono ridurre notevolmente il pedaggio socioeconomico delle VBD. I paesi endemici a livello globale hanno decenni di esperienza nel controllo delle VBD e l'Europa ha molto da imparare da questa conoscenza.
Qui, sosteniamo l'espansione di partnership transdisciplinari di condivisione delle conoscenze, per co-creare misure proattive contro le VBD. Presentiamo le esperienze e le competenze del nostro team internazionale diversificato ed esploriamo come una serie di interventi può essere applicata e adattata al contesto europeo.

Strategia di ricerca e criteri di selezione

Per valutare il modo migliore per integrare le conoscenze provenienti da contesti endemici nel controllo europeo dei vettori per i patogeni emergenti, abbiamo innanzitutto identificato le migliori pratiche attuali e la letteratura più recente sull'argomento.
Abbiamo utilizzato esclusivamente termini di ricerca di testo libero (non Medical Subject Headings) per cercare su Google Scholar e PubMed a giugno 2024, questi termini includevano: "malattia infettiva sensibile al clima", "arbovirus", "Europa", "vettore", "zanzara", "zecca", "pappataci", "Aedes", "febbre emorragica del Congo-Crimea", "virus del Nilo occidentale", "malaria", "leishmaniosi cutanea", "controllo" e "misure".

Abbiamo applicato un filtro per identificare i documenti successivi al 2020, per identificare la letteratura più recente sulla gestione dei vettori in Europa.
Abbiamo incluso qualsiasi materiale incentrato sul controllo dei vettori emergenti e delle malattie trasmesse da vettori in Europa, comprese recensioni, commenti e punti di vista.
Abbiamo escluso tutto il materiale che non fosse stato pubblicato su una rivista sottoposta a revisione paritaria e che non riguardasse specificamente malattie trasmesse da vettori o malattie che consideravamo una minaccia emergente in Europa.

Introduzione

Le malattie trasmesse da vettori emergenti (VBD), come la leishmaniosi cutanea e la febbre emorragica Congo-Crimea (CCHF), sono un importante problema di salute pubblica in tutto il mondo. 1
Di particolare preoccupazione sono gli arbovirus, noti anche come virus trasmessi da artropodi, che sono un gruppo eterogeneo di virus tra cui dengue, chikungunya, Zika, virus del Nilo occidentale (WNV) e virus Oropouche.
Gli arbovirus hanno visto una rapida espansione globale negli ultimi decenni, inclusa l'espansione in aree dell'Europa. Esistono opzioni di trattamento o vaccini limitati per gli arbovirus e possono causare gravi forme di malattia, ad esempio dengue grave e sindrome congenita di Zika. 2
Inoltre, c'è stato un recente aumento dei casi di malaria contratta localmente e alcuni piccoli focolai in Europa, dopo anni di eradicazione di successo. 3 I cambiamenti nella distribuzione, nel comportamento e nella densità dei vettori, tra cui zanzare, zecche e pappataci, sono stati collegati a un'espansione di condizioni climatiche favorevoli nel cambiamento climatico.
Ulteriori fattori che contribuiscono a questa espansione includono i viaggi e il commercio globalizzati, nonché il cambiamento nell'uso del suolo e nella biodiversità che altera gli ospiti e gli ecosistemi. 4,5 Una minaccia significativa è la diffusione del vettore altamente invasivo, *Aedes albopictus* , e la reintroduzione di *Aedes aegypti* in Europa, che ha portato a epidemie locali di dengue e chikungunya. 6–8
Una convergenza di fattori ecologici, economici e sociali ha portato a un marcato aumento delle introduzioni e della trasmissione di VBD in Europa negli ultimi due decenni (vedere Fig. 1). 2
Alcuni paesi, in particolare quelli del Mediterraneo (ad esempio, Francia meridionale, Italia, Spagna e Grecia), hanno segnalato un'espansione di diversi vettori importanti e/o casi autoctoni di VBD emergenti (vedere Figura S1 e Figura S2).

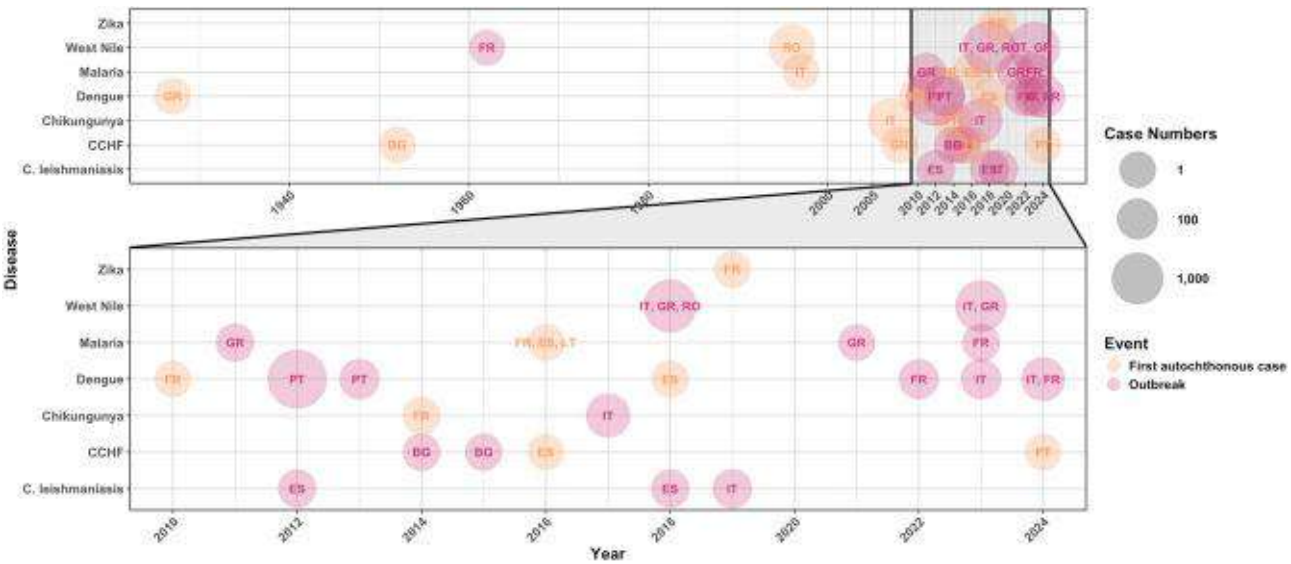


Fig. 1 Cronologia dei primi casi autoctoni e delle epidemie significative (secondo il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie) di VBD emergenti in Europa dal 1920, in base alle informazioni disponibili. I report includono solo i casi umani confermati tramite reazione a catena della polimerasi e non le prove sierologiche. Le etichette rappresentano il paese/i in cui è stato segnalato l'evento. L'epidemia di dengue portoghese (PT) del 2012 è stata in gran parte confinata all'isola di Madeira. I primi casi autoctoni di malaria si sono verificati dopo la sua eradicazione

dall'Europa negli anni '70. C. leishmaniosi: leishmaniosi cutanea, CCHF: febbre emorragica Crimea-Congo. Tutti i codici ISO2 europei sono disponibili nella Tabella S1 . Fonte: Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie.9

L'aumento del rischio di VBD è di particolare preoccupazione per la salute pubblica europea a causa di una popolazione in gran parte immunologicamente ingenua e di una mancanza di esperienza recente nel gestire le principali minacce di VBD, entrambe le quali potrebbero aumentare la morbilità e la mortalità. 10
Storicamente, l'Europa ha beneficiato di programmi di eradicazione di VBD di successo, compresi quelli mirati alla malaria e alla peste, ma questi successi hanno anche contribuito alle decisioni di distogliere i finanziamenti e l'attenzione dalla prevenzione di VBD verso altri urgenti problemi di salute pubblica.
Tuttavia, il peso globale delle malattie trasmesse dalle zanzare correlate alle specie invasive *di Aedes* sta aumentando, con costi che superano di gran lunga la cifra spesa per la prevenzione, di circa dieci a uno secondo uno studio recente. 11
Si può prevedere che il pesante tributo continuerà ad aumentare finché non si presterà maggiore attenzione alle misure di sorveglianza e controllo proattive al posto dell'approccio più reattivo attualmente adottato.

Nonostante il rischio che le VBD rappresentano per la salute pubblica, la creazione di best practice per strategie olistiche di controllo dei vettori e prevenzione delle malattie rimane una sfida globale. I paesi dell'Africa subsahariana, dell'Asia e delle Americhe sono particolarmente colpiti dalle VBD. 12
Nel tempo, la gestione di queste malattie ha portato a una vasta esperienza, creando una ricchezza di informazioni, lezioni apprese e competenze nel campo delle strategie di prevenzione, sorveglianza e controllo dei vettori e delle malattie, che potrebbero fornire lezioni preziose per la gestione dei vettori e la preparazione ai futuri rischi delle VBD in Europa.
Qui proponiamo un toolkit di interventi per gestire il rischio crescente di VBD in Europa. Copriamo cinque temi generali ed esploriamo esempi del loro utilizzo in una gamma di contesti, tra cui due casi di studio.
I temi includono la gestione clinica dei casi e dei rischi, la gestione dei vettori, l'adattamento dell'ambiente edificato, l'armonizzazione dei dati e i sistemi di allerta precoce e il coinvolgimento della comunità.
Esploriamo le sfide e le sfumature relative all'implementazione di questi strumenti in diversi contesti geografici e politici lungo uno spettro di regimi di trasmissione di malattie endemiche ed emergenti.
L'Europa è definita qui in base ai paesi membri e cooperanti dell'Agenzia europea per l'ambiente e al Regno Unito (vedere Figura S3 e Tabella S1). 13
L'obiettivo generale è aiutare i decisori politici in Europa a personalizzare le strategie di preparazione e controllo delle malattie, che possono essere implementate in modo proattivo per aumentare la resilienza contro le principali VBD emergenti in Europa (vedere Tabella 1).
Presentiamo come ciò potrebbe essere ottenuto promuovendo più partnership One Health transdisciplinari, mobilitando più settori, discipline e comunità in tutta la società per lavorare insieme all'interfaccia della salute uomo-animale-ambiente.

Kit di strumenti di invenzione per resistere all'emergere del VBD in Europa
Per rafforzare la resilienza alle minacce emergenti di VBD, l'Europa può imparare dalle regioni endemiche a più livelli (vale a dire, comunità, municipalità, nazionale e regionale), adottando progressi in tecnologia, infrastrutture, pratiche cliniche e soluzioni innovative.
Le risorse e i finanziamenti sono spesso limitati, con priorità urgenti e mutevoli a tutti i livelli, dai governi e dalle ONG agli scienziati, ai professionisti medici e al pubblico.
Attualmente, le aree promettenti per un immediato ampliamento includono un migliore monitoraggio delle malattie infettive emergenti, dall'introduzione alle epidemie, e una sorveglianza estesa dei dati asintomatici e sierologici. Sono necessarie una collaborazione transfrontaliera più sostenuta e un'armonizzazione dei dati e dei piani di gestione per andare avanti.
Ad esempio, l'istituzione di reti di competenze europee collegate ai paesi endemici per sviluppare strategie di assistenza clinica ottimali e una risposta e un supporto tempestivi durante le epidemie o i casi isolati. Tuttavia, riconosciamo le sfide con il networking interpersonale, inclusi vincoli finanziari, logistici e di tempo.
Inoltre, c'è una perdita di competenze individuali in scienza e politica poiché i professionisti si spostano verso altri campi e una mancanza sistemica di conoscenze indigene e locali, molte delle quali non sono state

incorporate e integrate in strutture consolidate. L'apprendimento continuo è essenziale per perfezionare strategie di controllo e gestione VBD mirate e appropriate a diversi livelli e dimostrare ai decisori politici la necessità di agire in modo proattivo contro queste minacce emergenti.
La Tabella 2 riassume gli interventi chiave discussi in questa Personal View e le potenziali sfide per raggiungere questi obiettivi in futuro in Europa.

Conclusione
Integrando diverse prospettive da varie regioni geografiche, discipline e aree di competenza, abbiamo sviluppato un kit di strumenti di intervento che fornisce una gamma di approcci per strategie di preparazione e controllo mirate alle malattie trasmesse da vettori emergenti (VBD) in Europa.
Questo kit di strumenti evidenzia la necessità di partnership collaborative tra regioni emergenti ed endemiche. T
uttavia, l'implementazione di interventi in diverse aree geografiche è spesso difficile a causa di differenze di cultura, economia, clima, natura e biodiversità, leggi e altri fattori di rischio. In questo lavoro forniamo esempi di sforzi di condivisione delle conoscenze tra paesi e identifichiamo potenziali barriere logistiche che potrebbero sorgere.
Nonostante queste sfide, molte delle partnership e degli interventi discussi qui hanno dimostrato progressi nel controllo e nella prevenzione di vettori e malattie e mentre gli interventi inclusi rappresentano l'esperienza del nostro gruppo di ricerca, molti altri esistono e agiscono in sinergia per raggiungere questo obiettivo comune.
Ci auguriamo che la presentazione di questi sforzi collaborativi incoraggi più partnership di condivisione delle conoscenze tra paesi endemici e emergenti VBD, riducendo l'onere delle VBD non solo in Europa ma a livello globale.

https://www.thelancet.com/journals/lanepe/article/PIIS2666-7762(25)00063-8/fulltext



La plastica è ovunque, persino nell'aria che respiriamo. I ricercatori stanno scoprendo microplastiche (<5 mm) e nanoplastiche (<1 µm), non solo nell'ambiente che ci circonda, ma anche negli organi interni di animali ed esseri umani. Secondo i ricercatori intervistati da *The Lancet Respiratory Medicine* , la produzione e i rifiuti di plastica a livello globale sono destinati a triplicare rispettivamente entro il 2050 e il 2060. Si prevede che l'impatto ambientale e sulla salute pubblica delle microplastiche aumenterà rapidamente.
La frammentazione della plastica dovuta all'esposizione ai raggi UV, all'abrasione meccanica, come l'usura degli pneumatici delle automobili, e all'azione degli agenti atmosferici, porta alla continua generazione di microplastiche, che si infiltrano negli ecosistemi e negli esseri viventi senza mezzi efficaci per la rimozione su larga scala.
"È molto probabile che storicamente, come popolazione, siamo stati esposti alle microplastiche fin da quando la plastica è stata prodotta e utilizzata in massa, ma è solo ora che la comunità scientifica sta iniziando a

quantificare la portata dell'esposizione", afferma Stephanie Wright (School of Public Health, Imperial College London, Londra, Regno Unito). Per Joana Correia Prata (University Institute of Health Sciences [CESPU], Gandra, Portogallo), le microplastiche sono praticamente ovunque.
"È quasi impossibile evitarle, perché l'aria le trasporta ovunque", spiega. Queste particelle sono altamente mobili e possono attraversare i continenti attraverso le correnti atmosferiche. Flemming Cassee (National Institute for Public Health and the Environment, Utrecht University, Utrecht, Paesi Bassi) condivide questa preoccupazione. “Le fonti interne, come i tessuti sintetici, potrebbero essere altrettanto significative dell'inquinamento esterno dovuto all'usura degli pneumatici.”
Le microplastiche presenti nell'aria non esistono in modo isolato: possono legarsi a inquinanti come particelle di combustione, metalli pesanti e agenti patogeni, aggravandone i potenziali effetti sulla salute se inalati.
"L'inquinamento da plastica è già un problema allarmante per l'ambiente", afferma Emma Kasteel (Università di Utrecht, Utrecht, Paesi Bassi), aggiungendo, "ma stiamo ancora valutando se sia altrettanto allarmante per la salute umana".
La crescente identificazione della presenza di microplastiche nel corpo umano ha suscitato preoccupazioni circa le loro potenziali implicazioni per la salute.
Ad esempio, un recente studio pubblicato su *Nature Medicine* ha dimostrato la presenza di microplastiche nel cervello umano. Studi simili hanno confermato la presenza di microplastiche nei polmoni, nella placenta e nel sangue umani, sollevando allarme sul loro possibile ruolo nell'infiammazione cronica e nello sviluppo di malattie.
"Sono stati misurati materiali correlati al particolato in tutte le parti del corpo, proprio come le microplastiche, inclusa la placenta, che è molto lontana dall'esposizione attraverso l'alimentazione, l'assunzione di bevande o la respirazione", afferma Tracey Woodruff (Università della California, San Francisco, CA, USA). "Le microplastiche fanno parte dell'inquinamento da particolato e sappiamo già che il $PM_{2,5}$ aumenta il rischio di malattie polmonari".
Nick Chartres (Università di Sydney, Sydney, Nuovo Galles del Sud, Australia) sottolinea la crescente evidenza dell'accumulo di microplastiche nei tessuti umani. "Stiamo assistendo a un bioaccumulo in luoghi che non ci saremmo mai aspettati". I ricercatori hanno dimostrato che le microplastiche nel corpo umano – nell'apparato respiratorio o altrove – aumentano i livelli di citochine pro-infiammatorie. Questo porta a un'infiammazione cronica, che è stata associata al rischio di cancro, ha spiegato Chartres.
Tuttavia, l'esposizione respiratoria alle microplastiche rimane un'area di ricerca inesplorata e le sue implicazioni potrebbero essere profonde. Studi sul campo hanno identificato microplastiche nel tessuto polmonare, in particolare tra gli individui con esposizione professionale a fibre di plastica e polvere sintetica. "Se le particelle persistono negli alveoli, l'organismo fatica a rimuoverle, il che può portare a danni a lungo termine", spiega Cassee. La deposizione rispecchia quella del PM2,5 , che è stata collegata a malattie respiratorie croniche come asma, BPCO e fibrosi polmonare.
Wright approfondisce ulteriormente i rischi, affermando: "L'inalazione di alti livelli di polvere di plastica respirabile può causare infiammazione cronica e, nei casi peggiori, fibrosi polmonare idiopatica". Sebbene questi effetti siano stati osservati in contesti industriali, l'entità dell'impatto di un'esposizione inferiore e prolungata sulla popolazione generale rimane sconosciuta. Secondo Prata, "è stato riscontrato che gli individui in contesti industriali con elevata esposizione a microplastiche aerodisperse soffrono di malattie polmonari, difficoltà respiratorie e infiammazione. Tuttavia, gli studi attuali sull'uomo mostrano solo associazioni e un nesso causale diretto non è ancora stato stabilito con certezza".
La sfida nella valutazione dei rischi respiratori risiede nella variabilità delle particelle di microplastica. "Ogni particella di plastica è unica, il che rende la valutazione della loro tossicità in condizioni naturali molto più complessa rispetto ai tradizionali inquinanti atmosferici", osserva Cassee.
Questa complessità ostacola gli sforzi per sviluppare limiti di esposizione standardizzati e linee guida sulla qualità dell'aria. "Non sappiamo se le microplastiche che studiamo in laboratorio si comportino come quelle esposte nel mondo reale", afferma.
I ricercatori hanno anche dimostrato che le microplastiche trasportano sostanze chimiche nocive, tra cui interferenti endocrini e cancerogeni, aggravando le preoccupazioni sul loro impatto biologico. "La diversità chimica delle microplastiche implica che la loro tossicità dipenda dal tipo di polimero, dagli additivi e dai prodotti di degradazione, rendendo complessa la valutazione del rischio", spiega Wright. Mentre l'ingresso

attraverso la pelle, il cibo o le bevande sono potenziali vie di esposizione alle microplastiche, l'inalazione è particolarmente preoccupante a causa dell'interazione diretta delle particelle inalate con i tessuti respiratori. Ciò solleva interrogativi cruciali sul fatto che l'esposizione cronica a bassi livelli di microplastiche aerodisperse contribuisca all'infiammazione sistemica, ai disturbi metabolici o al cancro.
"C'è stato un aumento dei tumori polmonari che non può essere attribuito al fumo", avverte Woodruff. "Non sappiamo in che misura le microplastiche contribuiscano a questo aumento [insieme ad altri fattori come l'inquinamento atmosferico], ma è certamente preoccupante se continuiamo con questo aumento della produzione di plastica".
In assenza di studi epidemiologici su larga scala o a lungo termine ancora pubblicati, i ricercatori faticano a trarre conclusioni definitive sull'importanza del rischio di esposizione quotidiana.
"Non sappiamo quanto sia importante l'esposizione quotidiana, ma, alla luce di quanto osservato in contesti industriali, abbiamo buone ragioni per essere preoccupati", afferma Chartres. Finché tali studi non saranno condotti, i ricercatori dovranno affidarsi ad approcci precauzionali, sottolineando la necessità di migliori sistemi di monitoraggio e di investimenti nella ricerca a lungo termine.
La mancanza di tecnologie accessibili e standardizzate per rilevare e analizzare le microplastiche aerodisperse rappresenta un ostacolo fondamentale per la ricerca.
Molti studi si basano ancora su metodologie analitiche, che potrebbero non essere del tutto adatte a rilevare particelle di plastica in intervalli dimensionali rilevanti per la salute.
"Gli attuali metodi analitici si concentrano su particelle di plastica più grandi, potenzialmente trascurando le nanoplastiche che potrebbero penetrare in profondità nei polmoni", spiega Wright.
L'incapacità di tracciare accuratamente le nanoplastiche è preoccupante, poiché queste sono sufficientemente piccole da attraversare le barriere biologiche ed entrare nel flusso sanguigno.
Inoltre, la ricerca si è concentrata principalmente sull'ingestione, con molti meno studi dedicati all'inalazione.
"I sistemi di monitoraggio dell'inquinamento atmosferico non sono progettati per misurare le microplastiche, il che significa che i dati sull'esposizione sono limitati", spiega Cassee. Ciò si traduce in un grave punto cieco nelle valutazioni della qualità dell'aria, poiché gli enti regolatori non includono ancora le microplastiche nei protocolli di monitoraggio ufficiali.
Un altro limite importante è l'affidamento a modelli animali, che potrebbero non cogliere appieno le complessità dell'esposizione umana. Gran parte della ricerca esistente si basa su microsfere sintetiche di microplastica piuttosto che sulla plastica frammentata e alterata che le persone effettivamente inalano in contesti di vita reale.
"Questo significa che non stiamo cogliendo il quadro completo", osserva Woodruff. Sebbene gli studi su animali e colture cellulari forniscano spunti preziosi, l'assenza di studi epidemiologici a lungo termine basati sull'uomo lascia un divario significativo, non solo nella conoscenza, ma anche nella regolamentazione delle microplastiche aerodisperse.
Sebbene le microplastiche presenti in acqua e cibo abbiano ricevuto crescente attenzione da parte delle autorità regolatorie, l'assenza di limiti di esposizione riconosciuti a livello globale complica ulteriormente l'azione normativa, poiché i governi sono riluttanti a imporre restrizioni in assenza di dati sanitari concreti derivanti da studi a lungo termine.
Sebbene le autorità sanitarie pubbliche come l'OMS riconoscano i potenziali rischi per la salute derivanti dalle microplastiche, i rapporti del 2019 e del 2022 sulle microplastiche si astengono dall'emanare linee guida rigorose, concentrandosi invece sulla mitigazione dell'inquinamento da plastica a livello di produzione.
Nessuno di questi rapporti ha considerato le microplastiche inalabili o respirabili come un problema sanitario allarmante. Considerate le dimensioni di queste plastiche, né le microplastiche né le nanoplastiche sono attualmente classificate nelle categorie di particolato di interesse dell'OMS.
Per Woodruff, questa svista è preoccupante. "Ritardare gli interventi in attesa di dati precisi potrebbe avere gravi conseguenze, soprattutto dato l'aumento dei tassi di cancro inspiegabili e delle malattie croniche che potrebbero essere collegate agli inquinanti ambientali", afferma.
"Abbiamo bisogno che l'OMS e le autorità di regolamentazione trattino le microplastiche aerodisperse come fanno con il PM2,5 ", aggiunge Chartres.
L'UE ha compiuto alcuni progressi nella limitazione delle microplastiche aggiunte intenzionalmente, ma ciò non affronta il problema delle enormi quantità di plastica rilasciate nell'aria da tessuti, imballaggi e usura

degli pneumatici. "Le politiche dovrebbero concentrarsi innanzitutto sulla prevenzione della dispersione della plastica nell'ambiente", afferma Kasteel.
"Oltre a impedire che la plastica raggiunga il nostro ambiente di vita, le plastiche di nuova concezione dovrebbero essere biodegradabili o facili da riutilizzare o riciclare", aggiunge Cassee. In molte parti del mondo, la regolamentazione della plastica si concentra ancora sulla gestione dei rifiuti piuttosto che sull'esposizione umana. "Il solo riciclaggio non risolverà questo problema", afferma Woodruff.
"Dobbiamo chiudere il rubinetto dei rifiuti di plastica". Tuttavia, la resistenza dell'industria e le preoccupazioni economiche spesso rallentano l'adozione di politiche più severe o di materiali alternativi.
Gli esperti con cui abbiamo parlato chiedono una risposta internazionale urgente e coordinata. "L'OMS non può far rispettare le normative, ma può stabilire linee guida raccomandate, in modo che ogni Paese, ogni persona, riceva lo stesso livello di protezione", sottolinea Prata. Senza tali linee guida, le microplastiche continueranno a essere sottoregolamentate, lasciando le popolazioni vulnerabili a effetti sulla salute a lungo termine sconosciuti, avvertono gli esperti.
"Non si tratta di aspettare lo studio perfetto, ma di agire prima che il problema diventi ancora più grave", afferma Woodruff. I prossimi passi dovrebbero includere l'integrazione delle microplastiche nelle normative esistenti sull'inquinamento atmosferico, lo sviluppo di quadri di monitoraggio e la responsabilizzazione delle industrie sulle emissioni di plastica.
"Sebbene questo sia attualmente un argomento preoccupante, abbiamo bisogno di maggiori investimenti nel monitoraggio e negli studi sull'esposizione prima di poter valutare i rischi reali", afferma Kasteel. "Non si tratta di allarmismo, ma di raccogliere i dati corretti in modo da poter prendere decisioni informate prima che sia troppo tardi".

https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(25)00086-4/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email



I progressi sostenibili nella salute polmonare in un clima che cambia sono stati il tema del convegno annuale del TSANZSRS tenutosi ad Adelaide, in Australia, nel marzo 2025. Questo tema è di grande attualità, poiché i principali eventi climatici si verificano con frequenza e gravità crescenti.
In Australia, gli incendi boschivi sono motivo di preoccupazione, come dimostra la catastrofica stagione degli incendi boschivi del 2019-20, in cui sono andati in fumo oltre 12 milioni di ettari di foreste e terreni boschivi. Diversi miliardi di animali e oltre 30 persone sono morte, e molte altre sono state colpite, alcune in modo fatale, dagli effetti collaterali del fumo.

Si stima che circa la metà della popolazione australiana sia stata esposta al fumo, con indici di qualità dell'aria nella capitale, Canberra, documentati come i peggiori tra le città del mondo nel gennaio 2020.
Gli incendi del 2019-20, come quelli in California all'inizio di quest'anno, si sono verificati a causa di condizioni climatiche favorevoli. Entrambi gli eventi hanno seguito estati estremamente secche, con umidità superficiale del suolo e velocità del vento, nonché topografia del territorio, che hanno contribuito alla propagazione dell'incendio.
Sono state pubblicate molte prospettive sulle lezioni apprese dagli incendi australiani, incentrate sui futuri piani di preparazione, affrontando lo sfollamento della popolazione, gli alloggi, la perdita di biodiversità e gli effetti sulla salute respiratoria e mentale.
Le politiche statali e governative sono state riviste e aggiornate; ad esempio, lo stato di Victoria ha pubblicato una strategia per la qualità dell'aria 2022 e un piano d'azione strategico per la gestione delle emergenze 2023-26 , che includevano raccomandazioni per mitigare l'esposizione all'inquinamento atmosferico in generale e a seguito di incendi boschivi; la mitigazione è particolarmente pertinente per le popolazioni vulnerabili come quelle con patologie respiratorie e gli anziani o i bambini.
Le raccomandazioni includevano l'incoraggiamento delle persone a monitorare quotidianamente i livelli di inquinamento atmosferico, utilizzando siti web come EPA AirWatch , e a rimanere in casa quando i livelli di PM2,5 $_{sono}$ elevati.
Una strategia di mitigazione, volta a ridurre il rischio di incendi in sé, è la combustione controllata del terreno , che ironicamente, a breve termine, può aumentare l'inquinamento; pertanto, è necessaria un'attenta pianificazione per controllare l'emissione di questi incendi e bilanciare l'uso di questa strategia con il rischio di gravi incendi boschivi incontrollati. A questo proposito, si stanno imparando lezioni dalle pratiche tradizionali di combustione dei popoli delle Prime Nazioni.
Nonostante la ricchezza di dati e la discussione che segue gli eventi ambientali, la maggior parte degli studi che ne valutano gli effetti sulla salute respiratoria ha misurato i risultati acuti e a breve termine attraverso indagini trasversali o analisi retrospettive di database basati sulla popolazione.
Vi è una scarsità di dati che misurino gli effetti a medio e lungo termine, non da ultimo a causa delle difficoltà nella conduzione di questi studi, che possono includere i costi e la necessità di essere agili nell'impostare rapidamente gli studi con misure longitudinali e gruppi di controllo appropriati.
Anche il confondimento residuo può rappresentare un problema nella districazione dei singoli fattori di rischio (ad esempio, distinguendo l'effetto del fumo degli incendi boschivi dagli effetti di altri fattori ambientali e sociali), e può essere difficile dimostrare un nesso causale.
Tuttavia, questi dati a lungo termine sono importanti e, secondo la professoressa associata Caroline Lodge (Università di Melbourne, VIC, Australia), che sta esaminando i danni a lungo termine e cumulativi del fumo degli incendi boschivi sull'apparato respiratorio, sono necessari per sviluppare campagne di salute pubblica forti ed efficaci: "I rischi saranno presi più seriamente e le linee guida fornite durante i periodi in cui le comunità sono avvolte dal fumo per settimane intere saranno meglio supportate e avranno più peso".
L'incendio della miniera di Hazelwood del 2014, in cui gli abitanti di Morwell, nel Victoria, in Australia, sono stati esposti al particolato per circa 6 settimane, offre una di queste opportunità.
Nicolette Holt e colleghi hanno pubblicato dati longitudinali relativi a coloro che erano stati esposti al momento dell'incendio, confrontati con un gruppo di controllo non esposto, in cui gli autori hanno valutato i livelli di PM2,5 $_{in}$ relazione agli esiti della funzionalità polmonare a circa 4 e 8 anni dall'esposizione.
I loro risultati suggeriscono un certo recupero della funzionalità polmonare nel tempo, dimostrando l'importanza delle misurazioni longitudinali per orientare le future politiche sanitarie.
Il concetto di "One Health" ha acquisito slancio negli ultimi anni, poiché la popolazione globale ha riconosciuto l'interconnessione tra la salute umana, animale e ambientale. Ciò è chiaramente dimostrato dall'aumento degli eventi climatici globali.
Dobbiamo colmare la lacuna nella comprensione degli effetti a lungo termine degli eventi climatici sulla salute polmonare per soddisfare il tema del TSANZSRS per progressi sostenibili, nonché per informare appieno le future politiche sanitarie, garantendo che tutti i soggetti a rischio siano gestiti in modo appropriato.

https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(25)00133-X/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email



Riepilogo

Il cambiamento climatico antropogenico, che provoca un continuo aumento della temperatura globale, ha effetti negativi sulla salute umana, in particolare tra le popolazioni vulnerabili, come le persone a basso reddito, gli anziani e le persone con patologie preesistenti. Per ridurre le conseguenze sulla salute legate al caldo, è fondamentale adottare interventi efficaci rivolti ai membri della comunità, in particolare alle popolazioni vulnerabili.

Questa revisione sistematica mira a identificare e valutare l'efficacia degli interventi comportamentali di adattamento al caldo basati sulla comunità, volti a migliorare la consapevolezza del caldo, promuovere comportamenti adattivi e migliorare i risultati sanitari in un contesto di aumento delle temperature globali.

In questa revisione sistematica, articoli in lingua inglese sottoposti a revisione paritaria e incentrati su studi di intervento di adattamento al caldo basati sulla comunità, pubblicati su PubMed, MEDLINE tramite Ovid, Embase, CINAHL, Scopus e Web of Science dall'inizio del database al 1° gennaio 2024, sono stati recuperati e riportati secondo le linee guida PRISMA 2020.

La qualità degli articoli è stata valutata utilizzando uno strumento di valutazione a metodi misti. L'analisi ha sintetizzato l'efficacia dell'intervento in molteplici ambiti di esito misurabili sia a livello individuale che familiare, ha identificato i fattori chiave che influenzano il successo dell'implementazione e ha evidenziato aree per la ricerca futura.

La ricerca iniziale ha prodotto 1266 articoli, di cui dieci sono stati infine inclusi. La maggior parte degli studi inclusi (n=7) proveniva da paesi ad alto reddito. La maggior parte dei moduli di intervento si concentrava su misure preventive durante l'esposizione al calore, mentre solo pochi affrontavano informazioni sui meccanismi delle malattie, sui fattori di rischio e sul monitoraggio dei cambiamenti ambientali.

Sebbene la maggior parte degli studi abbia riportato miglioramenti significativi nella consapevolezza del calore e una riduzione dei sintomi correlati al calore, le evidenze di cambiamenti comportamentali e risultati sulla salute erano contrastanti.

La nostra revisione rivela carenze metodologiche, poiché nessuno degli studi inclusi ha incorporato quadri di riferimento per la consapevolezza del calore, teoria comportamentale o approcci partecipativi per includere il contributo della comunità durante l'intera ricerca. I nostri risultati evidenziano la necessità di un approccio completo che integri quadri di riferimento per migliorare l'efficacia dell'intervento e la resilienza della salute pubblica in un contesto di aumento delle temperature globali.

Interventi guidati dalla comunità, culturalmente appropriati, e l'integrazione di strumenti digitali rappresentano strade promettenti per aumentare l'adozione degli interventi. Questo studio è registrato presso PROSPERO (CRD42024514188).

Introduzione

La ricerca ha dimostrato una sostanziale associazione tra temperature elevate e conseguenze negative sulla salute, con un aumento della temperatura di 1°C correlato a un aumento del 18% della morbilità e a un aumento del 35% della mortalità. 1,2 Il rischio di mortalità associato al caldo era molto più elevato tra le popolazioni rurali, in particolare nei paesi a basso e medio reddito (LMIC), rispetto alle popolazioni dei paesi ad alto reddito (HIC).

Questa differenza può essere attribuita alla scarsa capacità di adattamento, al basso status socioeconomico, a infrastrutture insufficienti, a una maggiore vulnerabilità e all'onere sui sistemi sanitari nei paesi a basso reddito. 3

L'esposizione a temperature ambientali elevate potrebbe portare a cambiamenti fisiologici, come aumento della temperatura corporea centrale e della frequenza cardiaca, disidratazione, riduzione del volume dei fluidi corporei, attivazione del sistema nervoso simpatico, attivazione dei leucociti e delle cellule endoteliali e ipercoagulabilità. 4
Questi cambiamenti fisiologici esporranno ulteriormente i sottogruppi vulnerabili al rischio di malattie legate al caldo (ad esempio, anziani, in particolare quelli con declino cognitivo, neonati, bambini, donne in gravidanza, individui con comorbilità e popolazioni di basso status socioeconomico). Gli individui che non sono in grado di adattarsi ai cambiamenti improvvisi imposti dallo stress termico ambientale possono essere particolarmente colpiti. 4
Per mitigare gli effetti del caldo estremo sulla salute, l'OMS e le agenzie delle Nazioni Unite raccomandano misure strutturali, come tetti freddi, edifici verdi e spazi verdi, insieme a strategie di salute pubblica che includono lo sviluppo di piani d'azione per il caldo, protocolli di allerta, il potenziamento dei sistemi di sorveglianza per la morbilità e la mortalità legate al caldo, l'aggiornamento dei piani di risposta alle emergenze per le strutture sanitarie e l'organizzazione di campagne educative per promuovere l'adattamento comportamentale al caldo. 5
La maggior parte delle misure di intervento si è concentrata su piani d'azione per il caldo a livello di popolazione, 6 con scarsa attenzione ai livelli individuali e familiari. 7,8
Le iniziative di adattamento al caldo dovrebbero essere sviluppate da una prospettiva locale basata sulla comunità, 9 riconoscendo che le caratteristiche geografiche, climatiche, culturali e socioeconomiche di ciascuna area influenzano sostanzialmente le sue strategie di adattamento. 10 Pertanto, la ricerca basata sulla comunità offre un quadro per un equo coinvolgimento di membri della comunità, ricercatori e parti interessate, 11 consentendo loro di collaborare sui bisogni identificati dalla comunità ed esplorare soluzioni significative e pratiche. 12
Come parte di questo approccio, la ricerca guidata dalla comunità si riferisce a iniziative guidate da membri della comunità che identificano attivamente i propri bisogni e partecipano al processo di ricerca, utilizzando le proprie conoscenze locali per proporre soluzioni. 13
Di conseguenza, l'adattamento al caldo basato sulla comunità (CBHA) è fondamentale, poiché unisce membri della comunità, ricercatori e stakeholder in specifiche aree geografiche per sviluppare strategie localizzate per mitigare gli effetti del caldo estremo sulla salute. In questo modo, il CBHA consente alle comunità di prepararsi e affrontare le sfide del caldo e ne migliora la resilienza complessiva. 14
Tuttavia, le prove sull'efficacia degli interventi basati sulla comunità rimangono insufficienti. 6,7,15 Inoltre, la consapevolezza del caldo potrebbe non tradursi necessariamente in comportamenti adattivi, principalmente a causa di fattori tra cui la bassa vulnerabilità percepita, la scarsa conoscenza delle azioni appropriate, 15 e il fatto che i gruppi vulnerabili, inclusi gli anziani e le persone senza fissa dimora, sono spesso raggiunti in modo inadeguato da tali sforzi. 16
La ricerca sottolinea la maggiore vulnerabilità dei gruppi con basso status socioeconomico al caldo estremo a causa di alloggi inadeguati, accesso limitato all'assistenza sanitaria e infrastrutture di raffreddamento insufficienti. 17
Interventi basati sulla comunità che si concentrano sulla consapevolezza del caldo attraverso la promozione di strategie accessibili, come il monitoraggio meteorologico, il riconoscimento dei sintomi e dei fattori di rischio correlati al caldo e l'utilizzo di tecniche di raffreddamento personale a basso costo e accessibili, rappresentano una strada promettente per responsabilizzare le persone e mitigare gli effetti negativi sulla salute del caldo estremo. 17
Il monitoraggio meteorologico, come parte degli avvisi di allerta per il caldo, ha mostrato risultati promettenti nella riduzione del rischio di mortalità correlato al caldo, in particolare nelle comunità vulnerabili. 18
I risultati preliminari di un intervento educativo che promuove strategie di raffreddamento personale indicano un miglioramento delle conoscenze e delle pratiche durante l'esposizione al caldo estremo, che ha portato a una riduzione dei ricoveri ospedalieri nelle comunità urbane a basso reddito. 19
Pertanto, le misure di intervento volte ad aumentare la consapevolezza del caldo possono essere efficaci anche in contesti a basso reddito con elevata vulnerabilità ambientale. Tuttavia, sono necessarie ulteriori ricerche per identificare metodi di istruzione e erogazione efficaci che garantiscano il successo degli interventi tra le popolazioni target.

I precedenti piani d'azione per il caldo includevano campagne di comunicazione di allerta calore, 20,21 distribuzione di risorse (ad esempio, fornitura di ventilatori, acqua o unità di aria condizionata alle popolazioni a rischio), 7,22 visite domiciliari agli anziani, 16 e programmi di sorveglianza attiva. 21,23 T uttavia, le prove conclusive sull'efficacia degli interventi precedenti rimangono insufficienti. 6 Ciononostante, questi sforzi differiscono dagli interventi basati sulla comunità, poiché le iniziative precedenti (ad esempio, piani d'azione per il caldo e sistemi di allerta e risposta al caldo) erano generalmente di tipo top-down e guidate da governi locali o autorità sanitarie, con scarso o nessun contributo da parte dei membri della comunità. Inoltre, i piani d'azione per il caldo richiedono spesso ingenti investimenti finanziari, rendendo la loro attuazione potenzialmente irrealizzabile in contesti con risorse limitate.
Pertanto, per ridurre i rischi per la salute derivanti dall'aumento delle temperature, è essenziale implementare non solo piani d'azione per il caldo a livello di popolazione, ma anche strategie di adattamento basate sulla comunità che promuovano l'empowerment della comunità e stimolino il cambiamento comportamentale individuale attraverso una migliore alfabetizzazione al caldo.
Per rispondere alla necessità di interventi efficaci basati sulla comunità che migliorino la consapevolezza del caldo, l'adattamento comportamentale e i risultati sanitari, questa revisione sistematica mira a: identificare e valutare gli interventi comportamentali CBHA; analizzare i tipi, i contenuti e le strategie di erogazione di questi interventi; valutare l'efficacia delle strategie nel migliorare la consapevolezza del caldo, l'adattamento comportamentale, la qualità della vita e i risultati sanitari a livello individuale; e identificare le lacune nella ricerca per orientare lo sviluppo e l'implementazione futuri di tali interventi.
……..

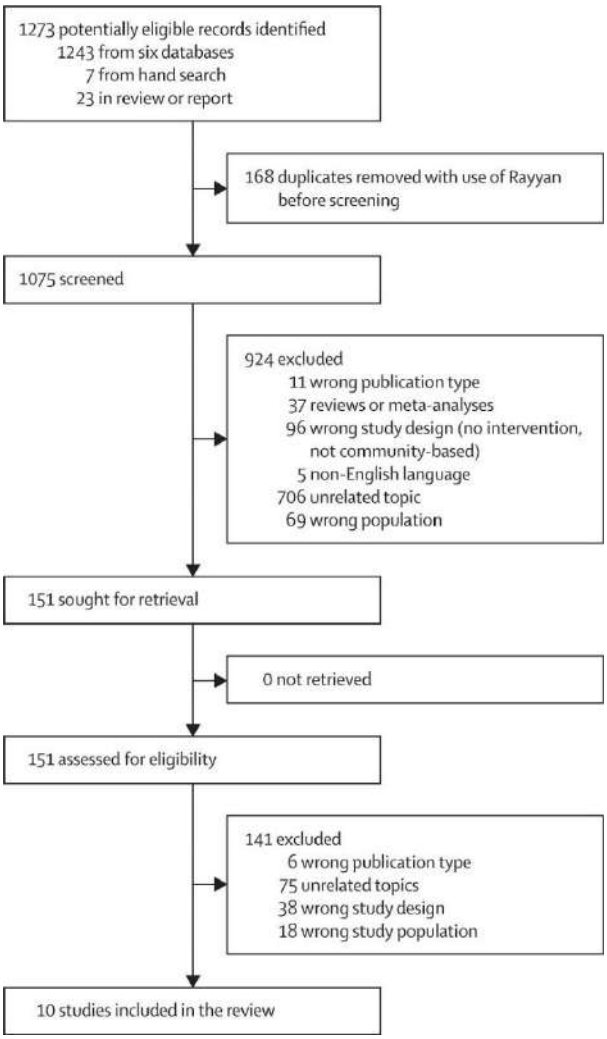


Figura 1 Diagramma di flusso PRISMA

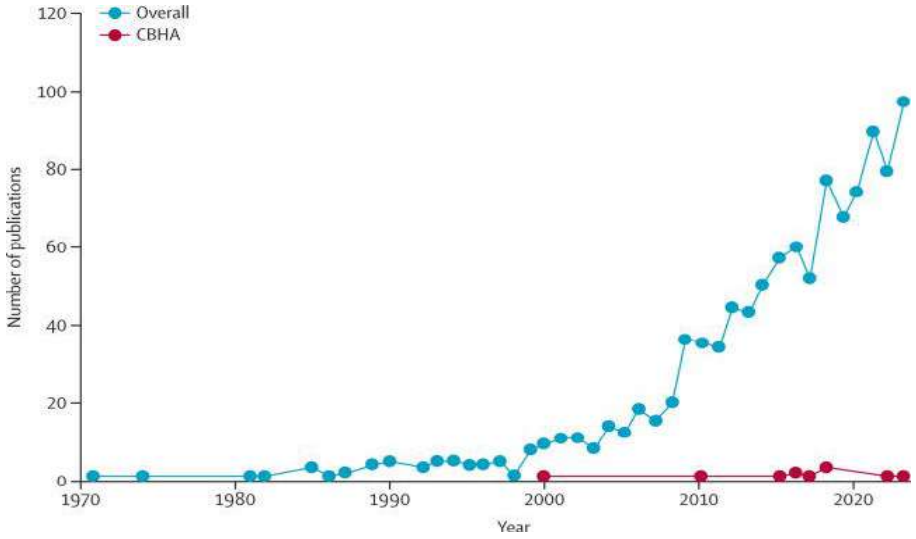


Figura 2 Variazioni annuali del numero di pubblicazioni

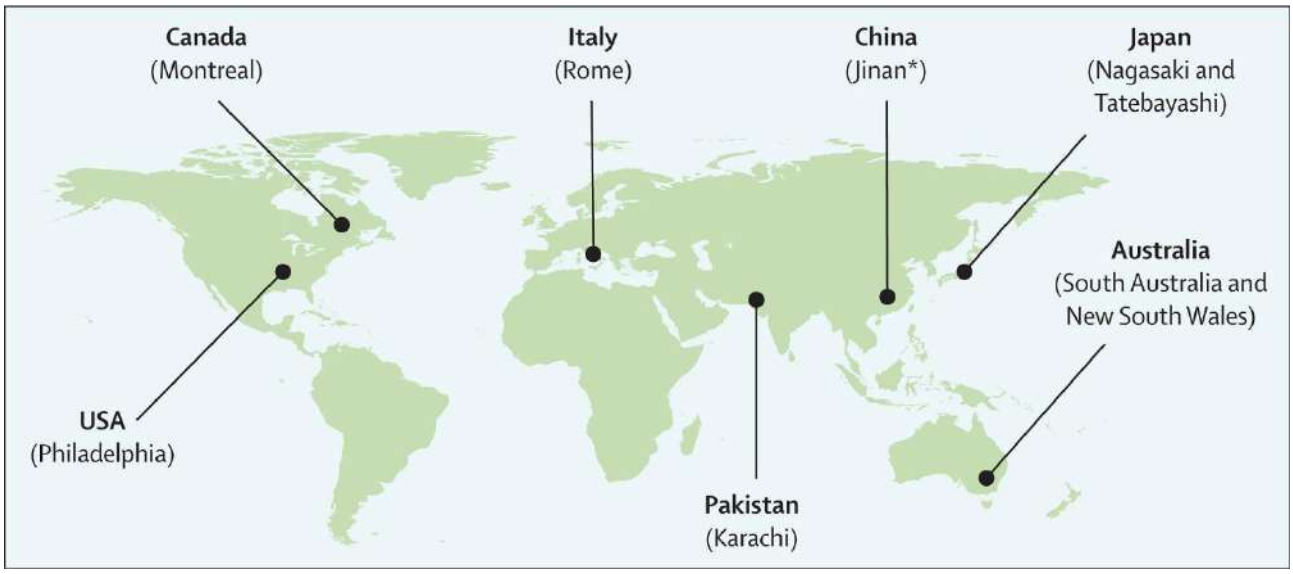


Figura 3 Ubicazione degli studi inclusi

Discussione

Questa revisione sistematica ha identificato studi che valutano l'efficacia degli interventi comportamentali CBHA volti a migliorare la consapevolezza del caldo, gli esiti clinici e sanitari e i comportamenti di adattamento al caldo a livello familiare e individuale.

La nostra revisione evidenzia che gli studi basati sulla comunità mostrano efficacia, in particolare per quanto riguarda la consapevolezza del caldo, l'adattamento comportamentale e gli esiti sanitari, nonostante la maggior parte dei moduli si concentri principalmente su misure preventive durante la stagione calda.

Questa revisione ha identificato alcuni studi (n=10) che valutano gli interventi di CBHA. La maggior parte di questi studi è stata condotta in Paesi ad Alto Reddito (HIC) ed era rivolta alle popolazioni più anziane. Il basso numero di studi provenienti da Paesi a Basso Reddito (LMIC) limita la generalizzabilità dei risultati a queste regioni, dove le sfide legate al caldo potrebbero essere più gravi.

Sebbene le revisioni precedenti si concentrassero su piani d'azione per il caldo a livello di popolazione7,15, la nostra revisione ha identificato specificamente studi implementati a livello di comunità e rivolti a individui e famiglie. Inoltre, la nostra revisione ha individuato il problema dell'eterogeneità degli interventi, che rende difficile generalizzare i risultati nei diversi contesti.

La maggior parte degli studi inclusi in questa revisione potrebbe non tenere pienamente conto delle caratteristiche e delle esigenze specifiche delle comunità locali, il che può comportare l'implementazione di interventi meno efficaci o meno pertinenti che spesso non affrontano specifiche sfide locali. 34
Un'eccezione degna di nota è uno studio di Razzak e colleghi 19 che ha cercato di adattare il suo intervento alle esigenze della comunità. In questo studio randomizzato a cluster e basato sulla comunità, condotto in una comunità urbana a basso reddito in Pakistan, l'intervento è stato inizialmente sviluppato da gruppi di esperti e stakeholder chiave. L'intervento è stato poi testato in uno studio pilota per raccogliere il feedback dei partecipanti. Sulla base della risposta della comunità, le consuete raccomandazioni sull'aria condizionata e sui bagni eccessivi sono state escluse dalle linee guida per l'adattamento al caldo a causa dell'insufficiente accesso all'elettricità e all'acqua nella zona. 19,34
L'intervento educativo CBHA, culturalmente sensibile, ha migliorato con successo le conoscenze e le pratiche relative alle malattie legate al caldo e ha portato a una riduzione del 38% delle visite ospedaliere entro un anno per il gruppo di intervento rispetto al gruppo di controllo. 19
Inoltre, alcuni studi hanno sviluppato e valutato l'efficacia di programmi di intervento specifici per età per gli anziani a rischio di malattie legate al caldo. Questi interventi includevano la fornitura non solo di materiali didattici culturalmente sensibili, ma anche di risorse su misura per le esigenze specifiche legate all'età di questo gruppo. 28,29,33
Questo approccio sottolinea l'importanza di comprendere le esigenze e le sfide locali, il che facilita l'implementazione di interventi che affrontano problemi specifici della comunità invece di applicare soluzioni generiche.
Precedenti ricerche sull'adattamento al caldo si sono concentrate principalmente su piani d'azione per il caldo e campagne di educazione sanitaria. 6,7 I
piani d'azione per il caldo solitamente utilizzano strategie ampie e sistematiche che danno priorità a sistemi di monitoraggio e campagne educative mirate a misure preventive generali da parte delle autorità sanitarie pubbliche, con valutazioni basate su dati aggregati di mortalità. Al contrario, gli interventi educativi basati sulla comunità si concentrano sul coinvolgimento locale, offrendo risorse e informazioni culturalmente personalizzate, progettate per migliorare le conoscenze individuali e i comportamenti adattivi relativi alla prevenzione delle malattie legate al caldo.
In questo contesto, numerosi studi hanno esplorato la vulnerabilità e la resilienza della comunità agli effetti sulla salute correlati al caldo, offrendo raccomandazioni chiave per interventi comportamentali educativi sulla salute legati al caldo.
Ad esempio, Lusambili e colleghi 35 hanno condotto un workshop di co-progettazione con madri in gravidanza e nel post-partum in Kenya per sviluppare strategie di mitigazione del caldo. I ricercatori hanno identificato pratiche socioculturali dannose, come l'aspettativa che le madri lavorino subito dopo il parto e l'eccessiva stratificazione di indumenti sui neonati durante le ondate di calore. 35
Anche altre ricerche qualitative condotte in diverse comunità hanno fornito raccomandazioni per strategie di CBHA, in linea con le raccomandazioni di intervento degli studi inclusi in questa revisione, come le strategie di raffreddamento per le pratiche sia all'aperto che al chiuso. 36–39 Pasquini e colleghi 36 hanno scoperto che i residenti di insediamenti informali avevano scarsa conoscenza degli effetti del caldo sulla salute e faticavano a interpretare la temperatura, il che potrebbe aver limitato la loro capacità di adattamento.
Inoltre, la povertà, l'accesso inadeguato all'acqua pulita e lo scarso controllo sulle condizioni di vita e di lavoro hanno ulteriormente ostacolato la capacità delle persone di adottare comportamenti adattivi efficaci. 36
Inoltre, gli interventi implementati finora non sono stati sufficientemente informati dalla teoria comportamentale e dai framework di alfabetizzazione sanitaria. Questa assenza di integrazione suggerisce che questi interventi potrebbero non aver identificato efficacemente possibili barriere all'adattamento, in particolare i fattori comportamentali che influenzano gli esiti di salute. L'integrazione di teorie o framework è ancora scarsa nel contesto della ricerca sugli interventi CBHA.
Tuttavia, i modelli transteorici e di credenze sanitarie sono teorie ampiamente utilizzate che hanno facilitato lo sviluppo di programmi di intervento efficaci nella ricerca sulla salute di comunità. 40 Altri studi di ricerca precedenti hanno implementato con successo framework per l'erogazione di programmi di prevenzione delle malattie non trasmissibili. 41 Le teorie, i modelli e i framework della scienza dell'implementazione mirano a guidare il processo dalla ricerca alla pratica, identificare i fattori che influenzano l'implementazione e valutare

gli esiti. 41 Questi framework includono framework di processo come "Dalla conoscenza all'azione" e "Impatto collettivo"; framework di valutazione tra cui "Raggiungimento", "Efficacia", "Adozione", "Implementazione", "Mantenimento"; e framework di determinanti, come lo "Strategy Mapping Exercise". 41
L'integrazione di un quadro completo di adattamento al caldo nella pianificazione e nell'attuazione della ricerca è fondamentale affinché ricercatori e decisori politici possano acquisire una comprensione approfondita dei molteplici fattori che influenzano l'adattamento umano al caldo. 42,43 Tali approfondimenti possono guidare interventi mirati e, in definitiva, migliorare l'efficacia delle strategie CBHA per raggiungere i risultati desiderati. 42,43
Questa revisione ha individuato diverse problematiche legate all'implementazione degli interventi CBHA, tra cui l'eterogeneità di questi interventi, l'assenza di un contesto locale, l'inadeguata considerazione dei bisogni della comunità e degli ostacoli all'intervento, nonché l'assenza di quadri comportamentali nella pianificazione e valutazione di ciascun studio. Sono necessarie ulteriori ricerche per colmare queste lacune e sviluppare strategie di adattamento al caldo più efficaci e specifiche per ogni contesto.
I moduli CBHA si sono concentrati principalmente sul riconoscimento dei sintomi correlati al caldo e sulle misure preventive e hanno prestato poca attenzione ai meccanismi della malattia, ai 25 fattori di rischio, ai 19 e al monitoraggio ambientale (ad esempio, al controllo della temperatura interna e delle condizioni meteorologiche locali). 25,27,33
La maggior parte degli studi ha affrontato la consapevolezza del caldo, ma non era sufficientemente esaustiva da suscitare efficacemente la percezione della suscettibilità al rischio tra i membri della comunità, come supportato da precedenti revisioni. 6,7
Studi preliminari che utilizzano il modello delle convinzioni sulla salute hanno indicato che una comprensione di base di come il caldo possa portare a problemi di salute è importante per influenzare le pratiche di adattamento al caldo.
Gli individui con una maggiore percezione del rischio correlato al caldo hanno maggiori probabilità di adottare comportamenti adattivi durante le ondate di calore. Questa scoperta sottolinea il ruolo della comprensione dei meccanismi delle malattie legate al caldo nel motivare azioni proattive. 44 Tuttavia, per gli individui con una scarsa consapevolezza del caldo, messaggi semplici e attuabili che enfatizzano il riconoscimento dei sintomi, la consapevolezza di quando chiedere aiuto e l'adozione di misure preventive potrebbero essere più efficaci di spiegazioni dettagliate.
Adattare i materiali didattici ai livelli di alfabetizzazione e ai contesti culturali locali migliora ulteriormente l'accessibilità e la comprensione della prevenzione delle malattie legate al caldo.
Attualmente non esiste un consenso su definizioni specifiche di "Heat Literacy". Il concetto più vicino, descritto da Reismann e colleghi, 45 include la comprensione degli effetti immediati e a lungo termine dei cambiamenti climatici sulla salute e il riconoscimento dei benefici collaterali per la salute derivanti dai comportamenti di adattamento. 45
Tuttavia, questa definizione non copre appieno le componenti fondamentali dell'Health Literacy, come l'accesso, la comprensione, la valutazione e l'applicazione delle informazioni sanitarie per le decisioni quotidiane in materia di assistenza sanitaria, la prevenzione delle malattie e la promozione della salute per migliorare la qualità della vita. 46 Pertanto, ulteriori approfondimenti su questi concetti potrebbero portare a interventi, politiche e strategie educative più efficaci che migliorino la comprensione e la preparazione del pubblico alle sfide sanitarie legate al caldo.
La nostra analisi ha dimostrato che i messaggi di alfabetizzazione e sensibilizzazione sul caldo venivano comunemente diffusi attraverso materiale stampato (ad esempio, volantini e brochure) e alcuni studi fornivano supporto diretto, come visite domiciliari e distribuzione di bottiglie d'acqua e termometri. 26,30
L'uso della tecnologia digitale (ad esempio, applicazioni mobili e servizi Internet) potrebbe ampliare sostanzialmente la portata della diffusione delle informazioni; tuttavia, l'accesso a Internet nei Paesi a basso e medio reddito (LMIC) è limitato, quindi l'implementazione delle tecnologie digitali potrebbe essere difficile in quelle aree.
Anche i fattori socioculturali influenzano l'adattamento al caldo, evidenziando la necessità di dare priorità a misure sostenibili adatte a contesti con scarse risorse, in particolare quelle relative alla preparazione del cibo e all'abbigliamento. 19 Uno studio 19 ha fornito misure preventive accessibili e personalizzate che non richiedono un consumo eccessivo di acqua ed elettricità per le comunità di basso status socioeconomico.

Alcuni studi hanno anche sottolineato l'importanza del rafforzamento delle capacità tra gli operatori sanitari locali. 26,30 La collaborazione con leader locali, figure religiose e celebrità può incoraggiare efficacemente i membri della comunità nei Paesi a basso e medio reddito (LMIC) ad adottare pratiche sicure, poiché la cultura e la religione sono fondamentali per facilitare il cambiamento comportamentale all'interno di queste comunità. 47,48

Gli interventi comportamentali sono spesso più efficaci se integrati da misure di supporto quali sostegno sociale, 49 incentivi finanziari e cambiamenti strutturali (ad esempio, piantagione di alberi, persiane esterne, tetti riflettenti e architettura verde) che possono mitigare l'accumulo di calore e ridurre la necessità di raffreddamento ambientale. 50

A nostra conoscenza, nessuno studio basato sulla comunità ha ancora integrato approcci combinati di adattamento al calore comportamentale e strutturale.

La maggior parte degli studi CBHA ha valutato l'efficacia dei propri interventi attraverso parametri quali la consapevolezza del caldo e gli esiti comportamentali e clinici. Tuttavia, permane una lacuna significativa nella valutazione del rapporto costo-efficacia e di altri esiti non clinici come la qualità della vita e gli effetti sulla salute mentale associati allo stress da calore.

Questo aspetto è particolarmente importante dati i possibili effetti psicologici del caldo estremo, che possono influire notevolmente sul benessere e sulle strategie di coping degli individui. 51

Affrontando questi aspetti, la ricerca futura potrà fornire una comprensione più completa dell'effetto complessivo degli interventi di adattamento al caldo sugli esiti di salute sia fisica che mentale.

Un'altra limitazione è il breve periodo di valutazione post-intervento, che limita la valutazione degli effetti a lungo termine. Di conseguenza, gli esiti clinici, tra cui la riduzione delle visite ospedaliere e dei tassi di mortalità, spesso non sono stati osservati 19 e, in alcuni casi, la riduzione della mortalità non poteva essere direttamente collegata all'intervento, poiché la causa specifica del decesso non è stata accertata. 28

Nella nostra revisione, la maggior parte degli studi inclusi ha riportato cambiamenti osservabili nell'adattamento comportamentale protettivo al caldo dopo gli interventi, coprendo diverse strategie per: ambienti esterni (ad esempio, l'uso di un cappello o di un ombrellone ed evitare l'esposizione all'aperto durante i periodi di massimo calore), ambienti interni (ad esempio, l'uso dell'aria condizionata, di un ventilatore e il monitoraggio della temperatura e dell'umidità interne) e metodi di raffreddamento personali (ad esempio, mantenersi idratati, fare la doccia e utilizzare un panno umido per rinfrescare il corpo).

Tuttavia, ci sono anche studi che non hanno riportato differenze significative nell'adattamento comportamentale tra i gruppi di intervento e di controllo, 27,29,31 suggerendo che gli interventi potrebbero non essere sempre efficaci nel migliorare i comportamenti adattivi.

Alcune popolazioni dello studio erano meno preoccupate per i sintomi correlati al caldo e percepivano il caldo come un evento naturale, 32,33 evidenziando un possibile ostacolo all'adattamento dovuto all'assenza di vulnerabilità autopercepita. 7,15

Metodi di raffreddamento diretto, come docce e condizionatori, 25,27,29 si sono rivelati efficaci, ma difficili da implementare in contesti con risorse limitate a causa dei vincoli di costo. 19 I condizionatori sono considerati una forma di disadattamento a causa dell'aumento del consumo energetico, delle emissioni di gas serra e dell'effetto isola di calore urbano. 52

Opzioni più sostenibili, come l'auto-irrigazione con acqua o l'uso di asciugamani bagnati, 29 rimangono sottoutilizzate nonostante la loro efficacia nel ridurre lo stress e il disagio dovuti al calore. 17 In alternativa, i ventilatori possono essere utilizzati come alternativa economica, 33 ma sono meno efficaci a temperature ambiente superiori a 35 °C, in particolare per gli anziani. 53

I raffrescatori evaporativi offrono un'alternativa più sostenibile con un consumo energetico inferiore 19 ma richiedono manutenzione per prevenire la proliferazione delle zanzare. 17 Le misure per la casa passiva, come l'apertura delle finestre e l'uso di tende da sole, persiane o tapparelle, sono state ampiamente trascurate, nonostante la loro efficacia nel mantenere freschi gli ambienti interni durante la stagione calda. 54

Il panel riassume le raccomandazioni per orientare lo sviluppo e l'implementazione futuri di studi comportamentali CBHA, concentrandosi su: considerazioni metodologiche, misure del dominio degli esiti, contenuto dei moduli di intervento, erogazione dell'intervento e sostenibilità. Tra le raccomandazioni chiave, le considerazioni metodologiche dovrebbero essere considerate prioritarie nella pianificazione e valutazione

degli studi di intervento CBHA. Ulteriori ricerche sono essenziali per comprendere le esigenze e le sfide legate all'implementazione di interventi CBHA adeguati a livello individuale e familiare. 55
In questo contesto, un approccio partecipativo e qualitativo sarà prezioso per esplorare le percezioni, le esperienze e le esigenze della comunità relative all'adattamento al caldo, consentendo lo sviluppo di strategie culturalmente sensibili. 56 Gli interventi dovrebbero essere adattati alle persone con condizioni preesistenti 57 e alle persone con scarso accesso alle risorse. 58
La progettazione congiunta di interventi 59 con la comunità può garantire che gli interventi rispondano a esigenze specifiche, superino le difficoltà di erogazione e trovino riscontro nel pubblico di riferimento, anche esplorando le pratiche tradizionali.

https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(25)00007-5/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email

Science

L'EPA ordina al personale di iniziare a cancellare le sovvenzioni per la ricerca

Erik Stokstad

L'agenzia punta a programmi che assegnano fino a 40 milioni di dollari all'anno

Seguendo le orme di altre agenzie scientifiche federali sotto l'amministrazione del presidente Donald Trump, la scorsa settimana l'Agenzia per la Protezione Ambientale (EPA) ha ordinato al suo personale di iniziare a cancellare i finanziamenti già assegnati a università e istituti di ricerca, secondo una fonte dell'agenzia e un'e-mail visionata da *Science* . Sebbene l'EPA non sia un grande finanziatore di ricerca e sviluppo rispetto ad altre agenzie federali, eroga dai 35 ai 40 milioni di dollari ogni anno ai ricercatori che studiano gli impatti dell'inquinamento e i modi per ridurlo.
L'email interna, inviata tra i principali amministratori dell'agenzia, non forniva alcuna motivazione per l'abolizione dei finanziamenti, ma l'amministrazione Trump ha anche ridimensionato le attività dell'EPA in altri modi. Da quando Trump è entrato in carica, l'EPA ha abolito 1,5 miliardi di dollari di finanziamenti per la giustizia ambientale e congelato 20 miliardi di dollari di finanziamenti per programmi di energia pulita ed efficienza. Due giudici federali hanno stabilito la scorsa settimana che parte dei finanziamenti per il clima deve essere sbloccata. Un giudice ha affermato che il blocco non era "né ragionevole né ragionevolmente spiegato", e l'altro giudice ha stabilito che l'amministrazione non ha fornito prove di sprechi, frodi o abusi. L'EPA ha presentato ricorso contro le decisioni e l'amministratore Lee Zeldin sostiene che le argomentazioni per l'annullamento sono solide.
Finora, l'EPA non aveva ancora preso in considerazione finanziamenti per la ricerca. Secondo l'e-mail, l'ordine di chiusura riguarda sovvenzioni provenienti da nove programmi, tra cui Science to Achieve Results (STAR), un progetto di ricerca avviato da ricercatori; un progetto di ricerca universitario chiamato People, Prosperity and the Planet (P3); e il supporto all'Health Effects Institute (HEI), un'organizzazione no-profit che studia l'inquinamento atmosferico. "Si tratta praticamente dell'intero portafoglio di sovvenzioni per la ricerca dell'EPA", afferma una fonte interna all'agenzia.
L'EPA può legalmente revocare le sovvenzioni concesse prima del 1° ottobre 2024 semplicemente citando un cambiamento nelle priorità dell'amministrazione. Tuttavia, l'agenzia deve identificare una causa o un problema più specifico per le sovvenzioni assegnate dopo tale data, poiché l'amministrazione dell'ex presidente Joe Biden ha rivisto lo scorso anno i termini e le condizioni dell'EPA per le sovvenzioni.
Il programma STAR, avviato nel 1995, rappresenta la principale fonte di finanziamento per la ricerca competitiva e extramurale dell'EPA. I finanziamenti quinquennali, sottoposti a revisione paritaria, ammontano in media a circa 1 milione di dollari e possono arrivare fino a quasi 2 milioni di dollari. La ricerca abbraccia le

priorità dell'agenzia, tra cui la qualità dell'aria e dell'acqua, l'impatto dei cambiamenti climatici e la sicurezza delle sostanze chimiche. Oltre 100 finanziamenti attivi sono soggetti a cancellazione immediata e ammontano a un totale di 124 milioni di dollari nel corso della loro durata. Non è chiaro se l'EPA abbia notificato ai beneficiari la cancellazione dei finanziamenti.
HEI è un impegno ancora più duraturo. Nato nel 1980 come partnership tra l'EPA e l'industria automobilistica, l'istituto si concentra sull'inquinamento causato dai veicoli e anche dallo sviluppo di petrolio e gas. Ha ricevuto un terzo del suo budget di 13 milioni di dollari da sovvenzioni dell'EPA per l'anno fiscale conclusosi il 30 giugno 2024. HEI afferma di non essere stato informato di alcuna cancellazione. Il futuro del finanziamento HEI è ora oggetto di dibattito interno, secondo una fonte dell'EPA.
Nel programma P3, avviato nel 2004, gli studenti universitari possono richiedere piccoli finanziamenti dall'EPA per progettare soluzioni tecnologiche ai problemi ambientali. Lo scorso anno, 16 team hanno vinto un totale di 1,2 milioni di dollari per progetti come il rilevamento e la bonifica di sostanze perfluoroalchiliche e polifluoroalchiliche, note anche come "sostanze chimiche eterne", la creazione di pellicole per imballaggio compostabili e la lotta alla proliferazione algale.
Oltre a questi programmi, l'EPA spende altri 8-10 milioni di dollari all'anno in sovvenzioni "prioritarie nazionali" in aree specificate dal Congresso. Negli ultimi anni, questo ha incluso lo studio dei patogeni microbici nell'acqua potabile e dei sottoprodotti della disinfezione dell'acqua.
La spesa totale per tutti e nove i programmi è compresa tra 35 e 40 milioni di dollari all'anno. Durante la procedura di revoca dei finanziamenti attivi e in sospeso, si legge nell'email dell'agenzia, gli amministratori dell'EPA non dovrebbero avviare nuove richieste di finanziamenti per la ricerca in questi programmi senza l'approvazione dei vertici aziendali.
L'EPA ha rifiutato di confermare la sospensione dei finanziamenti esistenti, dichiarando *a Science* che continua a esaminare i finanziamenti assegnati per verificare che rappresentino "un uso appropriato dei soldi dei contribuenti" e "in linea con le priorità dell'Amministrazione". In una conferenza stampa odierna, Zeldin ha affermato che l'EPA continuerà a finanziare i finanziamenti specificati dal Congresso nella legislazione. "Se il Congresso stanzia un dollaro per l'EPA e stabilisce che l'EPA deve inviarlo a uno scienziato universitario, questo è un nostro obbligo statutario", ha affermato.

https://www.science.org/content/article/epa-orders-staff-begin-canceling-research-grants?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_content=alert&utm_campaign=DailyLatestNews&et_rid=691092258&et_cid=5595183



20,00€

Dossier Generazione “Green”: l’ambiente e la salute degli adolescenti

Implementare la consapevolezza e le conoscenze sui rischi derivanti dall’ambiente, attraverso la comprensione dei meccanismi con i quali l’esposizione a uno o più inquinanti fisici o chimici interferisce con funzioni metaboliche complesse e comporta danni alla salute, in particolare, in età riproduttiva e nell’embrione- feto-bambino e nell’adolescente che cresce e si sviluppa, è stato l’obiettivo principale del corso congiunto SIMA- AME che si è tenuto a Foligno nell’ottobre 2024. Medici di diverse specialità, altri professionisti della salute e specialisti come psicologi, assistenti sociali, educatori, dietologi, esperti di fitness fisico, sono stati invitati a partecipare e a contribuire ai lavori, scambiando esperienze e competenze, nonché difficoltà incontrate nelle diverse realtà che si occupano del benessere degli adolescenti in relazione ai rischi ambientali.
Salute mentale, ambiente come elemento che condiziona l’epigenetica e quindi la regolazione dei nostri geni, qualità dell’aria e il riscaldamento globale come principale rischio ambientale per la salute dei minori, alimentazione e stili di vita salutari nel contesto sociale. La giornata ha offerto una panoramica completa delle sfide e delle opportunità nel campo della consapevolezza di quanto la cura dell’ambiente sia fondamentale in medicina dell’adolescenza.

https://www.edizioniculturasalute.com/prodotto/la-salute-umana-n-297/

7 Aprile. In difesa della sanità pubblica

Andrea Antonio Mariano, *Per "Laboratorio Cittadino per la Salute Pubblica"*

Il 7 aprile, in occasione della Giornata Mondiale della Salute, emerge con forza la necessità di difendere il diritto alla cura contro la crescente mercificazione della sanità. La salute si sta trasformando sempre più in un privilegio anziché un diritto, ma esperienze come il Laboratorio Cittadino per la Salute Pubblica svoltosi a Bologna dimostrano che è possibile costruire pratiche concrete di partecipazione ed attivazione. Di fronte alla progressiva privatizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, questo percorso dal basso rappresenta una risposta collettiva per rivendicare una sanità pubblica, laica e universalistica.

Perché un percorso sulla salute pubblica?

Negli ultimi anni, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sta affrontando una crisi profonda che mette in discussione i principi di universalità, equità e accessibilità su cui è stato fondato.

Medici, infermieri, studenti e cittadini denunciano con crescente preoccupazione il progressivo smantellamento della sanità pubblica, sempre più subordinata alle logiche di mercato. La pandemia di SARS-CoV-2 ha reso ancora più evidenti le fragilità del sistema: ospedali al collasso, Pronto Soccorso saturi, carenza di personale e una sanità territoriale incapace di rispondere alle esigenze delle comunità.

Nonostante i fondi stanziati dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), le politiche sanitarie continuano a privilegiare soluzioni emergenziali e prestazioni rapide, trascurando una visione a lungo termine basata sulla prevenzione e sulla cura diffusa sul territorio**.**

Di fronte a questa situazione, è emersa con forza la necessità di un'azione collettiva. Questo articolo racconta il percorso di partecipazione del "Laboratorio Cittadino per la Salute pubblica" che ha portato alla scrittura di un manifesto collettivo

Le assemblee di maggio e giugno: L'inizio del percorso

Dalle riflessioni degli ultimi anni di attività del Laboratorio di Salute popolare di Bologna (LSP) è emersa chiara la volontà di aprire uno spazio di discussione largo ed eterogeneo intorno allo stato del Servizio Sanitario Nazionale, alla sua difesa e alle pratiche per rilanciarlo.

Il 16 Maggio 2024 è stata quindi chiamata un'assemblea pubblica negli spazi di Làbas, Municipio sociale di Bologna, luogo in cui si svolgono le attività del LSP (Ambulatorio odontoiatrico, Sportelli di Supporto Psicologico, Sportello di salute sessuale e riproduttiva, attività territoriali con e per il quartiere) e dove trovano casa altre progettualità (Scuola d'Italiano, Doposcuola, Sportelli legali e sindacali e tanto altro).

La partecipazione ha superato ogni previsione: circa 150 persone riunite in un'assemblea che ha espresso una preziosa ricchezza di associazioni, collettivi, professioniste della salute, dirigenti sanitari e studiosi del tema, studenti delle professioni mediche, e singoli cittadini mossi dall'esigenza di confrontarsi e discutere.

Un corpo collettivo riunito non per ripetere per l'ennesima volta quello che non funziona e quello che è stato distrutto negli ultimi 30 anni, ma per esplicitare un necessario slancio di attivazione, di prassi e pensiero critico attorno alla difesa e rilancio del servizio sanitario nazionale, baluardo di democrazia del nostro Paese. Numerosi e trasversali sono i temi che gli interventi raccolti hanno dato la possibilità di affrontare: la fragilità della salute territoriale e il disinvestimento su di essa; l'autonomia differenziata; la salute di genere e sessuale-riproduttiva, sempre più sotto attacco; la testimonianza di chi vive e lavora nei luoghi di cura, come quella di specializzandi oberati da un carico di lavoro che supera le 70 ore settimanali, o di studenti e studentesse che segnalano una formazione medica sempre più arroccata all'interno dei grandi ospedali e poco incline ad aprirsi al territorio, o di infermieri che denunciano la carenza strutturale e la mancanza di prospettive di carriera.

L'assemblea ha espresso volontà ed esigenza di rivedersi per continuare ed ampliare la discussione. Il messaggio, venuto fuori da questo primo momento, è stato chiaro: è necessario andare "Oltre Noi", oltre le differenze e intraprendere un cammino comune.
Il 16 giugno 2024 si è svolta la seconda assemblea presso l'ex presidio Roncati, ex manicomio ed oggi casa delle cure primarie dell'Ausl di Bologna.
L'assemblea è stata caratterizzata da una ricca eterogeneità anagrafica, percorsi biografici molto diversi e una rete di saperi trasversali che hanno arricchito la discussione. Numerosi sono stati gli interventi anche di dirigenti medici di alto profilo regionale e nazionale.
L'immagine potente che ha restituito la seconda assemblea è stata proprio questa: un dialogo tra rinomati professionisti e associazioni della società civile, In un luogo simbolo dei servizi territoriali della città.

Dalle assemblee pubbliche alla rete cittadina: La costruzione degli 8 tavoli tematici
Questi incontri hanno rappresentato un momento di confronto fondamentale, evidenziando il bisogno di creare una rete stabile e strutturata. Da qui è nato un gruppo di coordinamento composto da diverse realtà cittadine, tra cui il Laboratorio Salute Popolare, l'Associazione per una Sanità del Servizio Pubblico, Gruppo Prometeo e molte altre.

Elaborando gli interventi delle prime due assemblee, in numerose riunioni nella torrida estate bolognese, è stato strutturato un calendario di eventi tematici per l'autunno, con otto momenti in cui approfondire gli argomenti emersi dalla discussione collettiva. I temi individuati sono stati:

- Salute sessuale e riproduttiva
- Diritto di scelta e fine vita
- Salute mentale
- Formazione dei professionisti sanitari
- Condizioni di lavoro del personale sanitario
- Privatizzazione e finanziamento del SSN
- Rete ospedaliera e organizzazione dei servizi
- Salute territoriale e di prossimità

Da settembre a novembre 2024, il percorso di partecipazione ha preso forma concreta attraverso gli otto tavoli di lavoro. Il percorso collettivo ha coinvolto circa 600 persone tra operatori sanitari, attivisti, caregiver, cittadini e associazioni. Questi incontri sono stati uno spazio di confronto libero e costruttivo.

Ogni tavolo ha prodotto analisi, proposte, priorità operative ed azioni concrete da introdurre per il rilancio della sanità pubblica.
Il percorso ha delineato una ricca pluralità a partire dai luoghi che hanno ospitato gli eventi: Case di quartiere, Municipi sociali e spazi autogestiti, Aule studio e Aule Universitarie di varie facoltà.
Una menzione specifica meritano i tavoli di salute sessuale-riproduttiva e salute mentale attraversati da centinaia di persone, temi simbolo che hanno rappresentato una risposta collettiva agli attacchi dell'attuale governo ai principi fondamentali dell'autodeterminazione e della cura universalistica.

Il tavolo di discussione su salute sessuale e riproduttiva ha evidenziato la necessità di consultori accessibili, laici e inclusivi, con équipe multidisciplinari e una presa in carico globale.
È stata ribadita l'importanza della contraccezione gratuita e dell'aborto accessibile, e il contrasto all'obiezione di coscienza. Si è discusso di supporto alla genitorialità, continuità assistenziale e benessere psicologico nel pre e post-parto.
Collettivi femministi si sono ritrovati in dialogo con professionisti della salute ginecologica, realizzando uno scambio di saperi e pratiche tra chi ha cominciato a praticare la professione medica quando l'aborto non era un diritto e chi oggi lavora e difende quotidianamente i consultori.
Il tavolo di discussione sulla salute mentale, il più partecipato, ci ha restituito un'immagine potente e ha spostato l'attenzione dalla gestione delle emergenze alla prevenzione.
Oltre ad interventi di esperti numerose sono state le testimonianze da parte di persone e familiari.

Toccante è stata la testimonianza di una ragazza di 16 anni che ha raccontato la sua esperienza nei percorsi dedicati ai disturbi del comportamento alimentare; la sua voce ascoltata da psicologhe, psichiatri e numerosissime associazioni che si occupano di salute mentale riunite in un grande cerchio.
Questi momenti di confronto hanno rappresentato la base per la stesura collettiva di un manifesto

Il manifesto cittadino per la salute pubblica: uno strumento di costruzione di alleanze e mobilitazione
Il manifesto nato da questo percorso rappresenta la sintesi di mesi di lavoro collettivo. un processo partecipativo che ha coinvolto chi vive la sanità ogni giorno.
Professionisti sanitari, cittadini, caregiver, associazioni e attivisti hanno contribuito con idee, esperienze e competenze, rendendo il manifesto una vera espressione della società civile.
Non si tratta di un documento chiuso, ma di una base condivisa su cui continuare a costruire una riflessione collettiva verso una mobilitazione ampia e trasversale. Il manifesto è stato presentato durante un grande evento finale negli spazi di Làbas con relatrici e giornaliste in dialogo con chi ha curato gli 8 macro-temi del percorso.
Il manifesto ad oggi ha raggiunto più di 40.000 sottoscrizioni e in altre regioni italiane si stanno riproponendo esperienze simili.

L'obiettivo è chiaro: difendere il SSN come servizio pubblico, laico e universale, basato su accoglienza, trasparenza e pluralità.
Il manifesto è un punto di partenza per ampliare la rete di alleati e stimolare il dibattito con la politica a livello cittadino, regionale e nazionale. Le proposte incluse nel manifesto non devono rimanere frasi autocelebrative e fini a sé stesse, ma divenire la base per incalzare la politica regionale e nazionale attraverso proposte concrete e realizzabili. Il percorso che ha portato alla scrittura del manifesto è solo l'inizio.
L'obiettivo è continuare a costruire partecipazione, allargare la rete e portare queste proposte all'attenzione della politica. La difesa della sanità pubblica non può essere delegata solo ai professionisti del settore: è una battaglia che riguarda tutti.
La sfida è aperta: la partecipazione è la chiave.

https://www.saluteinternazionale.info/2025/04/7-aprile-in-difesa-della-sanita-pubblica/

POLITICO

L'accordo pandemico dell'OMS è a breve distanza

Ancora da firmare è il linguaggio controverso che regola la condivisione della tecnologia per prodotti legati alla pandemia come farmaci, vaccini e terapie.

I membri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) si riuniranno nuovamente martedì per finalizzare un accordo sulla condivisione di tecnologie salvavita con i paesi in via di sviluppo come parte di un nuovo accordo sulla pandemia, dopo che i colloqui durati tutta la notte li hanno portati a un passo da un accordo.
I membri dell'OMS hanno raggiunto un accordo "in linea di principio" su come affrontare le future pandemie dopo tre anni di discussioni, ha dichiarato sabato il co-presidente dell'organo negoziale all'Agence France-Presse.
Secondo l'ultima bozza del patto proposto, ottenuta da POLITICO, la maggior parte del testo è ora concordata. Ancora da firmare è il linguaggio controverso che regola la condivisione della tecnologia per prodotti legati alla pandemia come farmaci, vaccini e terapie.
I paesi in via di sviluppo hanno spinto per un linguaggio forte che garantisca loro di essere in grado di aumentare la produzione nelle proprie regioni, piuttosto che aspettare in fila per le tecnologie critiche.

Ma i paesi sviluppati, compresi i membri dell'Unione Europea, hanno insistito sul fatto che qualsiasi trasferimento di tecnologia dalle aziende farmaceutiche deve avvenire su "termini volontari e reciprocamente concordati".
In base all'ultima proposta di correzione, ancora soggetta a conferma finale, la condivisione della tecnologia dovrebbe essere "intrapresa volontariamente e a condizioni reciprocamente concordate".
L'accordo dovrebbe andare all'assemblea annuale dell'OMS per l'approvazione finale il mese prossimo.

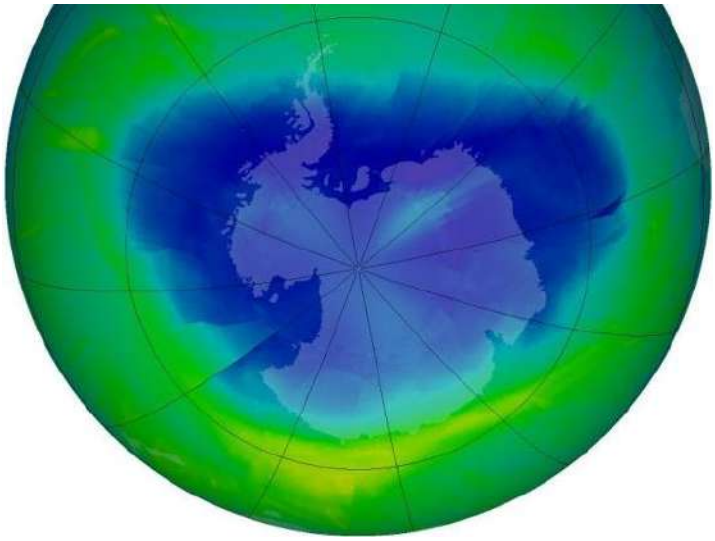
https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox

CORRIERE DELLA SERA

Quarant'anni fa la scoperta del buco dell'ozono. La bella notizia è che si sta chiudendo (grazie al nostro impegno)

di Cristina Marrone

Il primo maggio 1985 fu confermato l'assottigliamento ricorrente dello strato di ozono sul Polo Sud. Oggi, grazie allo sforzo globale nel ridurre le emissioni di clorofluorocarburi, il filtro protettivo si sta ricostituendo



Il buco dell'ozono in Antartide nel settembre 2010 verso il suo massimo annuale (Nasa)

Era il 1974 quando Frank Sherwood Rowland, docente di chimica all'Università della California e il suo assistente Mario Molina pubblicarono su Nature un articolo che puntava il dito contro alcune sostanze di sintesi, gas chiamati CFC (clorofluorocarburi), capaci di volare verso la stratosfera e lì rilasciare atomi di cloro in quantità sufficiente da attaccare il prezioso strato di ozono che protegge la superficie della Terra dai raggi ultravioletti.

Il ruolo dei clorofluorocarburi

I due scienziati, che con Paul Crutzen furono insigniti nel 1995 del premio Nobel per la chimica, capirono che il meccanismo di distruzione dell'ozono stratosferico aveva una causa tutta umana. I clorofluorocarburi, infatti, sono sostanze che non esistono in natura, ma sono state sintetizzate in laboratorio e messe in commercio a partire dagli anni Trenta del secolo scorso e per molto tempo utilizzate come refrigeranti, solventi, propellenti per aerosol (bombolette spay).

Questa prima scoperta fu bollata come fantascienza dall'allora amministratore delegato della Dupont, la società che nel 1930 aveva brevettato quei gas con il nome freon.

Quando si cominciò a parlare di buco dell'ozono

Ma è nel 1985 che si cominciò a parlare apertamente di «buco dell'ozono». Gli scienziati del British Antarctic Survey Joe Farman, Brian Gardiner e Jonathan Shanklin, il primo maggio pubblicarono sulla rivista Nature un articolo in cui dimostravano, attraverso misurazioni, che l'assottigliamento dello strato di ozono sopra le regioni polari aumentava di anno in anno: ad ogni primavera nell'Emisfero Australe si spalancava un buco nello strato di ozono sopra l'Antartico, probabilmente proprio causato dai clorofluorocarburi. Un evento del genere non era mai stato osservato: all'inizio gli scienziati pensarono addirittura che che i loro strumenti fossero difettosi. Quel che è peggio è che il buco si allargava di anno in anno.

Chiaramente il buco non è da intendersi in maniera letterale; nessuna parte della stratosfera – il secondo strato dell'atmosfera, tra gli 8 e i 50 km – è priva di ozono. Gli scienziati usano il termine "buco» come metafora per indicare l'area in cui le concentrazioni di ozono scendono al di sotto della soglia storica di 220 Unità Dobson.

I pericoli per la salute

L'assottigliamento dello strato di gas ozono (O3) nella stratosfera sopra l'Antartide espone la vita sulla Terra a pericolose radiazioni solari: i CFC in atmosfera vanno ad interferire con l'ozono scomponendone le molecole e riducendo lo spessore di questo filtro naturale con conseguenze serie sulla salute. L'esposizione prolungata a a radiazioni ultraviolette può causare tumori alla pelle come melanomi, alterazioni al sistema immunitario, invecchiamento cutaneo.

Il protocollo di Montreal

Dopo la pubblicazione del 1985 seguirono altre ricerche, tutte a sottolineare che ampie aree della Terra rischiavano di restare prive dello schermo protettivo dell'ozono. Nel giro di pochi anni, i paesi del mondo firmarono un accordo di politica internazionale senza precedenti, il protocollo di Montreal (siglato il primo settembre del 1987) per limitare l'uso dei CFC e di altre sostanze similari.

Lo sforzo globale portato avanti da 38 anni per ridurre le sostanze inquinanti ha dato risultati: da alcuni anni il «buco dell'ozono» sopra l'Antartide si sta effettivamente riducendo grazie alla riduzione delle sostanze che lo impoveriscono, come appunto previsto dal Protocollo di Montreal.

Il buco dell'ozono si sta chiudendo

A confermarlo i dati raccolti da ricercatori del MIT (Massachussetts Institute of Technology) che hanno utilizzato per le misurazioni un innovativo metodo di «fingerprinting», ereditato dagli studi sul cambiamento climatico, per distinguere gli effetti antropogenici dalla naturale variabilità meteorologica. I risultati sono stati recentemente pubblicati su Nature.

Attraverso simulazioni atmosferiche e analisi satellitari, lo studio ha tracciato, in funzione del mese e dell'altitudine, un'«impronta» del recupero dell'ozono che risulta sempre più marcata sin dal 2005. Lo studio sottolinea che, se questa tendenza continuerà, entro il 2035 si potrà osservare un anno in cui non si registreranno più impoverimenti stagionali dell'ozono antartico, segnando la definitiva chiusura del buco.

https://www.corriere.it/tecnologia/25_aprile_30/quarant-anni-fa-la-scoperta-del-buco-dell-ozono-la-bella-notizia-e-che-si-sta-chiudendo-grazie-al-nostro-impegno-425d7fe4-4810-499f-beaa-7a2caed24xlk.shtml

nature

L'impronta digitale del recupero dell'ozono antartico

Peidong Wang , Susan Solomon , Benjamin D. Santer , Douglas E. Kinnison , Qiang Fu , Kane A. Stone , Jun Zhang , Gloria L. Manney e Luis F. Millán

Natura volume 639 , pagine646–651 (2025) Citare questo articolo

Astratto

Il "buco" dell'ozono antartico è stato scoperto nel 1985 (rif. 1) e le sostanze che riducono lo strato di ozono (ODS) prodotte dall'uomo ne sono la causa principale 2 .

A seguito delle riduzioni delle ODS ai sensi del Protocollo di Montreal 3 , sono stati segnalati segnali di recupero dell'ozono, basati in gran parte su osservazioni e su ampi ma convincenti confronti tra modelli e dati 4 .

Sebbene tali approcci siano molto preziosi, non forniscono una rigorosa rilevazione statistica della struttura temporale e spaziale del recupero dell'ozono antartico in presenza di variabilità climatica interna.

Qui applichiamo metodi di rilevamento e attribuzione basati su modelli, come quelli utilizzati negli studi sui cambiamenti climatici 5,6,7,8,9,10,11 , per separare le risposte dell'ozono forzate dall'uomo dalla variabilità interna, basandoci sulle informazioni sui modelli di tendenza in funzione del mese e dell'altezza.

L'analisi utilizza osservazioni satellitari insieme a simulazioni di ensemble a modello singolo e multi-modello per identificare e quantificare l'"impronta digitale" del recupero dell'ozono antartico su base mensile 12 .

Dimostriamo che i dati e le simulazioni mostrano una concordanza convincente nel modello dell'impronta digitale della risposta dell'ozono alla diminuzione delle ODS dal 2005.

Mostriamo anche che il forzamento delle ODS ha aumentato la variabilità interna dell'ozono durante la primavera australe, influenzando il rilevamento delle risposte forzate e il loro momento di emersione.

I nostri risultati forniscono solide prove statistiche e fisiche che le azioni intraprese nell'ambito del Protocollo di Montreal per ridurre le ODS stanno effettivamente determinando l'inizio del recupero dell'ozono antartico, definito come aumenti dell'ozono coerenti con i modelli previsti su base mensile.

https://www.nature.com/articles/s41586-025-08640-9

Ecquologia²

Una Sardegna 100% rinnovabile: è possibile e conviene

Il sistema energetico della **Sardegna** può funzionare con il **100% di fonti rinnovabili al 2030,** nel settore elettrico *(senza centrali a combustibili fossili)* e soddisfare l'atteso incremento della domanda di energia elettrica *(8 TWh)* derivante dalla elettrificazione dei consumi civili, dalla parziale elettrificazione dei trasporti e dei consumi industriali per calore a bassa e media temperatura, lasciando a una ridotta quantità di GNL l'alimentazione dei processi industriali a media-alta temperatura. È quanto emerge dallo studio *"Analisi di possibili traiettorie per la transizione energetica in Sardegna"*, realizzato da **Politecnico di Milano**, **Università di Cagliari e Università di Padova** e commissionato dal **Coordinamento FREE** in collaborazione con **il Consorzio Italiano Biogas e Italia Solare.**

Per centrare questi traguardi al 2030 è necessario incrementare di 5,6 GW la capacità solare installata e di 3 GW quella eolica, ricorrere a sistemi di accumulo energetico e attuare appieno i piani di sviluppo del sistema di distribuzione e della Rete di Trasmissione Nazionale *(RTN)*.

Lo studio evidenzia come almeno **1,5 GWp di impianti fotovoltaici di piccola taglia serviranno Comunità di Energia Rinnovabile** *(CER)* o altri sistemi di condivisione dell'energia e che già oggi **il biogas prodotto in Sardegna può sostituire il 10% della domanda di gas** per energia termica nell'industria e sostenere un'importante filiera locale. Con la realizzazione di questi obiettivi si ha **un risparmio atteso per una famiglia media di circa il 20%** grazie alla maggiore efficienza da elettrificazione *(meno 20% sulla domanda di energia primaria)* e alla riduzione del prezzo dell'energia elettrica *(meno 39% sul prezzo zonale)* a fronte di **riduzioni di emissioni pari al 62%**. Il 57% con la ripresa del polo dell'alluminio.

«Lo scenario 100% FER *(Fonti di Energia Rinnovabile)*, che abbiamo redatto a partire anche da studi precedenti e dalle pianificazioni oggi vigenti (come il PNIEC, e gli scenari TERNA-SNAM), richiede di installare 7 GWp di fotovoltaico *(circa 2/3 da medi e grandi impianti e circa un terzo da impianti di scala ridotta)*, e 4 GWe di eolico *(oltre la metà dei quali a terra)*», afferma **Maurizio Delfanti, del Politecnico di Milano.**

Lo studio evidenzia come sia **rilevante il ruolo degli accumuli *(14 GWh)* e delle infrastrutture di rete**, come il Tyrrhenian Link, per sfruttare appieno la disponibilità delle fonti di energia rinnovabile. Nello scenario 100% FER, il **fabbisogno di gas** al 2030 sarebbe circoscritto alla generazione di **calore industriale** a media-alta temperatura, da soddisfare con GNL, mentre il **settore termico civile** vedrebbe un impiego predominante di **pompe di calore**, oltre alle biomasse e alle misure di efficienza energetica per ridurre i consumi.

«I gruppi termoelettrici, anche se riconvertiti a GNL, hanno grandi difficoltà a trovare spazi adeguati sia nel mercato dell'energia sia nel mercato dei servizi. – conclude Delfanti – Sulla base dello studio, **non appaiono quindi giustificabili investimenti nella riconversione delle centrali termoelettriche**, poiché questi non sarebbero remunerativi e rischierebbero di essere caricati come costi aggiuntivi sulle bollette».

La ricerca rileva con rigoroso approccio scientifico, secondo i ricercatori, i vantaggi ambientali ed economici conseguibili con il pieno raggiungimento degli obiettivi di transizione.

«Uno scenario **100% rinnovabili elettriche è possibile.** – afferma Fabrizio Pilo, dell'Università di Cagliari – La stabilità del sistema elettrico è garantita dagli **accumuli e dalla interconnessione** con il resto della rete italiana, tramite connessioni in corrente continua ad alta tensione **di tipo innovativo,** che permettono di fronteggiare gli effetti della chiusura delle centrali a carbone».

«Con rinnovabili e accumuli, si prevede che il **prezzo zonale** dell'energia elettrica **calerà del 39%** in pochi anni, da una media di 108,3 euro per MWh nel 2024 a **66,4 €/MWh** nel **2030**.- afferma **Arturo Lorenzoni, dell'Università degli studi di Padova** – I maggiori costi iniziali di investimento per sviluppare le rinnovabili saranno più che compensati da **costi di esercizio degli impianti nettamente inferiori** rispetto alle fonti fossili». Nel completamento dello studio, saranno anche stimati gli impatti sociali e occupazionali degli scenari prospettati».

Puntare su rinnovabili e sistemi di accumulo, non solo a batteria, è la scelta, secondo i ricercatori, più conveniente per la Sardegna, pienamente realizzabile con il rafforzamento contestuale delle infrastrutture di rete per la distribuzione e la trasmissione dell'energia elettrica e la realizzazione dell'elettrodotto sottomarino Tyrrhenian Link, le cui caratteristiche tecniche ne consentono l'uso per finalità di regolazione e di sicurezza delle reti.

«Lo studio dimostra in modo scientifico e inequivocabile che una generazione elettrica ottenuta con sole rinnovabili è possibile a fronte di un basso impatto sul territorio e indubbi vantaggi ambientali ed economici. È quindi importante che i decisori politici favoriscano la realizzazione di un tale scenario oggi purtroppo compromesso dalla attuale Legge Regionale sulle Aree Idonee e che, contestualmente, evitino la riconversione delle attuali centrali a carbone, che produrrebbe solo costi inutili e aggiuntivi a carico di cittadini e imprese», afferma **Attilio Piattelli, Presidente del Coordinamento FREE**.

E il fatto che ci si trovi oggi di fronte a un bivio è chiaro visto che le scelte fatte ora influenzeranno per decine di anni il contesto energetico dell'isola.

Dallo studio emerge come, anche nello scenario 100% FER, gli impianti fotovoltaici al 2030 avrebbero **un impatto minimo sulla superficie agricola totale**, occupandone **meno dello 0,4%**, pari a circa 5.000 ettari e inoltre non possono essere sottostimati gli impatti economici positivi dello scenario 100% FER.

«Lo studio, elaborato da tre membri del Comitato Tecnico Scientifico di ITALIA SOLARE, evidenzia in modo rigoroso come, con una combinazione efficiente di fonti rinnovabili e sistemi di accumulo, sia possibile coprire integralmente i consumi elettrici della Sardegna. Il mix tecnologico proposto dimostra che la transizione verso un sistema elettrico 100% rinnovabile è tecnicamente fattibile e può garantire sicurezza, flessibilità e costi

competitivi. La Regione ha tutte le condizioni per diventare un laboratorio avanzato di transizione energetica, puntando su fotovoltaico, eolico e accumuli. Occorre ora una visione politica chiara, capace di mettere al centro l'interesse dei cittadini e del territorio, superando ogni retorica contraria al cambiamento», ha commentato **Paolo Rocco Viscontini, Presidente di Italia Solare**.
«Lo studio conferma **il ruolo strategico del biogas agricolo** all'interno del sistema energetico regionale. In Sardegna, già oggi, il biogas prodotto localmente può coprire il 10% della domanda di gas per usi termici industriali, ma **il potenziale è ancora più ampio** se si considera la valorizzazione dei sottoprodotti agricoli dell'isola – pensiamo, ad esempio, alla filiera della barbabietola da zucchero", dichiara **Piero Gattoni, Presidente del CIB**. "Puntare sul biogas e biometano significa rafforzare la sostenibilità e la competitività del sistema energetico sardo, ridurre le emissioni e offrire nuove opportunità a distretti produttivi, aziende agricole e territori. La transizione ecologica dell'isola può partire dal potenziale energetico delle aziende agricole sarde, creando nuove opportunità di sviluppo tecnologico per una maggiore sicurezza e indipendenza energetica»
E **lo studio non termina qui**. In una seconda fase, con orizzonte 2050, **saranno considerate ulteriori tecnologie sostenibili**, come l'idrogeno prodotto da FER, in modo da delineare una traiettoria di piena decarbonizzazione del sistema energetico della Sardegna.

Lo studio completo sarà disponibile entro la fine del mese di maggio 2025.

Una Sardegna 100% rinnovabile: è possibile e conviene - Ecquologia²

la Repubblica

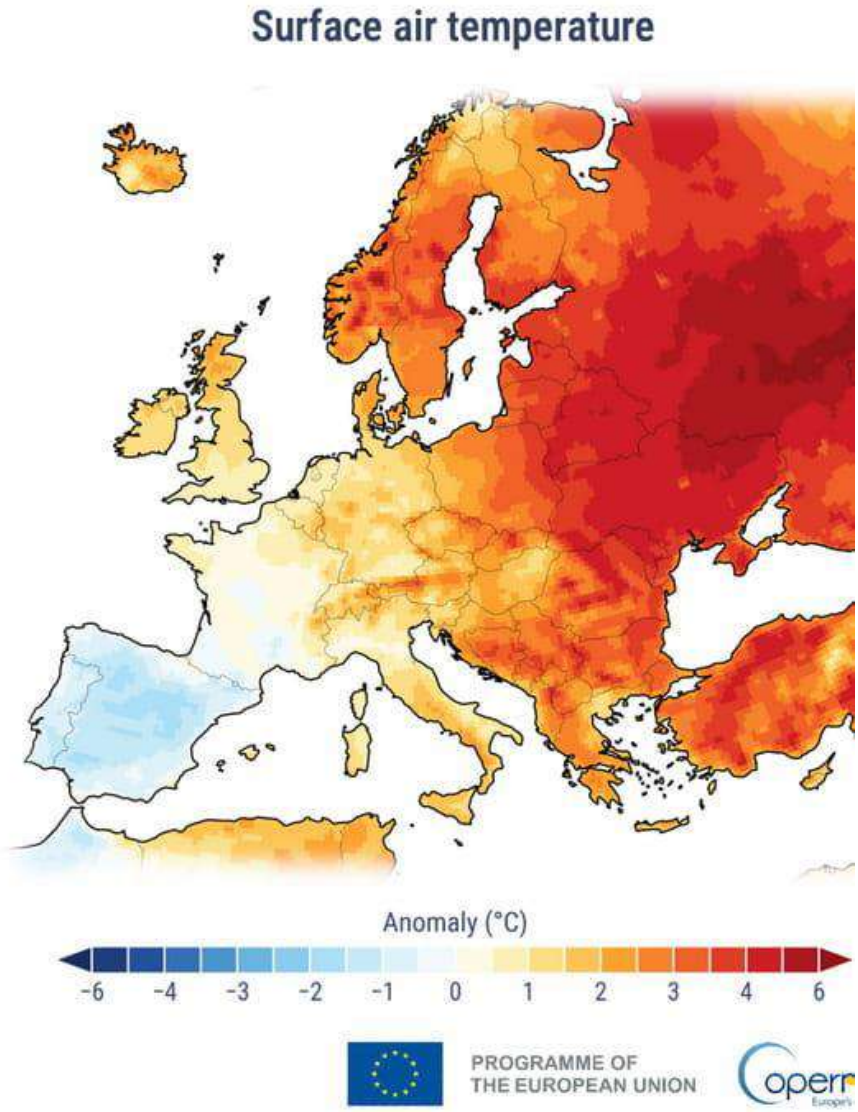
Clima, mai marzo così caldo in Europa. I dati di Copernicus: "Ancora temperature da record"

Elena Dusi

Il riscaldamento climatico arriva a 1,6 gradi. Si va dall'estremo delle alluvioni nella penisola iberica a quello della siccità in Germania

Marzo pazzerello, si direbbe. Il mese appena passato in Europa ha appena raccolto i record di marzo più caldo, più piovoso (in Europa meridionale e Norvegia) e più asciutto di sempre (in Europa settentrionale e Gran Bretagna).I dati appena pubblicati da Copernicus, il servizio europeo di monitoraggio del clima, hanno in realtà una spiegazione precisa: un riscaldamento climatico che non allenta la morsa nonostante la corrente oceanica calda del Niño abbia lasciato il posto ormai da un anno alla sua controparte fredda, la Niña.

Le temperature di marzo in Europa
Più 1,6 gradi rispetto alla media
A livello globale marzo 2025 è stato il secondo più caldo dall'inizio dell'epoca industriale. Lo supera di un pelo (0,08 gradi), quello del 2024, che aveva raggiunto il record di anno più caldo di sempre.
Come punto di riferimento Copernicus prende la media degli anni 1850-1900. Dall'inizio dell'epoca industriale la temperatura media del pianeta durante tutti i mesi di marzo è aumentata di 1,6 gradi.
Negli ultimi 21 mesi per ben 20 volte la Terra ha superato gli 1,5 gradi di riscaldamento: la soglia fissata dagli accordi di Parigi per non incorrere negli effetti dannosi del cambiamento climatico.



Chi soffre di inondazioni e chi di siccità

Di problemi il mese scorso l'Europa ne ha vissuti almeno due. Nella penisola iberica ci sono stati nubifragi e inondazioni. Anche la Grecia negli ultimi giorni è stata colpita dalle alluvioni. L'Europa del nord (soprattutto la Germania e la Svezia) e la Turchia rischiano invece un'estate di siccità, dopo un inverno particolarmente avaro di precipitazioni.

Le precipitazioni di marzo in Europa

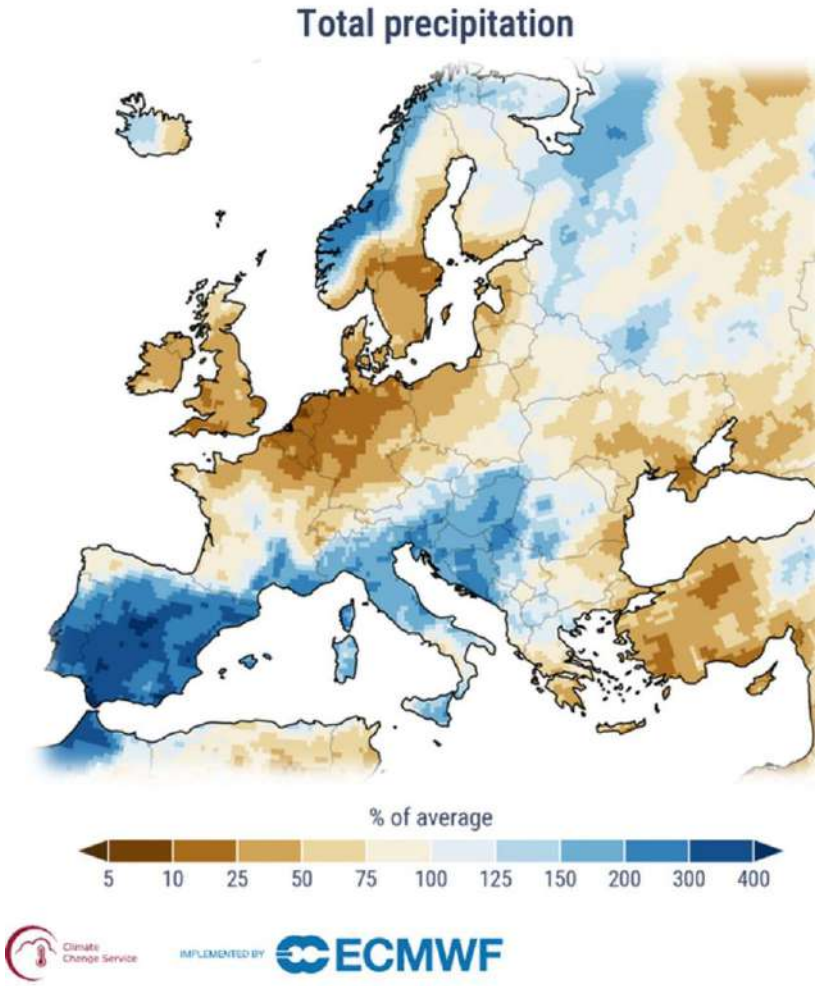
Procedendo ancora più a nord, è proseguita l'emorragia di ghiaccio nell'Artico. Marzo, alla fine dell'inverno, è il mese in cui l'estensione della banchisa è massima.

Quest'anno però l'estensione del ghiaccio è al minimo da 47 anni, ridotta del 6% rispetto alla media.

E' il quarto mese consecutivo che la coltre bianca del Polo Nord registra un record negativo.

Come la temperatura della terraferma, anche quella dei mari risente del riscaldamento globale. In media il marzo di quest'anno è stato il secondo più caldo per gli oceani, dopo l'anno scorso.

Il Mediterraneo però continua a mantenere temperature più alte rispetto al resto dei mari, con il rischio che si formino temporali più intensi rispetto al passato.



https://www.repubblica.it/cronaca/2025/04/08/news/clima_mai_marzo_cosi_caldo_in_europa_i_dati_di_copernicus_ancora_temperature_da_record-424114245/?ref=-BH-I0-P-S1-F

la Repubblica

Ue: inquinamento in calo, ma non basta

Sibilla Di Palma

L'uso dei pesticidi e la dispersione dei rifiuti plastici in mare sono in calo, così come migliorano i dati sulla qualità dell'aria. Tuttavia, permangono criticità legate a rumore, microplastiche, nutrienti agricoli e produzione di rifiuti. A dirlo è il secondo rapporto Zero Pollution Monitoring and Outlook pubblicato dalla Commissione europea

L'Unione Europea si è posta obiettivi sfidanti in termini di riduzione dell'inquinamento da qui al 2030, ma il cammino da percorrere è ancora lungo, considerato che il Vecchio Continente registra progressi che non sono però ancora sufficienti. È quanto emerge dal secondo rapporto Zero Pollution Monitoring and Outlook pubblicato dalla Commissione europea insieme all'Agenzia europea dell'ambiente (Eea).
I dati indicano un calo delle emissioni inquinanti, un minore uso di pesticidi e una minore dispersione di rifiuti plastici nei mari. Migliora anche la qualità dell'aria, con una riduzione significativa dei decessi prematuri legati

all'inquinamento atmosferico. Tuttavia, i risultati non bastano: persistono criticità legate al rumore nocivo, ammoniaca e ossidi di azoto continuano a minacciare la biodiversità, mentre le perdite di nutrienti legate all'agricoltura e l'inquinamento acustico, soprattutto nelle aree urbane, richiedono interventi più incisivi. Le microplastiche, inoltre, restano una fonte di contaminazione ambientale poco controllata e la produzione di rifiuti è ancora in crescita.
Un fenomeno preoccupante, se si considera che l'inquinamento rappresenta una delle principali minacce per la salute umana e per gli ecosistemi. Ogni anno causa centinaia di migliaia di morti premature in Europa, aggravando malattie respiratorie, cardiovascolari e neurologiche, in particolare tra bambini, anziani e persone vulnerabili. Ma i danni non si fermano all'uomo: l'inquinamento compromette la biodiversità, degrada il suolo, contamina le acque e danneggia l'aria che respiriamo.
Per contrastare queste criticità, la Commissione sottolinea la necessità di promuovere un'economia circolare, in grado di ridurre il consumo di risorse e le pressioni sugli ecosistemi e sulla salute umana. L'Ue ha inoltre attuato importanti interventi normativi: dalla direttiva sulle emissioni industriali a quella sulla qualità dell'aria, passando per il trattamento delle acque reflue, la gestione dei rifiuti, la tutela delle acque e la regolamentazione del mercurio. A queste si aggiunge la proposta, presentata nel 2023, per prevenire la dispersione di pellet di plastica nell'ambiente.
Tra le principali iniziative in materia spicca, inoltre, il pacchetto Zero Pollution che comprende nove iniziative prioritarie e 33 azioni specifiche per ridurre e prevenire l'inquinamento. L'obiettivo finale resta quello di arrivare, entro il 2050, a un livello di inquinamento che non comporti più rischi per la salute umana e per l'ambiente. Per riuscirci, servono cambiamenti profondi nei modelli di consumo, puntando a "consumare meglio, in modo diverso e meno".
Gli obiettivi del piano puntano a ridurre entro il 2030 del 55% le morti premature dovute all'inquinamento atmosferico rispetto al 2005; tagliare del 50% le perdite di nutrienti (come azoto e fosforo) che inquinano fiumi, laghi e mari; limitare l'uso dei pesticidi chimici del 50%; ridurre del 50% i rifiuti plastici dispersi nei mari e del 30% i rifiuti plastici abbandonati nell'ambiente terrestre. Il piano prevede anche di dimezzare la produzione totale di rifiuti urbani non riciclati e il numero di persone cronicamente disturbate dal rumore e, infine, di migliorare la gestione delle sostanze chimiche, rendendole più sicure e sostenibili.

https://www.repubblica.it/green-and-blue/dossier/viaggio-al-centro-del-futuro-ok/2025/04/08/news/ue_inquinamento_in_calo_ma_non_basta-424114771/?ref=RHVS-BG-P7-S2-T1-IniziativeSpeciali

Pandemia in essere e in arrivo



Riepilogo

Sfondo
Diversi vaccini contro il COVID-19 sono stati autorizzati. Per supportare la valutazione dei segnali di sicurezza, abbiamo sviluppato un toolkit per il monitoraggio e la valutazione del rapporto beneficio-rischio del vaccino contro il COVID-19. Il nostro obiettivo è dimostrare l'applicazione del nostro toolkit nell'UE, utilizzando la sindrome da trombosi con trombocitopenia (TTS) associata al vaccino Vaxzevria (AstraZeneca) come caso d'uso.

Metodi
In questo studio basato sulla popolazione, abbiamo utilizzato un modello che incorpora dati provenienti da diverse fonti UE, come il Sistema europeo di sorveglianza ed EudraVigilance, e abbiamo stimato i benefici dei vaccini contro il COVID-19 confrontando i casi confermati di COVID-19, i ricoveri ospedalieri, i ricoveri in terapia intensiva (UTI) e i decessi osservati in tutta Europa con i numeri attesi in assenza di vaccinazione con Vaxzevria.
I rischi di sindrome da torsione dello sterno (TTS) associati a Vaxzevria sono stati calcolati confrontando il numero osservato di eventi di TTS negli individui che hanno ricevuto Vaxzevria con il numero atteso di eventi basato sui tassi di incidenza di base. Per visualizzare i risultati, abbiamo sviluppato un toolkit con un'applicazione web interattiva.

Risultati
Entro il 10 febbraio 2021, in Europa erano stati somministrati 62.598.505 vaccini Vaxzevria (32.763.183 alle donne e 29.835.322 agli uomini). I nostri risultati hanno mostrato che una prima dose di Vaxzevria ha fornito benefici in tutte le fasce d'età.
Sulla base delle stime di efficacia del vaccino e della copertura vaccinale segnalata in Europa, dal 13 dicembre 2020 al 31 dicembre 2021, si stima che la vaccinazione con Vaxzevria abbia prevenuto (per 100.000 dosi) 12.113 casi di COVID-19, 1.140 ricoveri ospedalieri, 184 ricoveri in terapia intensiva e 261 decessi. Le donne di età compresa tra 30 e 59 anni e gli uomini di età compresa tra 20 e 29 anni hanno avuto la più alta frequenza di eventi di TTS.
I benefici della vaccinazione hanno superato i rischi della TTS in tutte le fasce d'età; i benefici e i rischi più elevati sono stati osservati negli individui di età compresa tra 60 e 69 anni.

Interpretazione
Il nostro kit di strumenti e il modello sottostante hanno contestualizzato il rischio di TTS associato a Vaxzevria in relazione ai suoi benefici. La metodologia impiegata potrebbe essere applicata ad altri eventi avversi gravi correlati al COVID-19 o ad altri vaccini. L'adattabilità e la versatilità di tali kit di strumenti potrebbero contribuire a rafforzare la preparazione per future emergenze di sanità pubblica.

Finanziamento
Agenzia europea per i medicinali.

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

Contestualizzare i benefici e i rischi dei vaccini richiede di considerare la complessa interazione dinamica tra tassi di infezione, efficacia del vaccino, esposizione al vaccino ed eventi avversi nella popolazione.
Nell'ambito della risposta alla pandemia di COVID-19, sono stati autorizzati diversi vaccini contro il COVID-19. Tuttavia, non esistevano strumenti digitali dedicati a supporto del processo decisionale in ambito sanitario e normativo, basati sulla valutazione dei segnali di sicurezza nel contesto dei potenziali benefici dei vaccini contro il COVID-19.
Abbiamo effettuato ricerche su PubMed dall'inizio fino al 25 marzo 2023, utilizzando i termini di ricerca [(tool* AND digital) AND (covid) AND (vaccin*) AND (effectiv* OR benefit OR risk)] per studi pubblicati in inglese che esaminassero l'uso di strumenti digitali per valutare benefici e rischi dei vaccini contro il COVID-19.
Abbiamo identificato tre studi incentrati su approcci digitali alla raccolta dati a distanza, incluso il recupero dei dati vaccinali, per studiare l'impatto dell'infezione da COVID-19.
Inoltre, altri due studi si sono concentrati sul supporto al tracciamento dei contatti, uno studio ha riportato una soluzione di salute digitale a supporto della gestione clinica dei pazienti con condizioni post-COVID-19 (noto anche come COVID lungo) e uno studio ha evidenziato il prezioso ruolo che gli strumenti digitali potrebbero offrire nel supportare la comunicazione delle informazioni sulla sicurezza dei vaccini.
Non abbiamo identificato studi che descrivano uno strumento digitale per contestualizzare benefici e rischi dei vaccini contro il COVID-19.

Valore aggiunto di questo studio

Questo studio riporta lo sviluppo del Benefit Risk Assessment of Vaccines (BRAVE), un toolkit che riunisce diverse fonti di dati sanitari per contestualizzare i benefici e i rischi dei vaccini contro il COVID-19 nel loro complesso e per sottopopolazione di interesse. Inoltre, il toolkit include una dashboard interattiva per visualizzare e contestualizzare le stime di benefici e rischi dei vaccini a livello UE.
Utilizzando Vaxzevria e la sindrome da trombosi con trombocitopenia come caso d'uso, dimostriamo il valore di BRAVE nel supporto alle emergenze sanitarie. Più specificamente, il nostro caso di studio ha informato i programmi strategici di vaccinazione sul rapporto beneficio-rischio positivo di Vaxzevria.

Implicazioni di tutte le prove disponibili

Il toolkit BRAVE e la sua metodologia hanno il potenziale per essere estesi ad altri vaccini, eventi avversi gravi ed esiti clinici, al fine di migliorare la nostra comprensione del profilo beneficio-rischio di qualsiasi vaccino. Applicazioni digitali come BRAVE hanno il potenziale di migliorare e accelerare l'utilità dei dati sanitari su benefici e rischi, identificando, ad esempio, sottopopolazioni a rischio più elevato per età e sesso.
Questo approccio potrebbe contribuire a contestualizzare i risultati e a integrare un processo decisionale politico informato, e potrebbe quindi svolgere un ruolo importante nella futura preparazione alle pandemie.

Introduzione

La pandemia di SARS-CoV-2 ha costretto i paesi di tutto il mondo ad adottare misure di vasta portata per ridurre il carico sui sistemi sanitari e mitigare le gravi conseguenze legate al COVID-19.
Diversi vaccini sono stati sviluppati e autorizzati a una velocità senza precedenti, raggiungendo una distribuzione totale di oltre 1,3 miliardi di dosi nell'UE e di oltre 12 miliardi di dosi in tutto il mondo al 23 novembre 2022. [1,2]
È stato dimostrato che la vaccinazione contro il COVID-19 è efficace nel prevenire infezioni, ricoveri ospedalieri, ricoveri in terapia intensiva (UTI) e decessi dovuti al COVID-19. [3] Per Vaxzevria (in precedenza vaccino COVID-19 AstraZeneca), casi molto rari di coaguli di sangue insoliti con basso numero di piastrine, inclusa la sindrome da trombosi con trombocitopenia (TTS), si verificano in circa una persona su 100.000 vaccinate. [4]

A marzo 2021, il Comitato di Valutazione dei Rischi per la Farmacovigilanza (PRAC) dell'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA) ha avviato una valutazione della sicurezza per eventi embolici e trombotici dopo la somministrazione di Vaxzevria. 5
Sulla base dei dati del sistema europeo di segnalazione spontanea (EudraVigilance), delle analisi osservate rispetto a quelle attese, delle consultazioni di esperti e delle revisioni della letteratura, sono emersi segnali di sicurezza per eventi embolici e tromboembolici, in particolare nelle donne di età inferiore a 60 anni, con insorgenza entro 2 settimane dalla vaccinazione.
Il PRAC ha concluso che era possibile una potenziale relazione causale tra la vaccinazione con Vaxzevria e una nuova entità clinica di trombosi con trombocitopenia, definita come TTS, e ha raccomandato avvertenze e aggiornamenti delle informazioni sul prodotto. 5
Il 9 aprile 2021, la Commissione europea ha avviato una procedura ai sensi dell'articolo 5(3) del regolamento (CE) n. 726/2004, richiedendo il parere scientifico dell'EMA per orientare le campagne di vaccinazione nazionali per Vaxzevria. 6,7
Nello specifico, la Commissione europea ha richiesto ulteriori analisi e stratificazioni dei dati sulla sottopopolazione (età, sesso e dose di vaccino) nel contesto dei tassi di infezione mensili per caratterizzare benefici e rischi.
Attraverso la procedura dell'articolo 5(3), i dati sulla vaccinazione contro il COVID-19 sono stati resi disponibili per quantificare i benefici della vaccinazione con Vaxzevria in termini di numero evitato di casi confermati di COVID-19, ricoveri ospedalieri, ricoveri in terapia intensiva e decessi, sulla base di dati specifici per paese, per età e per tempo rispetto a questi endpoint, e per compensare questi benefici con i potenziali rischi associati alla vaccinazione con Vaxzevria. 7
Utilizzando dati aggregati ottenuti dagli Stati membri dell'UE-Spazio economico europeo (UE-SEE) e dal Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC), dossier di autorizzazione all'immissione in commercio dei vaccini e letteratura pubblicata, in particolare studi osservazionali sull'efficacia del vaccino, la valutazione ha concluso che i benefici aumentano con l'aumentare dell'età e del tasso di infezione. 7
L'obiettivo del nostro studio era quello di sviluppare un toolkit per supportare la contestualizzazione rischi-benefici dei vaccini contro il COVID-19 nell'UE utilizzando una metodologia quadro completa e adattabile, dimostrata utilizzando TTS dopo la vaccinazione con Vaxzevria come caso d'uso.

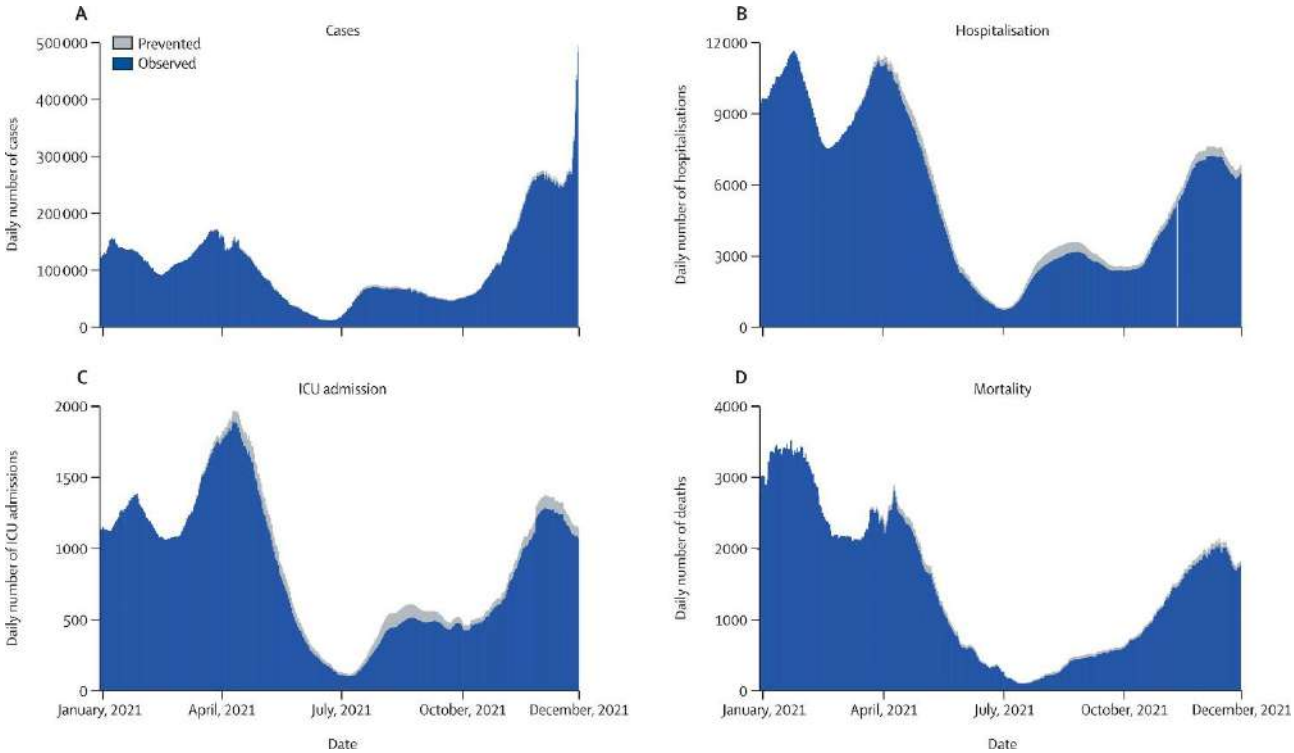


Figura 1 Numero giornaliero di casi di COVID-19 osservati (blu) e prevenuti (grigio) (A), ricoveri ospedalieri (B), ricoveri in terapia intensiva (C) e decessi (D) con Vaxzevria nei paesi dell'UE-Spazio economico europeo tra il 13 dicembre 2020 e il 31 dicembre 2021

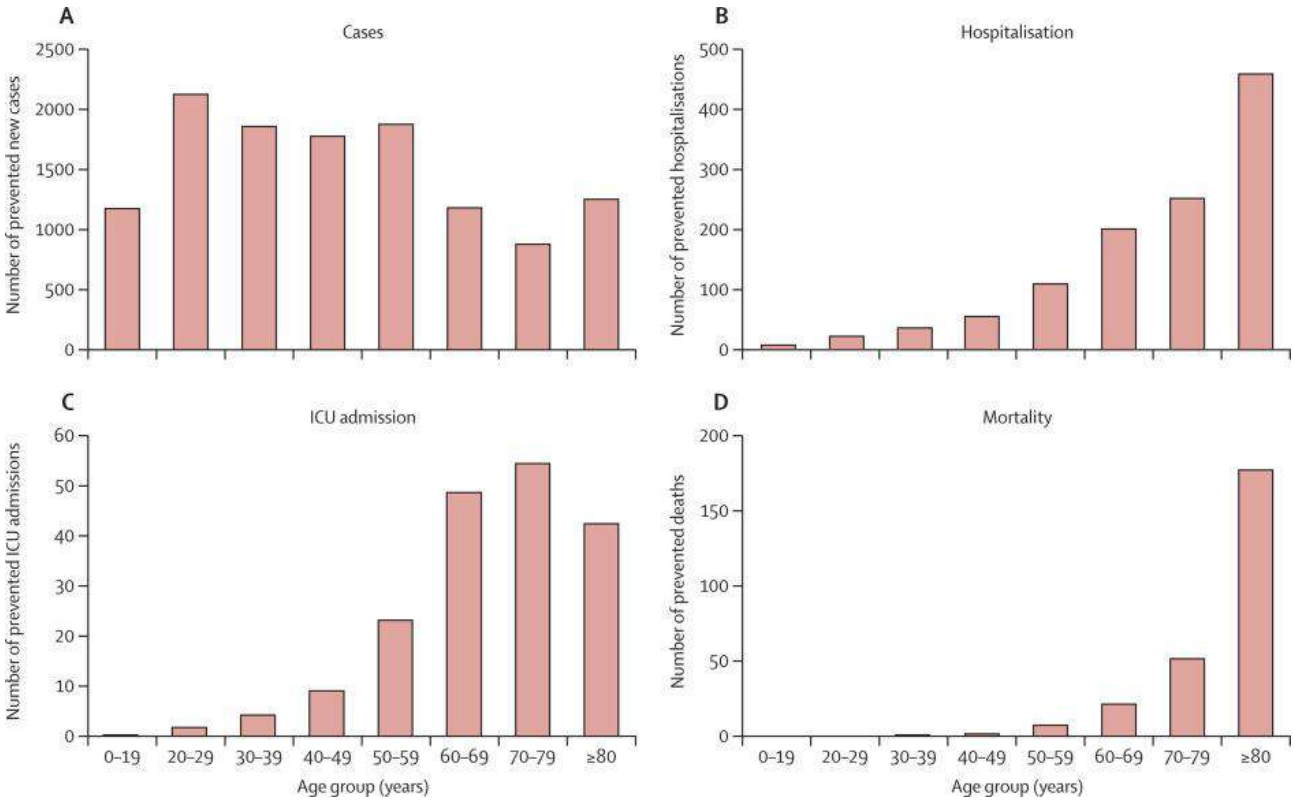


Figura 2 Numero di casi di COVID-19 prevenuti (A), ricoveri ospedalieri (B), ricoveri in terapia intensiva (C) e mortalità (D) ogni 100.000 individui vaccinati con Vaxzevria nell'UE per fascia d'età tra il 13 dicembre 2020 e il 31 dicembre 2021

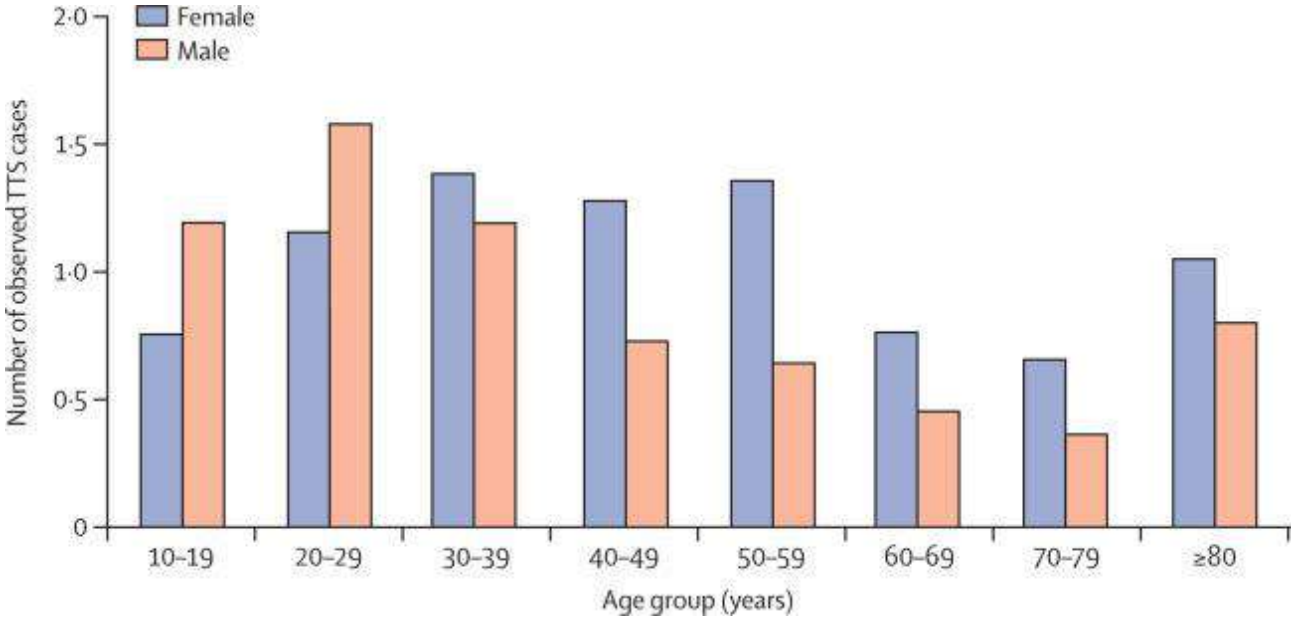


Figura 3 Numero di casi osservati di TTS segnalati per Vaxzevria per maschi e femmine

https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500(25)00025-1/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email



La resistenza antimicrobica (AMR) nei batteri comunemente implicati nelle infezioni ospedaliere e in alcune infezioni comunitarie rappresenta una grave minaccia per la salute pubblica, con 1,91 milioni di decessi attribuibili a infezioni batteriche da AMR previsti nel 2050, la maggior parte dei quali (>65%) si verificherà in persone di età superiore ai 70 anni. 1
I tassi di sepsi ospedaliera variano da 13,8 a 175,0 casi ogni 100.000 adulti all'anno, con mortalità in oltre la metà dei soggetti colpiti. 2
Quasi il 60% degli episodi di sepsi ospedaliera, solitamente attribuiti a organismi AMR, si verifica nei neonati, con tassi tra i neonati trattati in terapia intensiva stimati a 112,9 casi ogni 1.000 casi, anch'essi con un elevato rischio di mortalità. 2
L'onere delle infezioni batteriche da AMR colpisce in modo sproporzionato i contesti dei Paesi a basso e medio reddito (LMIC). 1,2
L'OMS ha intrapreso nel 2017 un pionieristico sforzo coordinato per ottenere un elenco completo dei batteri AMR per interventi di sanità pubblica a livello globale, pubblicando il suo primo Elenco dei Patogeni Batterici Prioritari (BPPL). 3
È sorprendente che un'impresa del genere sia stata intrapresa relativamente di recente, considerando che l'inarrestabile diffusione dell'AMR è in aumento sin dal primo utilizzo diffuso della penicillina negli anni '40. 4
Questo aumento è proseguito attraverso la diffusione di organismi Gram-negativi produttori di β-lattamasi a spettro esteso negli anni '80 e '90, 5 culminando nell'attuale era di resistenza ai carbapenemi e alla colistina. 6
In *The Lancet Infectious Diseases* , Hatim Sati e colleghi, per conto del Gruppo Consultivo dell'OMS per la Lista dei Patogeni Batterici Prioritari (BAP), presentano i processi che hanno portato alla revisione della BPPL dell'OMS del 2017, come aggiornamento della BPPL dell'OMS del 2024. Gli autori hanno utilizzato metodologie simili a quelle utilizzate per la derivazione della BPPL del 2017, con un'estensione dei fattori che contribuiscono alla ponderazione di ciascun organismo AMR in esame, sulla base dei recenti progressi nella comprensione del carico e dell'epidemiologia delle infezioni batteriche da AMR.

Tra i risultati più significativi ottenuti nell'istituzione del BPPL dell'OMS del 2024 figurano i seguenti:

1. Mantenimento dei patogeni Gram-negativi resistenti agli antibiotici (*Klebsiella pneumoniae resistente ai carbapenemi, Escherichia coli* di terza generazione resistente alle cefalosporine e *Acinetobacter baumannii* resistente ai carbapenemi) al primo posto dell'elenco delle priorità, sulla base del loro considerevole contributo al carico di malattia, alla morbilità e alla mortalità in tutti i contesti;
2. Aggiunta del *Mycobacterium tuberculosis* resistente alla rifampicina all'elenco dei patogeni prioritari;
3. Maggiore enfasi sulla *Salmonella enterica* sierotipo Typhi, *Shigella* spp e *Neisseria gonorrhoeae* resistenti ai fluorochinoloni come fattori che contribuiscono al carico di malattia, in particolare nei Paesi a basso e medio reddito;
4. La deprioritizzazione dello *Streptococcus pneumoniae* non sensibile alla penicillina e *dello Staphylococcus aureus* resistente alla vancomicina dall'elenco.

È degno di nota, nel confronto tra le versioni del 2017 e del 2024 del BPPL dell'OMS, l'enfasi sui patogeni farmacoresistenti associati alla comunità.

Questa modifica indica una crescente consapevolezza e preoccupazione per il peso delle infezioni farmacoresistenti e difficili da trattare che possono insorgere a causa dell'esposizione a patogeni AMR nella comunità, anche nei Paesi a basso e medio reddito (LMIC).
L'elenco BPPL dell'OMS del 2024 intende dare impulso a percorsi di ricerca e sviluppo, attività di sorveglianza e misure di prevenzione per contrastare l'attuale aumento delle infezioni batteriche da resistenza antimicrobica.
Dalla pubblicazione del BPPL dell'OMS del 2017, sono disponibili per uso clinico 13 nuovi agenti antimicrobici, almeno quattro dei quali (cefiderocol, ceftazidime-avibactam, plazomicina e pretomanid) sono inclusi nell'elenco dei medicinali essenziali dell'OMS del 2023. 7,8
Tuttavia, è già stata descritta una resistenza a questi agenti, 7 sottolineando la necessità di esplorare strategie preventive efficaci e convenienti.
Sono in corso sforzi per produrre un vaccino contro *la K. pneumoniae* e si stanno valutando strategie per ridurre la durata del trattamento antibiotico e la durata del ricovero ospedaliero per diverse sindromi infettive.
Le linee guida sull'implementazione di pacchetti di cure per la prevenzione delle infezioni nei pazienti con dispositivi a permanenza stanno diventando sempre più diffuse.
Le strategie progettate per rafforzare e sostenere l'aderenza all'igiene delle mani da parte degli operatori sanitari sono fondamentali per limitare la trasmissione di patogeni antimicrobici ai pazienti provenienti dagli ambienti sanitari (inclusi i reparti di degenza e ambulatoriali).
I microrganismi hanno un vantaggio grazie ai loro meccanismi di rapido adattamento per resistere agli effetti degli antimicrobici.
Mentre sono in corso studi clinici per esplorare regimi antibiotici empirici e mirati ottimali per il trattamento delle infezioni associate alla comunità e all'ospedale, è necessario porre l'accento sull'ottimizzazione delle strategie preventive, la più elementare delle quali è la semplice igiene delle mani.
La fornitura di acqua e sapone alle comunità riduce significativamente il peso delle infezioni infantili comuni, 9 mentre l'aderenza al lavaggio delle mani riduce del 50 % il tasso di mortalità materna dopo il parto.10
Sebbene vi sia una carenza di prove di alta qualità su come l'ottimizzazione delle misure di prevenzione e controllo delle infezioni possa influire sul peso, l'incidenza e i costi sanitari delle infezioni associate all'ospedale, spetta a tutti gli operatori sanitari ridurre al minimo il potenziale di trasmissione di organismi AMR dalle nostre mani ai nostri pazienti.

https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(25)00150-1/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email

la Repubblica

Contrordine: vivremo meno (e anche peggio). Giù l'aspettativa di vita

Elvira Naselli

Bisogna misurare la healthspan, ovvero la quantità di anni in buona salute. Che stanno diminuendo perché ci si ammala sempre prima, per colpa di stili di vita sbagliati

Contrordine, non vivremo così a lungo come abbiamo creduto in tutti questi anni di annunci trionfalistici sulla speranza di vita allungata. 85, 86, 87 anni, guardando ai centenari e anche oltre.
Oltre al dato nudo e crudo dell'età anagrafica, però, bisogna guardare anche a come si arriva a quell'età e la stragrande maggioranza dei nostri grandi vecchi è costituita da quegli anziani polipillola da 10 o 12 medicine al giorno che convivono – spesso malamente – con patologie degenerative e progressive che li rendono non

autosufficienti e che impongono costi proibitivi al Sistema sanitario e alle famiglie, soprattutto alle donne delle famiglie, costrette a diventare caregiver a tempo pieno.

Che cos'è l'healthspan

Non a caso nel prossimo congresso europeo sull'obesità, a Malaga, si discuterà di una patologia cronica come l'obesità non solo in termini di riduzione del peso ma di miglioramento della qualità della vita, della condizione fisica e dei rapporti sociali. Quello che si definisce healthspan, ovvero il periodo di vita trascorso in salute indipendentemente dall'età.

Peggiorati gli stili di vita

Ma perché adesso le previsioni sulla durata della vita peggiorano? La risposta è semplice: perché sono i nostri stili di vita ad essere peggiori, abbiamo pressione e colesterolo alti, fumiamo e beviamo alcolici, ci muoviamo poco, mangiamo come non dovremmo, viviamo in ambienti inquinati e in condizioni spesso di stress estremo. Tutti questi elementi provocano un anticipo di decenni della comparsa di malattie croniche.

Oggi i numeri del Piano Strategico Nazionale per la Salute Cardiovascolare, sviluppato dalla Federazione Italiana di Cardiologia (FIC), ci dicono che l'aumento dei principali fattori di rischio cardiovascolari, come obesità, ipertensione, colesterolo alto, dieta scorretta, diabete, fumo e sedentarietà sono responsabili di circa il 60% delle morti cardiovascolari. Con un costo per la Sanità di 42 miliardi l'anno.

L'anticipo delle malattie neurodegenerative

"Se non corriamo ai ripari – spiega Ennio Tasciotti, Direttore dello Human Longevity Program all'Irccs San Raffaele di Roma - potremmo essere la prima generazione che vivrà meno a lungo dei propri genitori.

Stiamo infatti assistendo – continua Tasciotti, che parteciperà alla prima edizione di HealthAbility Experience, a Bologna l'11 e 12 aprile – a una anticipazione anche in età giovanile di malattie come obesità, diabete, tumori, malattie cardiovascolari e neurodegenerative, che prima iniziavano attorno ai 60-70 anni.

I motivi sono tanti: l'esposizione a sostanze inquinanti, la sedentarietà, lo stress cronico e un'alimentazione ultra processata hanno modificato il nostro metabolismo e alterato il microbiota intestinale, influenzando negativamente il nostro stato di salute".

Fattori ambientali che accelerano l'invecchiamento

Ma non solo: in qualche modo entra in ballo anche l'epigenetica, ovvero l'espressione dei nostri geni che può essere influenzata anche da fattori esterni. "Alcuni studi – continua Tasciotti - suggeriscono che fattori ambientali e stili di vita errati stiano addirittura accelerando i processi di invecchiamento a livello epigenetico, trasmettendo un'eredità biologica più fragile alle nuove generazioni.

Siamo esposti a un contesto ambientale ben peggiore rispetto a quello dei nostri genitori e dei nostri nonni; questo comporta una perdita di qualità di vita ed è quindi fondamentale correre ai ripari proprio per la nostra generazione.

Per L'Oms la qualità dell'aria è la prima causa di morte al mondo. Ma noi abbiamo inquinato un'altra risorsa fondamentale per la vita: l'acqua. Quella che beviamo oggi non è più pura come un tempo, perché ormai è inevitabile la contaminazione da metalli pesanti, arsenico, nano e microplastiche, residui di pesticidi e altri contaminanti chimici. Gli effetti dell'esposizione cronica a queste sostanze sono praticamente sconosciuti, ma alcuni studi indicano un possibile legame con disturbi endocrini, alterazioni del sistema immunitario, infiammazione e persino un'accelerazione dei processi di invecchiamento cellulare".

Basta cibi processati

E poi c'è l'alimentazione. "Basta mangiare cibi processati. Bisognerebbe ritornare a mangiare cibi cucinati quanto più possibile a partire da materie prime di qualità, e puntando sulla varietà (cereali integrali, legumi, verdure di stagione). Mangiare le stesse cose è un incubo per la salute gastrointestinale.

La longevità deve tenere conto della qualità della vita: non basta vivere più a lungo, bisogna vivere meglio e per farlo bisogna imparare a proteggere la nostra salute a 360°, corpo e mente.

Preoccupiamoci dello stato di salute del cervello, dobbiamo impegnarci per continuare a farlo funzionare bene. Per questo la ricerca del mio laboratorio è incentrata sul cervello e sulle malattie neurodegenerative

perché un corpo in salute senza un cervello lucido non è longevo. Per la salute cognitiva, bisogna cominciare a trattare il cervello come qualunque altro organo e tessuto del corpo. F
acciamo bene ad andare palestra per allenare i muscoli, ma non dobbiamo dimenticarci di allenare il cervello, che va stimolato ed esercitato proprio come un muscolo. Per farlo ci si può dedicare a un nuovo hobby, imparare una nuova lingua o a suonare uno strumento musicale, ma anche più semplicemente, migliorando i rapporti interpersonali e la vita di relazione".

Il cervello e l'invecchiamento
Uno studio epidemiologico dell'Università di Harvard durato 80 anni ha mappato quanto la depressione e la solitudine o la gioia e l'integrazione sociale avessero correlazione con l'invecchiamento e la qualità di vita.
"I dati sono chiarissimi: nessuno di coloro che raggiungeva un'età avanzata viveva in solitudine o era triste, suggerendo quindi che gioia e attività sociali avessero un'azione protettiva, mentre solitudine e depressione un impatto negativo quanto fumare un pacchetto di sigarette al giorno.
Il cervello insomma ha un ruolo determinante nell'invecchiamento. E' inutile riparare qualcosa che abbiamo rotto, se possiamo evitare che si rompa".

Stress ossidativo e malattia
Mangiare male e avere abitudini di vita sedentaria aumentano l'infiammazione e lo stress ossidativo che nel tempo portano a malattia e disabilità.
"Oggi, in laboratorio, stiamo sviluppando nanoparticelle intelligenti capaci di rilasciare molecole con azione antinfiammatoria mirata e di modulare la risposta immunitaria in modo preciso ed efficace, aprendo nuove prospettive per la prevenzione e il trattamento delle patologie dell'invecchiamento". Fermo restando che muoversi, camminare, far le scale e anche un po' di pesi è l'antidoto migliore contro la perdita di muscoli e di autonomia.

https://www.repubblica.it/salute/2025/04/08/news/aspettativa_vita_si_abbassa_malattie-424105050/?ref=RHLM-BG-P15-S1-T1-fattidelgiorno12

quotidianosanità.it

Allarme Oms. "Il sovra utilizzo degli antibiotici 'Watch' alimenta la resistenza ai farmaci"

Un nuovo report mondiale denuncia l'eccesso di uso di antibiotici Watch, quelli a spettro più ampio: solo un Paese su tre rispetta gli impegni Onu secondo i quali almeno il 70% degli antibiotici usati globalmente doveva rientrare, entro il 2030, nella categoria di antibiotici Access a bassa probabilità di causare resistenza antimicrobica. L'Oms delinea strategie urgenti per contenere la minaccia della resistenza antimicrobica

L'abuso di antibiotici a spettro più ampio, i cosiddetti antibiotici della categoria "Watch", sta accelerando il fenomeno della resistenza antimicrobica (Amr), Runa delle maggiori minacce per la salute pubblica mondiale. Questo il monito lanciato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che ha pubblicato oggi un'analisi sull'uso globale degli antibiotici.
Il rapporto basato sui dati del 2022 (raccolti in 90 Paesi, Territori e Aree (CTA), di cui 74 hanno riportato dati nazionali) tramite il sistema GLASS (Global Antimicrobial Resistance and Use Surveillance System) e il sistema di accesso, sorveglianza e riserva (AWaRe) dell'OMS, (Access, Watch, Reserve) classifica gli antibiotici in tre categorie:

- **Gli antibiotici Access** spesso raccomandati come trattamenti di prima o seconda scelta per le infezioni comuni, grazie alla loro sicurezza, al basso costo, allo spettro ristretto e alla bassa probabilità di causare resistenza antimicrobica.
- **Gli antibiotici "Watch"** con uno spettro più ampio e sono in genere più costosi. Sono generalmente raccomandati come prima scelta per i pazienti con infezioni più gravi.
- **Gli antibiotici di riserva** sono antibiotici di ultima istanza utilizzati per trattare infezioni multiresistenti ai farmaci.

Il Report mostra un quadro chiaro e allarmante: mentre l'obiettivo fissato dall'Onu nel 2024 prevedeva che almeno il 70% degli antibiotici usati globalmente rientrasse entro il 2030 nella categoria Access – caratterizzati da basso costo, sicurezza e minore propensione a sviluppare resistenze – ad oggi solo un terzo dei Paesi, territori e aree (CTA) coinvolti ha raggiunto questo traguardo.

Una fotografia globale frammentata Secondo l'Oms nel 2022 sono state somministrate mediamente 18 dosi giornaliere definite (DID) di antibiotici ogni 1000 abitanti. Tuttavia, l'uso varia di dieci volte tra i CTA con i consumi più alti e quelli più bassi, a testimonianza di gravi disparità tra sovrautilizzo e scarso accesso. In particolare, nei Paesi a basso e medio reddito si riscontra un paradosso: da un lato, il sovrautilizzo di antibiotici Watch che aumenta la pressione selettiva sui microrganismi; dall'altro, la mancanza quasi totale di accesso agli antibiotici Reserve, fondamentali per contrastare le infezioni più resistenti.
La partecipazione al sistema GLASS, nonostante i progressi, avverte però il Report, è ancora limitata: meno del 50% dei Paesi globalmente raccoglie e condivide dati sull'uso di antibiotici, con carenze particolarmente evidenti al di fuori dell'Europa.

Perché gli antibiotici Watch sono un problema? Gli antibiotici Watch sono farmaci più potenti, spesso utilizzati per infezioni gravi. Tuttavia, il loro ampio spettro di azione li rende anche più pericolosi dal punto di vista della selezione di batteri resistenti. Il loro uso improprio – soprattutto laddove potrebbero essere efficaci antibiotici Access – è uno dei principali motori della crescita della AMR. "Gli antibiotici di tipo Watch contribuiscono in modo sproporzionato alla resistenza antimicrobica e occorre fare di più per evitarne l'uso non necessario quando non sono necessari antibiotici o quando sarebbero sufficienti gli antibiotici Access", si legge in una nota dell'Oms

Le priorità dell'Oms: sorveglianza, stewardship e accesso equo
Alla luce dei dati emersi, l'Oms ha delineato tre priorità strategiche immediate:

- **Rafforzare la raccolta e l'analisi dei dati sull'uso di antibiotici** Attraverso il rafforzamento dei sistemi di sorveglianza nazionale e l'offerta di formazione online tramite l'Oms Academy, si mira a costruire capacità locali per monitorare e interpretare l'uso dei farmaci antimicrobici
- **Promuovere politiche di stewardship per l'uso razionale degli antibiotici** Gli Stati membri sono invitati ad adottare protocolli che favoriscano la prescrizione preferenziale di antibiotici Access rispetto a quelli Watch. L'Oms collaborerà strettamente con organizzazioni chiave, come la World Medical Association, per sensibilizzare i medici a una prescrizione più responsabile.
- **Migliorare la disponibilità di antibiotici essenziali nei Paesi a risorse limitate** Attraverso partnership con iniziative come il Global Antibiotic Research and Development Partnership (GARDP), si punta a garantire l'accesso equo anche agli antibiotici Reserve, cruciali per contrastare le infezioni resistenti.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=129320

quotidianosanità.it

Raggiunto l'accordo su una bozza di trattato pandemico globale. Oms non avrà potere di intervenire sui singoli stati per lockdowm, obblighi vaccinali o restrizione degli spostamenti. Tedros: "Accordo generazionale"

Gli accordi includono l'istituzione di un sistema di accesso agli agenti patogeni e di condivisione dei benefici; adottare misure concrete in materia di prevenzione delle pandemie; sviluppare capacità di ricerca e sviluppo geograficamente diversificate; agevolare il trasferimento di tecnologie e delle relative conoscenze; l'istituzione di un meccanismo finanziario di coordinamento; adottare misure concrete per rafforzare la preparazione, la prontezza e le funzioni e la resilienza del sistema sanitario; e la creazione di una catena di approvvigionamento globale e di una rete logistica

16 APR -
Dopo oltre tre anni di intensi negoziati, gli Stati membri dell'Oms hanno compiuto un importante passo avanti negli sforzi per rendere il mondo più sicuro dalle pandemie, preparando una bozza di accordo da prendere in considerazione alla prossima Assemblea mondiale della sanità a maggio. La proposta mira a rafforzare la collaborazione globale in materia di prevenzione, preparazione e risposta alle future minacce pandemiche.
Nel dicembre 2021, al culmine della pandemia di Covid, gli Stati membri dell'Oms hanno istituito l'organo intergovernativo di negoziazione (INB) per redigere e negoziare una convenzione, un accordo o un altro strumento internazionale, ai sensi della Costituzione dell'Oms, per rafforzare la prevenzione, la preparazione e la risposta alle pandemie.
A seguito di 13 cicli formali di incontri, nove dei quali prorogati, e di molti negoziati informali e intersessionali su vari aspetti del progetto di accordo, l'INB ha finalizzato oggi una proposta per l'accordo pandemico dell'Oms. I risultati dei lavori dell'INB saranno ora presentati alla settantottesima Assemblea Mondiale della Sanità per la sua considerazione.

"Le nazioni del mondo hanno fatto la storia a Ginevra oggi - ha detto **Tedros Adhanom Ghebreyesus**, direttore generale dell'Oms -. Nel raggiungere il consenso sull'accordo sulla pandemia, non solo hanno messo in atto un accordo generazionale per rendere il mondo più sicuro, ma hanno anche dimostrato che il multilateralismo è vivo e vegeto e che nel nostro mondo diviso le nazioni possono ancora lavorare insieme per trovare un terreno comune e una risposta condivisa alle minacce condivise. Ringrazio gli Stati membri dell'Oms e i loro team negoziali per la lungimiranza, l'impegno e l'instancabile lavoro. Attendiamo con impazienza l'esame dell'accordo da parte dell'Assemblea Mondiale della Sanità e, speriamo, la sua adozione".
Le proposte all'interno del testo sviluppato dall'INB includono l'istituzione di un sistema di accesso agli agenti patogeni e di condivisione dei benefici; adottare misure concrete in materia di prevenzione delle pandemie, anche attraverso un approccio "One Health"; sviluppare capacità di ricerca e sviluppo geograficamente diversificate; agevolare il trasferimento di tecnologie e delle relative conoscenze, competenze e competenze per la produzione di prodotti sanitari connessi alla pandemia; mobilitare una forza lavoro competente, formata e multidisciplinare per l'emergenza sanitaria nazionale e globale; l'istituzione di un meccanismo finanziario di coordinamento; adottare misure concrete per rafforzare la preparazione, la prontezza e le funzioni e la resilienza del sistema sanitario; e la creazione di una catena di approvvigionamento globale e di una rete logistica.
La proposta afferma la sovranità dei paesi nell'affrontare le questioni di salute pubblica all'interno dei loro confini e prevede che **nessuna disposizione del progetto di accordo debba essere interpretata nel senso di fornire all'Oms l'autorità di dirigere, ordinare, modificare o prescrivere leggi o politiche nazionali, o di imporre agli Stati di intraprendere azioni specifiche, come vietare o accettare viaggiatori, imporre obblighi di vaccinazione o misure terapeutiche o diagnostiche o attuare lockdown**.
La co-presidente dell'INB, **Precious Matsoso**, ha dichiarato: "Sono felicissima dell'incontro tra i Paesi, di tutte le regioni del mondo, attorno a una proposta per aumentare l'equità e, quindi, proteggere le generazioni future dalle sofferenze e dalle perdite che abbiamo subito durante la pandemia di Covid. I negoziati, a volte, sono stati difficili e prolungati. Ma questo sforzo monumentale è stato sostenuto dalla comprensione

condivisa che i virus non rispettano i confini, che nessuno è al sicuro dalle pandemie finché tutti non sono al sicuro e che la sicurezza sanitaria collettiva è un'aspirazione in cui crediamo profondamente e che vogliamo rafforzare".
Il co-presidente dell'INB, l'ambasciatrice **Anne-Claire Amprou**, ha affermato che la bozza di accordo è un passo importante nel rafforzamento dell'architettura di sicurezza sanitaria globale in modo che le persone del mondo siano meglio protette dalla prossima pandemia.
"Nella stesura di questo storico accordo, i Paesi del mondo hanno dimostrato il loro impegno condiviso a prevenire e proteggere tutti, ovunque, dalle future minacce pandemiche - ha dichiarato Amprou -. Sebbene l'impegno per la prevenzione attraverso l'approccio One Health sia un importante passo avanti nella protezione delle popolazioni, la risposta sarà più rapida, più efficace e più equa. Si tratta di un accordo storico per la sicurezza sanitaria, l'equità e la solidarietà internazionale".

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=129115

SALUTE INTERNAZIONALE

Malattie da vettori e ruolo delle comunità

Andrea Ubiali, *Medico di sanità pubblica, Bologna.*

La partecipazione attiva e diretta della comunità ai programmi di lotta alle malattie trasmesse da vettori, come zanzare e zecche, potrebbe permettere di superare le principali criticità attuali e apportare molteplici benefici. Costruire reti tra servizi sanitari, istituzioni pubbliche, associazioni locali, volontariato e cittadini potrebbe rendere queste strategie sostenibili ed efficaci anche nel contesto italiano.

Le malattie infettive trasmesse da vettori rappresentano una crescente minaccia per la sanità pubblica globale. In particolare, il numero dei casi di malattie trasmesse da insetti artropodi, come dengue, chikungunya, Zika e West Nile virus, mostra un trend in aumento in molte regioni del mondo.
Tra queste, la dengue è probabilmente la minaccia più significativa al momento attuale. Negli ultimi due decenni, i casi globali di dengue sono decuplicati, raggiungendo livelli record nel 2023 e nel 2024 (1,2).
Anche regioni come l'Europa (3) e il Nord America, dove la dengue era tradizionalmente considerata una malattia tropicale d'importazione, stanno registrando un aumento di casi importati e, preoccupante novità, focolai di trasmissione autoctona (4).

In Italia, i casi di dengue nel 2023 e nel 2024 hanno raggiunto livelli senza precedenti, con episodi di trasmissione autoctona in diverse regioni (5).
Le cause per cui anche paesi come il nostro che in precedenza erano relativamente risparmiati da queste malattie ora sono sempre più minacciati sono molteplici e complesse e includono fattori ecologici, climatici e antropici (6).
Queste tematiche sono già state oggetto di approfondimenti anche su questa rivista, per esempio qui e qui.
Ancora da approfondire rimane invece il tema del cosa fare per contrastare la minaccia.

Nel nostro paese, il Piano Nazionale Arbovirosi (1) rappresenta la guida principale per la prevenzione e il controllo delle malattie trasmesse da vettori (7).
Questo documento programmatico quinquennale delinea le strategie fondamentali da adottare, ponendo la lotta integrata al vettore come pilastro centrale.

Tale strategia comprende la ricerca e la rimozione dei focolai di sviluppo delle larve, la bonifica ambientale, l'impiego di prodotti larvicidi nei focolai che non possono essere rimossi o bonificati e l'uso di prodotti adulticidi solo in situazioni emergenziali.
Questi interventi mirano a ridurre la densità dei vettori e, di conseguenza, a interrompere la trasmissione delle malattie.
A supporto di tali misure sono previsti anche sistemi di sorveglianza sanitaria, entomologica e veterinaria.
Sebbene queste strategie abbiano contenuto il rischio a livelli accettabili negli anni passati, il mutato scenario epidemiologico evidenzia la necessità di aggiornare e integrare le strategie attuali e l'identificazione di nuove aree di intervento.

La letteratura scientifica recente evidenza una discreta consapevolezza della situazione e sottolinea l'urgenza di sviluppare strumenti innovativi per affrontare il rischio crescente.
Le due principali direttrici di ricerca si orientano da un lato sullo sviluppo di soluzioni tecnologiche avanzate, come approcci genetici, controllo biologico e chimico, sviluppo di nuovi vaccini, intelligenza artificiale e modelli previsionali (8), e dall'altro su un maggiore coinvolgimento delle comunità locali nelle attività di prevenzione e controllo.
Tra le due, lo sviluppo delle pratiche partecipative rappresenta il ramo sicuramente meno esplorato e finora poco valorizzato (9).

Il Piano Nazionale Arbovirosi riconosce l'importanza della partecipazione comunitaria, ma questa è spesso limitata a campagne comunicative unidirezionali o all'adozione di strumenti normativo-prescrittivi, come ordinanze comunali con relative sanzioni.
Questo approccio tende a relegare la comunità a un ruolo passivo, riducendo l'efficacia complessiva degli interventi e a vanificare il potenziale dell'azione comunitaria (10).
Invece, promuovere l'empowerment delle comunità potrebbe migliorare l'efficacia delle strategie di prevenzione, valorizzando la responsabilizzazione delle persone direttamente coinvolte e il coinvolgimento attivo dei cittadini.
La partecipazione comunitaria nelle pratiche di salute è promossa da documenti fondamentali come la Dichiarazione di Alma-Ata (11) e la Carta di Ottawa (12).

La partecipazione attiva e diretta della comunità ai programmi di lotta al vettore di malattie come le arbovirosi potrebbe permettere di superare le principali criticità attuali e apportare molteplici benefici.
La gestione dei focolai larvali è complessa e costosa. Molti focolai si trovano in proprietà private difficilmente accessibili e richiedono manutenzione costante.
Un approccio porta a porta su larga scala è insostenibile per un'unica organizzazione.
Inoltre, i cittadini per gestire il disagio provocato dalle zanzare, spesso adottano pratiche non conformi, come interventi adulticidi non necessari, con costi economici e ambientali evitabili.
L'empowerment comunitario potrebbe rappresentare una svolta, consentendo l'accesso ad aree altrimenti inaccessibili per le istituzioni, la cura e la manutenzione degli spazi privati da parte dei proprietari stessi, oltre a benefici collaterali per la comunità come maggiore agency, benessere psicologico, senso di appartenenza, rafforzamento della fiducia reciproca tra istituzioni e comunità, riduzione dei costi economici e ambientali (13).

Programmi partecipativi di successo sono stati effettuati in paesi endemici, come il progetto *Patio Limpio* ("Cortile Pulito") in Messico (14).
Questo programma mirava a insegnare alla popolazione locale come identificare e gestire i focolai larvali nelle aree domestiche, con l'obiettivo che le famiglie ottenessero, appunto, un cortile pulito, migliorando così l'igiene della propria casa, riducendo i disagi derivanti da possibili infestazioni e il rischio di malattia.
L'enfasi del progetto stava nel sottolineare da un lato la responsabilità di ciascuna famiglia e dall'altro la necessità della collaborazione tra tutte le famiglie coinvolte per poter ottenere una comunità *dengue-free.*

La strategia comprendeva:

- Assemblee locali per sensibilizzare la comunità.
- Formazione di leader locali (*block activators*) sulle tecniche di lotta al vettore. I block activators avevano poi il compito di trasferire le competenze tecniche apprese ai residenti di una determinata area (ad esempio un isolato o un piccolo quartiere).
- Coinvolgimento diretto delle famiglie nella gestione delle proprie aree di pertinenza, con la supervisione dei block activators.
- Riunioni periodiche per monitorare progressi e criticità.

Nel 2007, nello stato di Guerrero, oltre 1.000 *block activators* sono stati formati. Ognuno di loro aveva la responsabilità di formare e successivamente supervisionare una media di 15 famiglie.
Le attività dei block activators comprendevano, tra le altre cose, effettuare sopralluoghi periodici nella propria area di competenza e partecipare alle riunioni del progetto.
Durante le riunioni venivano condivisi con tutti i partecipanti i dati relativi alla sorveglianza entomologica e alla sorveglianza umana sul territorio interessato.
I risultati di questa sperimentazione mostravano che:

- il 54% dei giardini monitorati (su un campione di 5.000 giardini analizzati) risultava privo di focolai e correttamente mantenuto.
- Le famiglie che non avevano ricevuto la formazione risultavano avere un rischio 2,4 volte maggiore di contrarre la dengue rispetto a quelle formate dai *block activators*.
- L'80% delle famiglie formate manteneva le proprie competenze a un controllo di follow-up dopo 3 mesi, ma la percentuale tendeva a calare a distanza di un anno.

Strategie basate sulla partecipazione comunitaria hanno avuto un buon successo anche nel controllo della malattia di Chagas (15,16).
Le esperienze descritte in letteratura mostrano come famiglie adeguatamente formate fossero più competenti nel mantenere la propria casa libera da vettori in maniera stabile ed efficace rispetto a interventi esterni da parte di professionisti.
Una revisione sistematica ha confermato che strategie partecipative sono le più efficaci ed economiche (17).

In Italia, strategie partecipative potrebbero rivelarsi particolarmente utili, consentendo alle istituzioni di superare barriere logistiche ed economiche.
Coinvolgere le comunità fin dalle prime fasi dei programmi, adottare approcci multidisciplinari e garantire una partecipazione equa di genere rappresentano passaggi fondamentali (18,19).
Iniziative di educazione tra pari, come quelle viste in Messico, potrebbero rafforzare ulteriormente l'efficacia degli interventi (20).
Costruire reti tra servizi sanitari, istituzioni pubbliche, associazioni locali, volontariato e cittadini potrebbe rendere queste strategie sostenibili ed efficaci anche nel contesto italiano.
Un cambiamento culturale che valorizzi la partecipazione attiva delle comunità potrebbe non solo migliorare il controllo delle arbovirosi, ma anche rafforzare il tessuto sociale, promuovendo un approccio più resiliente e integrato alla gestione delle emergenze sanitarie.

(1) Le **arbovirosi** sono zoonosi causate da virus trasmessi da vettori artropodi (*arthropod-borne virus*, come per esempio zanzare, zecche e flebotomi) tramite morso/puntura. Interessano sia l'uomo che gli animali. Al momento attuale si contano oltre 100 virus classificati come arbovirus, in grado di causare malattia nell'uomo.

https://www.saluteinternazionale.info/2025/04/malattie-da-vettori-e-ruolo-delle-comunita/

sanità informazione

Sviluppato un biosensore innovativo per la rilevazione rapida dei virus

Cnr-Nano e Università di Pisa hanno sviluppato un biosensore in grado di rilevare con precisione la proteina Spike di Sars-CoV-2 nei fluidi biologici, consentendo una rilevazione virale rapida. La ricerca è stata pubblicata su Nanoscale

Valentina Arcovio

Messo a punto un **biosensore di nuova generazione** in grado di rilevare con precisione le **proteine dei virus**, tra cui la proteina Spike di Sars-CoV-2 nei fluidi biologici. A farlo è stato un team di ricerca congiunto, coordinato dall'Istituto nanoscienze del Consiglio nazionale delle ricerche di Pisa (Cnr-Nano) e dall'Università di Pisa (Dipartimento di Farmacia), in collaborazione con l'Università di Modena e Reggio Emilia e la Scuola Normale Superiore. Questo risultato, descritto in un articolo pubblicato sulla rivista Nanoscale, rappresenta un nuovo approccio alla **progettazione di biosensori** che ricorda il principio dei mattoncini Lego: utilizza una struttura modulare e flessibile, pensata per essere facilmente adattabile a diversi **target molecolari**.

Al contatto con la proteina del virus il biosensore emette un segnale fluorescente

Il cuore del sensore è una **proteina ingegnerizzata** che unisce tre funzioni in una sola sequenza. Una parte della proteina rappresenta il bersaglio da riconoscere, ed è stata costruita basandosi su frammenti della **proteina Spike**; una parte centrale, ispirata al recettore umano ACE2, è progettata per legarsi alla proteina Spike del virus, se presente. La terza parte, contenente la **proteina fluorescente verde** (GFP), agisce come una "lampadina" e produce un segnale fluorescente quando il virus è presente. Al contatto con la **proteina virale**, il biosensore emette quindi un segnale fluorescente facilmente rilevabile, consentendo un'identificazione rapida e precisa.

Il biosensore rileva anche quantità minime di proteine del virus

"Il **biosensore** è stato realizzato applicando sia le metodologie classiche di produzione di **proteine ricombinanti**, ma anche l'applicazione di tecnologie di nuova concezione, come per esempio la click-chemistry", spiega **Eleonora Da Pozzo** dell'Università di Pisa. "Grazie a queste conoscenze, derivate da ambiti diversi, abbiamo potuto realizzare un biosensore capace di rilevare quantità minime di **proteina virale** con una sensibilità fino a livelli sub-nanomolari", aggiunge. "Il vero punto di forza di questo prototipo è la modularità – afferma **Giorgia Brancolini** di Cnr Nano – grazie all'integrazione tra ricerca sperimentale, modellizzazione molecolare e simulazioni al computer, è stato possibile selezionare con precisione i componenti e progettare un'**architettura modulare**, flessibile e facilmente adattabile".

Possibile riprogrammare il dispositivo per riconoscere diversi virus

"Cambiando alcune sequenze, lo stesso sensore potrà essere riprogrammato per riconoscere altri virus o molecole di interesse, aprendo la strada a nuovi **strumenti diagnostici** rapidi, precisi e personalizzabili", sottolinea Brancolini. A tutela dell'innovatività e delle potenziali applicazioni di questo strumento, è in corso una **Domanda di Brevetto** per invenzione industriale Nazionale: Sviluppo di un sensore FRET per la rilevazione del coronavirus.

https://www.sanitainformazione.it/salute/sviluppato-un-biosensore-innovativo-per-la-rilevazione-rapida-dei-virus/?mkt_tok=MDIwLVNDVC0wNjQAAAGZ2Xqs69R5x3G6psUmBr2kcA9HzQN0JDQ3CyqBLcBLBixpBFdJUAlVaLKhTJBumD_XL4tuO4uCpUZqES38HkGktluFyGrcFkPFUEmD5_920YQ



Dall'ottobre 2023, il virus Oropouche (OROV) ha causato una vasta epidemia di febbre Oropouche nelle Americhe, mettendo ancora una volta a nudo le vulnerabilità dei sistemi di sorveglianza delle malattie infettive.

Queste debolezze sono ben lungi dall'essere un problema esclusivamente latinoamericano e potrebbero applicarsi ad altri patogeni poco studiati che si nascondono altrove nelle Americhe o a livello globale. 1

Alla fine di gennaio 2025, sono stati segnalati circa 20.000 casi di febbre di Oropouche. Tra il 2020 e il 2023, il rilevamento di tracce molecolari e sierologiche di OROV nella Guyana francese e ad Haiti 3 e la modellizzazione della potenziale idoneità ecologica dell'OROV in tutto il continente 4 hanno suggerito l'endemicità regionale del virus e un'ampia circolazione prima dell'inizio dell'epidemia in corso. Nel loro articolo 2 , Carlo Fischer e colleghi riportano un tasso medio di rilevamento degli anticorpi IgG anti-OROV del 6,3% in 9.420 campioni di siero raccolti tra il 2001 e il 2022 da sei paesi latinoamericani. Il rilevamento correlato all'età di IgG specifiche per l'OROV nello studio conferma l'endemicità dell'OROV in America Latina e i risultati sierologici dell'autore forniscono la prima prova della presenza del virus in Costa Rica 2

Sebbene la circolazione e l'espansione dell'OROV siano state chiaramente in atto negli ultimi 25 anni, la ricerca sull'argomento è esplosa solo durante l'attuale epidemia (come accaduto, ad esempio, durante l'epidemia di Ebola del 2016).

Questa traiettoria segue uno schema classico: un aumento dei casi è seguito da un aumento della visibilità pubblica di un patogeno, che promuove la ricerca (ovvero, le pubblicazioni accademiche) che si attenua nel tempo. 5 Nonostante l'impegno per gli studi One Health sulla prevenzione primaria delle pandemie, 1 in realtà, la ricerca reagisce alle epidemie invece di anticiparle o rilevarle prima per consentirne la mitigazione.

Le lacune nella nostra comprensione della storia naturale dell'OROV sono state purtroppo trascurate e necessitano di ulteriori indagini nonostante il virus sia stato scoperto 70 anni fa.

Dobbiamo ancora chiarire il ruolo dei serbatoi noti e sconosciuti nella trasmissione dell'OROV, 3 stabilire se *Culex quinquefasciatus* e *Culicoides paraensis* siano i migliori vettori di trasmissione, 3 eseguire studi in situ per corroborare il ruolo della deforestazione nelle epidemie di OROV e 4 studiare quali percorsi patogeni portano alla febbre di Oropouche, alla meningoencefalite e all'aborto spontaneo .

La portata dell'attuale epidemia di OROV potrebbe essere determinata da una combinazione di parametri legati a virus, vettore e ospite.

Nello specifico, un recente riassortimento di OROV, rilevato per la prima volta a Tefé, nello stato amazzonico brasiliano, nel 2015, sta causando la maggior parte dei nuovi casi di febbre di Oropouche in America Latina. Il riassortimento presenta segmenti genomici provenienti da cladi brasiliani e non brasiliani. 6

Questa disposizione genetica potrebbe influenzare l'espressione antigenica di OROV e caratteristiche virali come la trasmissibilità.

La presenza di eventi climatici estremi, oltre all'attuale epidemia di dengue e al possibile coinvolgimento di *Culex quinquefasciatus* come vettore di trasmissione negli insediamenti urbani, potrebbe consentire al virus di raggiungere regioni precedentemente non colpite. 7

Anche se le popolazioni umane sono state esposte in precedenza a OROV, il nuovo riassortimento potrebbe essere immunologicamente sufficientemente diverso da causare le grandi incidenze rilevate in Brasile, o le epidemie emergenti di febbre di Oropouche a Cuba e Panama.
Sono necessarie ulteriori ricerche per stabilire se l'evasione immunitaria o l'aumentata virulenza stiano modificando il rischio di diffusione dell'OROV. Il riassortimento potrebbe spiegare la proposta trasmissione verticale dell'OROV e le malformazioni fetali, o persino i decessi attribuibili alla malattia 9 – ipotesi che devono essere verificate.
I modelli di distribuzione delle specie sono strumenti eleganti per suggerire aree a rischio di insorgenza o diffusione di malattie infettive. 10 Di conseguenza, Fischer e colleghi hanno utilizzato un modello di distribuzione delle specie per dimostrare che le variabili climatiche, piuttosto che l'alterazione del paesaggio, potrebbero essere alla base dell'espansione dell'OROV. 2
Tuttavia, come nel caso di qualsiasi esperimento di modellazione, sono necessari test empirici per corroborare e integrare il loro lavoro prima di poter dichiarare un'inferenza causale.
Come per altri patogeni, la conoscenza della reale distribuzione dell'OROV nella regione e di come potrebbe espandersi ad altre località 4 è fondamentale per aiutare gli specialisti della sanità pubblica a sensibilizzare l'opinione pubblica locale sulla febbre di Oropouche e, auspicabilmente, a allocare risorse per migliorare la sorveglianza e la ricerca mirata.
Ci aspettiamo che l'epidemia in corso favorisca la ricerca volta a colmare le lacune nella conoscenza dell'OROV e della febbre di Oropouche.
Dovrebbe inoltre incoraggiare una migliore ricerca sui virus trasmessi da artropodi in tutta la regione. Tragicamente, le questioni relative all'ecologia, alla biologia e alla virologia del virus Mayaro, del virus dell'encefalite equina orientale e del virus del Nilo occidentale, tra molti altri patogeni attualmente in circolazione in America Latina, inizieranno a trovare risposta solo dopo la prossima epidemia.

https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(25)00165-3/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email

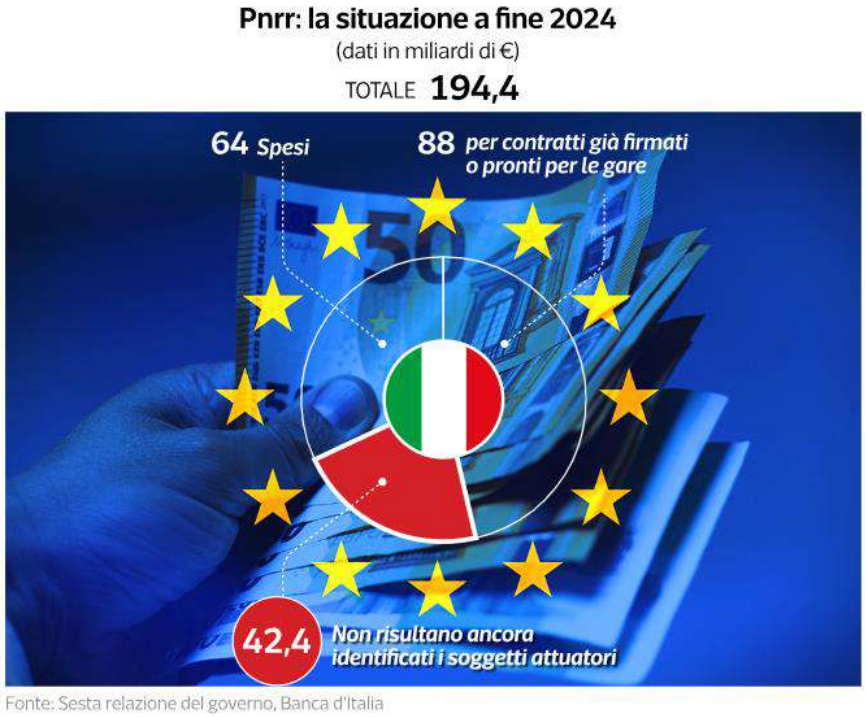
PNRR e sua implementazione

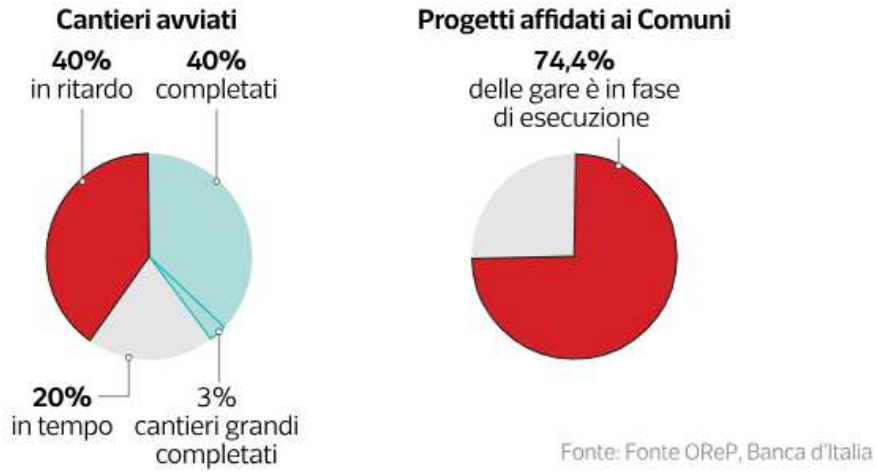
CORRIERE DELLA SERA

Pnrr, abbiamo 130 miliardi da spendere in 14 mesi, ma il 40% dei cantieri è in ritardo. Ecco cosa rischiamo

Domenico Affinito e Milena Gabanelli

Mancano 14 mesi alla fine del Pnrr e dei 194,4 miliardi di euro totali, al 31 dicembre 2024 ne avevamo spesi 64, il 35,6% (dati Sesta Relazione del Governo sull'attuazione). Secondo un'analisi della Banca d'Italia, **42,4 miliardi non sono nemmeno stati identificati i soggetti attuatori**, come ad esempio gran parte della dotazione della Missione 7, quella per aumentare la produzione di energia da fonti rinnovabili e potenziare le reti di distribuzione. Solo su questo capitolo, che vale 11,2 miliardi, a fine 2024 la spesa è praticamente zero. In sostanza **il 40% dei cantieri avviati è in ritardo**, **un altro 40% è completato, ma si tratta di cantieri piccoli, mentre per quelli sopra i 5 milioni di euro la percentuale scende al 3%**. Per quel che riguarda i progetti affidati ai Comuni, è in fase di esecuzione il 74,4% delle gare.





Dove siamo più indietro

Nel 2024 abbiamo mancato uno degli obiettivi più importanti legato alla riforma della giustizia: la riduzione dell'arretrato nel processo civile. Al 31 dicembre doveva scendere del 95%, ma ci siamo fermati al 91,7%. Il motivo è che a fine 2024 erano stati assunti solo 8.804 addetti all'ufficio per il processo, contro i 16.500 previsti. **La carenza di personale ha di conseguenza comportato un aumento della durata media dei procedimenti civili**, che invece deve essere ridotta del 40% entro giugno 2026. Obiettivo quasi impossibile da centrare. Siamo indietro anche sul fronte dell'edilizia giudiziaria: la spesa è ferma al 19,73%.

Male gli studentati. Il Pnrr puntava a creare 60 mila nuovi posti letto, ma abbiamo ridotto la stima a 23 mila. Colpa del vincolo posto dal ministero dell'Università del 70% di stanze singole che ha limitato il numero dei soggetti interessati alla costruzione alloggi per studenti: solo 209 ad oggi. Scelta che favorisce il mercato privato, dove gli investimenti in studentati è cresciuto del 18% nel 2024 (386,8 milioni di euro), di cui l'80% provenienti dall'estero.

Male anche gli asili nido, nonostante il taglio di oltre 100 mila posti durante la prima rimodulazione del Pnrr: abbiamo speso solo il 25,2% dei 3,24 miliardi di euro totali. Secondo i dati dell'Ufficio parlamentare di bilancio, al 9 dicembre 2024 risultavano attivi 3.199 progetti, ma solo 88 erano stati completati.



Transizione energetica

Non riusciremo a completare nemmeno il capitolo della Transizione 5.0, quella dei crediti di imposta per investimenti con risparmio energetico. Fondo disponibile: 6,23 miliardi, ma finora sono stati spesi solo 13 milioni per progetti completati.

Sulle comunità energetiche, cioè la creazione di gruppo di soggetti organizzati per produrre e condividere localmente l'energia prodotta da fonti rinnovabili, a**bbiamo speso 44,98 milioni dei 2,2 miliardi previsti (2%).**

Praticamente fermi al sud i lavori per la realizzazione di 45 mila km di reti idriche per ridurre le perdite di acqua. Su questo punto la Corte dei Conti scrive che bisogna «prendere atto dell'impossibilità di raggiungere l'obiettivo». Nel programma sulle politiche attive ci sono sette Regioni (Abruzzo, Basilicata, Molise, Puglia, Sicilia, Valle d'Aosta e provincia autonoma di Bolzano) che non sono in linea con gli standard minimi previsti per i centri per l'impiego.

Il governo alza bandiera bianca anche sulle colonnine elettriche: nella relazione sul Pnrr scrive che a causa delle difficoltà di mercato non si può garantire il conseguimento degli obiettivi. Così come sulle stazioni di rifornimento a idrogeno: l'obiettivo era di crearne 40, ma sono arrivate domande solo per 18.

Il perché dei ritardi

Le ragioni sono sempre le stesse: ogni ministero ha imposto le proprie procedure, senza una cabina di regia che uniformasse i processi burocratici. Tutto questo si scarica su maggiori costi e lentezza dei lavori.

Poi c'è il caro materiali: circa 6.000 progetti, tra cui infrastrutture strategiche come l'alta velocità Salerno-Reggio Calabria e la Palermo-Catania-Messina, rischiano di rimanere incompleti perché non ci sono risorse per coprire gli extracosti.

A questo si sommano i tempi dei controlli che fanno capo a diversi soggetti (Commissione Europea, Anac, Prefetture, Guardia di Finanza): anche qui manca una cabina di regia. Ma questo vale soprattutto per i soggetti pubblici, mentre i privati sfuggono con una certa facilità, come ha dimostrato la vicenda del Superbonus edilizio (per 14 miliardi finanziato dal Pnrr).

(...) quando i controlli li fai alla fine ti accolli anche il rischio di scoprire che quei progetti non sono conformi, o potrebbero non essere stati realizzati del tutto, ma a quel punto sarà difficile avere indietro i soldi anticipati.

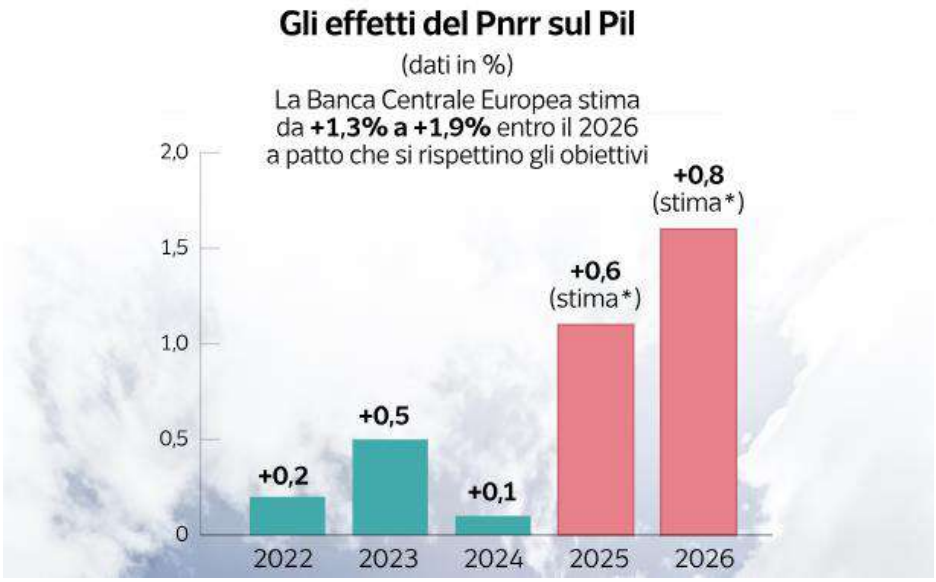


Soluzione: posticipo dei controlli

Ad oggi, secondo Openpolis, sono stati rendicontati meno di 5 mila progetti: il ministero del Lavoro ci ha messo quasi 8 mesi per un solo rendiconto, quello delle Infrastrutture oltre 6 per 38 rendiconti, quello della salute più di 3 mesi per 89 rendiconti. Secondo la Corte dei Conti è colpa della forte carenza di personale e dell'inadeguatezza della documentazione. Per tagliare la testa al toro i**l Governo ha deciso lo scorso agosto** (decreto legge 113/24) **di autorizzare le amministrazioni titolari ad erogare fino al 90% del costo dei lavori entro 30 giorni dalla presentazione della richiesta, posticipando verifiche e controlli nella fase finale**, prima dell'erogazione del saldo. La Corte dei Conti fa notare che il decreto accelera certamente il finanziamento dei progetti del Pnrr, però quando i controlli li fai alla fine ti accolli anche il rischio di scoprire che quei progetti non sono conformi, o potrebbero non essere stati realizzati del tutto, ma a quel punto sarà difficile avere indietro i soldi anticipati.

(...) ormai è certo che non spenderemo tutto e per questo il Governo sta trattando con Bruxelles in due direzioni: da una parte dirottare le risorse (...) sui fondi di coesione, dall'altra creare strumenti finanziari dove far confluire i soldi non spesi per utilizzarli in seguito.

Per non rischiare, su molti capitoli abbiamo messo a bando numeri maggiori di quelli previsti dai target europei. Per esempio il target di parchi e giardini riqualificati e resi fruibili è di 170, ma ne abbiamo ammessi al finanziamento 814. L'obiettivo degli interventi infrastrutturali nelle Zone Economiche Speciali era di almeno 22 interventi entro 31 dicembre 2024: i lavori sono stati avviati in 50 interventi. Il target delle Centrali Operative territoriali (le strutture che coordinano l'assistenza sanitaria) è di 480, ma i progetti in corso sono 800. Nonostante questo ormai è certo che non spenderemo tutto e per questo il Governo sta trattando con Bruxelles in due direzioni: da una parte dirottare le risorse dei progetti in ritardo sui fondi di coesione, dall'altra creare strumenti finanziari dove far confluire i soldi non spesi per utilizzarli in seguito. Però **la Commissione ha posto limiti: le risorse non potranno essere usate per completare progetti in ritardo, ma dovranno finanziare nuove iniziative. Il resto sarà a carico nostro**.



I ritardi pesano sull'economia

Secondo una recente indagine di OReP, il 41% dei 263 soggetti attuatori intervistati teme di non riuscire a completare i propri investimenti e auspica una riprogrammazione. Il Pnrr è stato già modificato ben quattro volte, posticipando o rivedendo al ribasso gli obiettivi. Revisioni che, secondo Openpolis, hanno permesso al nostro Paese di rispettare le scadenze. Sono stati posticipati al secondo semestre 2025 la riforma degli appalti pubblici e concessioni per ridurre il tempo medio tra l'aggiudicazione dell'appalto e la realizzazione di un'infrastruttura, l'aumento del numero di ispezioni sul lavoro per ridurre il lavoro sommerso e l'avvio dell'hub nazionale del turismo digitale, mentre l'inizio degli interventi infrastrutturali nelle Zone Economiche Speciali, previsto per giugno 2024 era stato spostato di sei mesi. **È importante sapere che gli effetti del Pnrr si vedono sul Pil**: più 0,2% nel 2022, più 0,5% nel 2023, ma nel 2024 ci si è fermati ad un più 0,1%. **Il ministero dell'Economia stima per il 2025 una crescita dello 0,6% e nel 2026 un più 0,8%**. In linea con lo studio della Banca Centrale Europea pubblicato il 3 dicembre 2024: l'impatto totale del Pnrr sul Pil italiano (cioè entro il 2026) potrebbe oscillare tra l'1,3% e l'1,9%. **A condizione però che si raggiungano tutti gli obiettivi. Al momento, purtroppo, non sembra probabile**.

https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/se-fallisce-il-pnrr-perdiamo-tutti-tribunali-lenti-asili-insufficienti-cantieri-fermi/3bb7f3f3-f45b-4f83-aa56-c7d437c14xlk.shtml?refresh_ce

LA STAMPA

La Cgil: PNRR in pesantissimo ritardo, speso solo il 34% dei fondi

A fine marzo pagamenti fermi a quota 63,3 miliardi sui 194 disponibili. Di 11 mila progetti non si conosce lo stato dei lavori, 876 ancora non avviati. «Forte rischio che interventi falliscano o vengano riorientati»

Paolo Baroni

Il PNRR non accelera, anzi.
Complessivamente a fronte dei 194,415 miliardi di euro disponibili, stando all'aggiornamento dei dati pubblicato dal governo sulla piattaforma ReGis, **la spesa dichiarata al 28 febbraio è pari a 65,724 miliardi di euro, il 33,81% del totale.** Rispetto al 31 ottobre, quando la spesa era attestata a quota 58,604 miliardi l'avanzamento insomma è minimo. I pagamenti PNRR effettuati al 31 marzo 2025, ovvero a poco più di un anno dalla fine del piano finanziato attraverso il Recovery fund, sono invece pari a 64,371 miliardi contro i 57,503 del 13 dicembre 2024.
«Questi numeri smentiscono la propaganda del governo sull'attuazione del PNRR: si registra un pesantissimo ritardo nell'andamento della spesa, con il forte il rischio che falliscano o vengano riorientati alcuni interventi previsti originariamente dal Piano» denuncia il segretario confederale della Cgil Christian Ferrari.
Stando all'analisi dell'Area politiche per lo sviluppo della Cgil nazionale, **i progetti censiti sono 284.066**, prevedono fondi PNRR per 157,389 miliardi di euro e mobilitano risorse comprensive di altre fonti di finanziamento pari a 212,657 miliardi di euro. **Di poco meno di 11 mila progetti le amministrazioni competenti non hanno indicato la fase dell'iter di attuazione e di 876 non è stata avviata alcuna fase.** Le procedure di gara bandite con Codice Identificativo di gara al 31 marzo 2025 sono in totale 184.266 per un valore, comprensivo di tutte le forme di finanziamento, di quasi 153 miliardi di euro. L'importo complessivo delle aggiudicazioni è di circa 111 miliardi. Oltre 131 mila gare sono state assegnate mediante affidamento diretto.

«Ora c'è il rischio che gli interventi originari falliscano o che vengano riorientati» sostiene Ferrari citando a conferma di questa ipotesi «il recente annuncio della presidente del Consiglio di voler utilizzare 14 miliardi del PNRR (più 11 miliardi dei Fondi di Coesione) per l'ennesima ondata di incentivi alle imprese, senza vincoli e senza alcuna strategia. E le cose potrebbero andare anche peggio - avverte il dirigente sindacale - considerato che nell'ambito delle proposte di modifica sulla revisione intermedia della politica di coesione, attualmente in discussione nel Parlamento europeo, è previsto che gli Stati membri e le regioni possano identificare entro giugno 2025 i progetti del dispositivo per la ripresa e la resilienza che rischiano di non essere completati entro agosto 2026, proponendo il loro spostamento in programmi finanziati dal Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (FESR)».

Per Ferrari «**la conseguenza più probabile è che in questo modo si crei una provvista economica utilizzabile per le politiche di riarmo.** In Italia, tenuto conto delle risorse del PNRR ancora da ricevere (attualmente oltre 72 miliardi), tale "tesoretto" potrebbe assumere dimensioni imponenti. Come Cgil - conclude il segretario confederale - siamo fermamente contrari all'ipotesi di finanziare, anche attraverso questa via, una conversione della nostra economia in un'economia di guerra, tradendo clamorosamente l'obiettivo fondamentale del Piano nazionale di Ripresa e Resilienza: ridurre diseguaglianze e divari territoriali, per costruire un modello di sviluppo socialmente e ambientalmente sostenibile».

https://www.lastampa.it/economia/2025/04/28/news/la_cgil_PNRR_in_pesantissimo_ritardo_speso_solo_il_34_dei_fondi-15123233/?ref=LSHRT-FREC-Eco-P5-S4-T1

\ quotidianosanità.it

Centro di formazione permanente in Sanità dell'Inmi Spallanzani. Presentato il programma formativo 2025-2027 della Regione Lazio

Dal progetto Tobia alla formazione di operatori sanitari e manager, dalla prevenzione e gestione delle aggressioni agli operatori sanitari all'accoglienza della donna vittima di violenza, un pacchetto di formazione professionale per una serie di figure

15 APR - Il centro di formazione permanente in sanità della Regione Lazio, istituito e attivo presso l'Istituto nazionale per le malattie infettive "Lazzaro Spallanzani" IRCCS, ha presentato questa mattina la proposta di "Programma formativo regionale" del triennio 2025-2027 nella "Sala Tevere" della sede di via Cristoforo Colombo. Alla presenza delle direzioni aziendali delle varie ASL e Aziende ospedaliere, dei rappresentanti degli ordini professionali, di Federsanità e della Fiaso, nonché degli Atenei che partecipano con INMI alla realizzazione del percorso di formazione PNRR M6C2.2 per middle management (Sapienza, Tor Vergata, Luiss, Cattolica, Campus Biomedico), la proposta di programma è stata presentata dal Direttore generale dello Spallanzani, Cristina Matranga, e da Chiara Marinacci, direttore UOC Centro di Formazione Permanente in Sanità.
"Oggi è stato presentato un pacchetto di formazione professionale per una serie di figure importanti. Tra queste il futuro direttore sociosanitario grazie a una proposta di legge che abbiamo preparato insieme al presidente Rocca e che presenteremo in giunta nei prossimi giorni. Questa prevede l'istituzione di una quarta figura nelle aziende sanitarie: accanto a direttore generale, sanitario e amministrativo, il direttore sociosanitario che legherà la parte sociale con la sanità per favorire l'integrazione sociosanitaria", ha affermato **Massimiliano Maselli**, assessore ai Servizi sociali, alla Disabilità, al Terzo settore e ai Servizi alla Persona della Regione Lazio.
Per il direttore generale dello Spallanzani, **Cristina Matrang**a, "Il Centro di formazione permanente in sanità persegue finalità di promozione e sviluppo delle competenze del personale del SSR, sia sanitario che non sanitario. Molti interventi sono stati co-progettati e/o condivisi sia con la Direzione regionale Istruzione, Formazione e Politiche per l'occupazione – diretta da Elisabetta Longo - che con la Direzione regionale Inclusione sociale – diretta da Ornella Guglielmino. Tra gli interventi proposti, ad esempio, quello dedicato a formare gli operatori per estendere il servizio Tobia - modello di presa in carico delle persone con disabilità complessa già applicato in alcune realtà ospedaliere - ma anche quello dedicato alla formazione di nuovi operatori sociosanitari per rispondere alla sfida della futura carenza di personale infermieristico, legata al crescere del fabbisogno e in ragione del potenziamento della rete dei servizi territoriali. Tra le iniziative presentate anche percorsi di formazione di figure manageriali come quella del Direttore di Consorzio - ente pubblico autonomo costituito da più Comuni e finalizzato alla gestione dei servizi sociali in modo integrato e coordinato".
Ad aprire i lavori è stato **Andrea Urbani**, direttore regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, secondo cui "la formazione è un elemento importante per la crescita della cultura organizzativa. Ho voluto fortemente creare una scuola di formazione in grado di rappresentare la nostra visione del servizio sanitario e l'abbiamo dislocata allo Spallanzani, con cui da subito abbiamo avuto sintonia intellettuale e comunione di intenti. Il Piano di formazione presentato oggi da un lato cercherà di cogliere dei bisogni importanti, come ad esempio quello delle Infezioni Correlate all'Assistenza che è una pandemia strisciante con l'Italia e il Lazio che hanno numeri superiori rispetto alla media europea. Ma puntiamo anche a formare direttori generali e manager per fare crescere nuove generazioni e una nuova classe dirigente, a cui affidare un servizio sanitario che stiamo risanando e che cerchiamo di rendere più performante. È un Piano condiviso da Spallanzani e dalla Direzione che però deve essere frutto anche del confronto e della condivisione con tutti gli stakeholders presenti".
Il direttore del Centro di Formazione Permanente in Sanità, **Chiara Marinacci**, ha spiegato invece che "La proposta comprende iniziative raggruppabili in due ambiti, uno su sfide emergenti di rilevanza sanitaria e l'altro orientato su interventi formativi a forte integrazione socio-sanitaria. Nel primo ambito si colloca, ad esempio, un percorso di aggiornamento sull'intelligenza artificiale. Tra le proposte formative si è posta grande attenzione anche al contesto dell'emergenza-urgenza con un percorso sugli strumenti e le strategie per far fronte a specifiche situazioni complesse come nel caso della prevenzione e gestione delle aggressioni agli operatori sanitari, della gestione dei pazienti con problemi psichiatrici, dell'accoglienza della donna vittima di violenza".

Centro di formazione permanente in Sanità dell'Inmi Spallanzani. Presentato il programma formativo 2025-2027 della Regione Lazio - Quotidiano Sanità

SALUTE INTERNAZIONALE

Turnover sanitario e qualità delle cure

Maddalena Carretti e Erika Del Prete, *Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina preventiva, Università di Firenze.*

Il turnover sanitario non è solo un problema organizzativo, ma un fattore critico per la qualità dell'assistenza e per gli esiti di salute dei pazienti ricoverati. Un turnover elevato rappresenta una sfida complessa per gli ospedali: genera carenze temporanee che aumentano la pressione sui servizi sanitari compromettendo la continuità e la qualità dell'assistenza, nonché il lavoro di squadra. Il caso inglese e il corrispettivo italiano.

La crisi globale del personale sanitario rappresenta una crescente preoccupazione per i responsabili delle politiche sanitarie di molti paesi. Sebbene le carenze di personale siano l'aspetto più visibile di questa crisi, un elemento meno studiato, ma strettamente collegato, è il turnover sanitario, cioè **il tasso con cui medici e infermieri lasciano il proprio impiego, trasferendosi in altre strutture o abbandonando il settore**.
Ne è esempio emblematico il Sistema Sanitario Inglese e i suoi ospedali NHS (National Health Service), che dai 10 anni precedenti alla pandemia di COVID-19 hanno dovuto affrontare sfide significative legate non solo a carenze di personale, ma anche a un crescente turnover del personale sanitario.
Fino ad ora il fenomeno del turnover del personale sanitario è stato studiato soprattutto nell'ottica dello spreco di risorse economiche da parte dell'organizzazione sanitaria. **Uno studio condotto sugli NHS Acute Trusts ha cercato, invece, di mettere in luce anche gli esiti che questo determina sulla salute dei pazienti**. I ricercatori hanno analizzato nove anni di dati provenienti da 148 NHS Hospital Trusts, includendo informazioni su oltre 8 milioni di pazienti ricoverati e su circa 236.000 infermieri e 41.800 medici senior.

La ricerca ha evidenziato una chiara associazione tra l'alto turnover del personale e peggiori esiti di salute dei pazienti. A fronte di un turnover mensile che, in media, comporta la perdita di circa 20 infermieri e 7 medici senior per ciascun NHS hospital trust, **lo studio ha, infatti, evidenziato un'associazione significativa con la mortalità ospedaliera a 30 giorni, sia per tutte le cause sia per i ricoveri in regime d'urgenza.** A livello nazionale, si stima che il turnover infermieristico sia correlato a circa 239 morti aggiuntive al mese, mentre quello dei medici senior contribuisca a ulteriori 96 decessi mensili.
Questi risultati sottolineano come il turnover non sia solo un problema organizzativo, ma un fattore critico per la qualità dell'assistenza e per gli esiti di salute dei pazienti ricoverati. Un turnover elevato rappresenta dunque una sfida complessa per gli ospedali: genera carenze temporanee che aumentano la pressione sui servizi sanitari compromettendo la continuità e la qualità dell'assistenza, nonché il lavoro di squadra. Inoltre, è associato a un basso rapporto personale-pazienti.
Per far fronte alle carenze d'organico, molte strutture devono ricorrere a personale temporaneo, il cui impiego comporta un aumento dei costi di circa il 30%, mettendo così a rischio la sostenibilità finanziaria degli ospedali e, in alcuni casi, di interi sistemi sanitari. (1)

Dall'Inghilterra all'Italia

In Italia, un recente studio ha indagato l'associazione tra l'intenzione degli infermieri di lasciare la professione e la mortalità ospedaliera a 30 giorni. Sebbene lo studio italiano si concentri esclusivamente sugli infermieri e analizzi un aspetto specifico, come l'intenzione di lasciare la professione piuttosto che il turnover in senso più ampio come nello studio inglese, esso rappresenta comunque un contributo rilevante. La ricerca ha esaminato i dati di oltre 1.000 infermieri e 37.000 pazienti ricoverati in 15 ospedali, evidenziando come **un incremento del 10% nell'intenzione di lasciare il lavoro da parte degli infermieri sia associato a un aumento del 14% della mortalità ospedaliera entro 30 giorni dal ricovero.**

Questo risultato si inserisce in un contesto più ampio di difficoltà strutturali che accomunano Italia e Inghilterra. In entrambi i paesi, le difficoltà di assunzione successive alla crisi economica del 2008, aggravate dagli effetti della pandemia di COVID-19, hanno messo in luce la necessità urgente di investire nel benessere del personale sanitario e di affrontare le carenze strutturali del sistema.
In Italia, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) rappresenta un'opportunità per affrontare queste sfide, ma resta fondamentale implementare strategie a lungo termine per garantire la sostenibilità del nostro sistema sanitario e migliorare gli esiti di salute dei pazienti. (2)

Il rapporto tra turnover e carenza del personale sanitario
Come messo in luce da Moscelli et al., nella letteratura esistente, gli alti tassi di turnover del personale ospedaliero sono spesso correlati alla carenza di personale, ma le due problematiche non coincidono necessariamente e possono presentarsi in un ordine cronologico diverso. Le *carenze temporanee* di personale ospedaliero possono essere affrontate con una riallocazione a breve termine del personale esistente nei reparti e nelle specialità carenti, oppure assumendo infermieri o medici temporanei.
Al contrario, le *carenze croniche* di personale sono probabilmente causate anche da un (eccessivo) turnover del personale stesso, derivante dall'incapacità di un ospedale di trattenere il personale esistente (*retaining*). Pertanto, il turnover del personale e la carenza di personale hanno alcune cause in comune, ma gli alti tassi di turnover sono più probabilmente dovuti a caratteristiche o pratiche organizzative inadeguate che contribuiscono a generare persistenti carenze di personale a livello di organizzazione ospedaliera, piuttosto che il contrario. (1)

L'importanza della fidelizzazione del personale ("retaining")
Sia nello studio inglese che in quello italiano emerge con chiarezza come migliorare la fidelizzazione del personale sanitario possa essere una strategia cruciale per mitigare gli effetti negativi del turnover o dell'intenzione di lasciare la professione. De Vries et al. hanno condotto una revisione sistematica sulle strategie che possono essere messe in atto per una maggiore fidelizzazione del personale sanitario. (3)
Tali strumenti spaziano dalle strategie di reclutamento e specifici programmi di inserimento (il cosiddetto "*onboarding*") per facilitare l'integrazione dei nuovi assunti, alla creazione di un ambiente di lavoro positivo che favorisca il supporto sociale tra colleghi, all'implementazione di modelli organizzativi che promuovano l'equilibrio tra vita lavorativa e privata, nonché a interventi mirati a migliorare le capacità di coping dello stress.
Non è di secondaria importanza garantire anche un adeguato supporto al personale durante il trasferimento tra reparti o unità attraverso programmi di transizione e soprattutto il mantenimento di un adeguato rapporto personale-pazienti.

Già in un documento dell'Unione Europea del 2015 era stato affrontato il tema del reclutamento e della fidelizzazione del personale sanitario. In questo documento venivano riportati esempi di buone pratiche, approfondimenti e lezioni per lo sviluppo di politiche e strategie organizzative (4). I tipi di interventi riportati più frequentemente erano quelli educativi, seguiti dal supporto professionale e personale.
I cambiamenti normativi erano una misura utilizzata meno frequentemente, mentre gli interventi focalizzati sugli incentivi finanziari erano stati sviluppati in numerosi paesi, ma sembravano essere più efficaci quando combinati con altre misure. Il documento sottolineava inoltre l'importanza del coinvolgimento di tutti gli stakeholder per poter introdurre strategie condivise nel rispetto delle diverse caratteristiche di ciascuna area.

La situazione italiana
I dati più recenti non sono incoraggianti: la perdita di personale sanitario è costante dal 2008, accompagnato da un aumento del 44,6% nel ricorso a contratti a tempo determinato tra il 2019 e il 2022. Il 52% dei medici e il 45% degli infermieri riportano di aver sofferto di burnout a causa delle condizioni lavorative, con una maggiore incidenza tra le donne. Anche relativamente alle retribuzioni la situazione è allarmante con il reddito annuale dei medici specialisti e degli infermieri ospedalieri di circa il 22% più basso rispetto alla media dei paesi dell'area OCSE.

Sono soprattutto le donne a riportare una maggiore difficoltà nella conciliazione vita-lavoro, in particolare nella genitorialità (60% delle donne contro il 36% degli uomini). (5) Su più fronti siamo dunque ben lontani dallo stato auspicato per promuovere la soddisfazione e la fidelizzazione del personale sanitario.

Conclusioni
Sarebbe interessante approfondire ulteriormente la correlazione tra turnover del personale sanitario e outcome clinici in Italia, dato che le evidenze suggeriscono l'importanza della stabilizzazione della forza lavoro per garantire la qualità delle cure e la sostenibilità del sistema sanitario nel lungo termine.
Affrontare il turnover del personale sanitario richiede una visione integrata che combini urgenti interventi economici, organizzativi e sociali. Solo attraverso un approccio coordinato sarà possibile garantire un sistema sanitario che metta al centro la persona, tutelando la dignità e il benessere sia di chi vi lavora sia di chi vi si affida.

https://www.saluteinternazionale.info/2025/03/turnover-sanitario-e-qualita-delle-cure/

PS PANORAMA DELLA SANITÀ
INFORMAZIONE & ANALISI DEI SISTEMI DI WELFARE

L'isola che non c'è

Sono alle scuderie del Quirinale per la mostra dedicata al "Barocco Globale – Il mondo a Roma al tempo del Bernini". Opere non notissime, ispirate dai primi scambi culturali con le popolazioni di terre ancora poco conosciute: l'Estremo Oriente, l'Africa nera, le Americhe. Vengo raggiunto dalla mail di un amico che mi manda un pezzo di Ivan Cavicchi: "L'aziendalismo rompe l'alleanza fra società e sanità"
Giovanni Monchiero, *Vicedirettore Panorama della Sanità*

L'aziendalizzazione è stata introdotta nel Servizio sanitario trent'anni e tre mesi fa. Quel verbo al presente – "rompe" – mi costringe a leggere l'articolo. Tra i guai prodotti dall'azienda ci sarebbe l'introduzione, ad opera del decreto Bindi, del principio di appropriatezza, ridicola storiella che nasconde il più potente attacco all'art 32 sferrato dal neoliberismo di sinistra. Dopo aver spiegato che l'appropriatezza è una invenzione dei medici tecnocrati di sinistra dei quali io conosco nome e cognome, l'autore attacca anche gli ordini dei medici e delle professioni sanitarie che "si sono semplicemente appecorati" (testuale), recependo nei codici deontologici l'obbligo di attenersi ai principi di efficacia e di appropriatezza perseguendo l'uso ottimale delle risorse pubbliche e private. A monte c'è il peccato originale dell'istituzione delle ASL perché, se avessimo avuto per esempio dei consorzi le cose sarebbero andate diversamente.
Al rimpianto della sanità gestita dai comuni si oppone, in cuor mio, l'esperienza di Amministratore straordinario di una USL. Pur avendo avuto in sorte di esercitare la funzione in un contesto locale fra i più sani del paese, ho potuto constatare quanto le regole di gestione del tempo, molto lacunose, favorissero lo sperpero.

Senza l'aziendalizzazione, oggi, il Servizio Sanitario Nazionale non esisterebbe più.
Riprendo la visita e – i casi della vita! – mi trovo davanti ad un quadretto di Jacopo Zucchi, "La Pesca del Corallo" con sottotitolo "Allegoria dell'America".

Siamo nel 1585 e l'artista rappresenta il nuovo mondo come un'isola meravigliosa dove donne tutte giovani e bellissime (secondo i canoni estetici dell'epoca: prosperose, tratti somatici europei, pelle bianchissima) si tuffano alla ricerca del prezioso corallo.

Particolare inverosimile: sono poco vestite, come richiede la professione, ma adornate di orecchini, braccialetti e collane, accessori del tutto inadatti a perlustrare fondali. Per di più, molto si può dire dei nativi americani tranne che costituissero un paradigma di bellezza. Insomma, una rappresentazione favolistica che

mescola la tradizione mediterranea della lavorazione del corallo ai racconti delle pescatrici di perle giapponesi per costruire un'immagine attraente di una realtà ignota.

Mi viene spontaneo accostare l'America di Zucchi alla Sanità di Cavicchi, che auspica il ritorno alle origini, una sorta di età dell'oro quando gli amministratori erano tutti capaci e i medici liberi di esercitare la professione senza curarsi delle risorse, obbedendo solo a conoscenza e coscienza. Un mondo, ripeto, che non è mai esistito e che non esisterà mai.

Di fronte alla crisi attuale del sistema non ha senso rifugiarsi nell'utopia. Chiarisco. Sono un profondo ammiratore del libretto di Tommaso Moro, opera letteraria di gran pregio e pietra miliare nella storia del pensiero politico. La descrizione di una società favolosa, pacifica, prospera e felice, in cui tutti i cittadini rispettavano le poche, semplici, regole di convivenza, servì all'umanista inglese per criticare la società del suo tempo, così diversa da quel mondo ideale, non per proporre quella soluzione ai problemi che la affliggevano.
Una visione alta dell'uomo e della società deve illuminare ogni progetto. Ma per tradursi in proposte utili non può prescindere dai dati di realtà.

https://panoramadellasanita.it/site/lisola-che-non-ce/?ct=t(EMAIL_CAMPAIGN_2_14_2025_10_31_COPY_01)

quotidianosanità.it

La confusione di competenze che non fa bene al Ssn

Pierino Di Silverio, *Segretario Nazionale Anaao Assomed*

Gentile Direttore,
nella società moderna ogni argomento di interesse per l'opinione pubblica diventa tema da bar, recluta esperti improvvisati, si presta a soluzioni bizzarre che rischiano, a volte, di arrivare in Parlamento, diventando proposta politica, di governo o di opposizione.
È da tempo ormai che parliamo di revisione dell'ordinamento professionale medico, di responsabilità della professione, dei rischi prodotti dalla mancanza di una definizione legislativa di "atto medico" su cui basare la nostra attività quotidiana.
Responsabilità medica e atto medico sono legati da un filo neanche sottile. Non esiste un'azione diagnostico-terapeutica che non comporti assunzione di responsabilità. Allo stesso modo, non è impensabile (o almeno dovrebbe esserlo) che il medico venga oberato, oltre che del carico del suo lavoro e di incombenze burocratiche, anche di una responsabilità tout court delle azioni sanitarie. Il tutto senza che ci sia una declaratoria di ruoli e funzioni del medico stesso.
Il trasferimento di mansioni tra figure professionali del SSN è certo possibile, a condizione, però, che con le mansioni vengano trasferite le responsabilità, penali, etiche, civili, conseguenti e legate a quegli atti.
Con curiosità mista a preoccupazione, apprendiamo che nella discussione parlamentare del ddl Prestazioni sanitarie un Onorevole ha proposto di 'estendere l'atto medico agli altri professionisti sanitari', in risposta, forse, a un articolo che semplicemente prevede che la diagnosi e la terapia siano appannaggio esclusivo del medico.
Francamente, si fa fatica a comprendere quale problema rappresenti il fatto che il medico abbia la responsabilità, nonché il diritto e il dovere, di fare diagnosi e terapia. Probabilmente, però, qualcuno pensa che l'azione del medico sia uguale a quella di un qualsiasi altro operatore della sanità o che un qualsivoglia professionista sanitario necessiti dell'etichetta di 'atto medico' per veder riconosciuto il proprio lavoro e valorizzate le proprie competenze.
Sia chiaro. I professionisti della catena sanitaria sono tutti indispensabili nella loro funzione, ma occorre evitare confusione nelle competenze e nelle responsabilità. E non dimenticare che, ai fini della valorizzazione

delle professioni sanitarie, tutte, la priorità è rendere attrattivo il lavoro in corsia attraverso assunzioni, aumento delle retribuzioni, miglioramento delle condizioni di lavoro.
Oggi si ha l'impressione che stiamo andando dritti e spediti verso un vero e proprio furto della professione medica, considerata non più indispensabile nel servizio sanitario, schiacciata tra le promesse dell'intelligenza artificiale, le farmacie dei servizi 'sanitari', e a breve anche medici, l'apertura di specializzazioni mediche a figure non mediche.
I proclami della politica sull'incremento della spesa sanitaria negli ultimi anni non toccano mai il ruolo dei medici, semplicemente perché ancora persiste un senso del pudore che induce a glissare su quanto non si sia investito sui medici dipendenti. Fingendo di non vedere che i loro salari si sono ridotti del 6,2% nel periodo 2015-2022, che il loro contratto 2022-2024, scaduto e non firmato, è finanziato con 10 punti in meno rispetto all'inflazione dello stesso periodo, che mentre il costo dei gettonisti toccava 1,5 mld, quello dei contratti a tempo indeterminato calava del 2,8% e la retribuzione dei giovani in formazione si pone al quintultimo posto in Europa per potere d'acquisto.
In un mondo in cui il problema esiste solo se è alla attenzione dei mass media, oggi il problema medici per l'opinione pubblica sembra chiuso o quasi. E per la politica l'atto finale è rappresentato dalla creazione dei presupposti per una nuova pletora medica e dalla bufala sull'abolizione del numero chiuso a medicina, con buona pace di chi aveva dimostrato, dati alla mano, l'assurdità di un decreto legge approvato a suon di post sui social, senza neanche un momento di confronto pubblico con le parti sociali.
In questo scenario, un contratto di lavoro ancora al palo, schiavo del blocco di quello del comparto, scaduto prima ancora di essere discusso nonostante le sollecitazioni, e, sullo sfondo, pazienti e cittadini che continuano a soffrire per la difficoltà di accesso alle cure, peggiorata dalla carenza di medici, sia MMG che ospedalieri, prodotta da una fuga che in quasi due anni ne ha portati via più di 10.000, tra pensionamenti e dimissioni. Alla faccia del capitale umano, bene più prezioso a parole, costo da tagliare nei fatti.
Ma questo è solo il mondo reale che a pochi interessa, perché l'importante è che nel fantasmagorico mondo parallelo del metaverso politico tutto vada bene, le azioni di governo siano accolte dai fan come azioni storiche, uniche e utili al paese.
Ci auguriamo che permanga un briciolo di buon senso, almeno nel ddl Prestazioni sanitarie, e che non si ceda, come spesso avviene, alle demagogiche idee di chi la sanità non la vive, ma vuole raccontarla.
Sarebbe già un risultato.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=129116

quotidianosanità.it

In Europa l'83% della popolazione vive a meno di 15 minuti di guida da un ospedale. Eurostat: bene l'Italia, ma rimangono zone isolate

Tra le regioni dell'Ue che si posizionano al meglio secondo questo parametro, ne risultano 124 in cui il 100% della popolazione vive entro l'intervallo di 15 minuti e 96 di queste si trovano in Germania. Le altre regioni di questo gruppo si trovano in Belgio (6), Paesi Bassi (6, inclusa la capitale Groot-Amsterdam), Grecia (4, tutte parte della capitale), Francia (4, inclusa Parigi e 3 regioni circostanti), Malta (entrambe le regioni) e Spagna, Italia e Polonia (ciascuna 2 regioni).

07 APR - Nel 2023, la quota della popolazione europea che viveva entro 15 minuti di macchina da un ospedale era dell'83,2%. Sono i dati **Eurostat** diffusi in occasione della Giornata mondiale della salute, celebrata ogni anno il 7 aprile.

Tra le regioni dell'Ue al livello 3 della nomenclatura delle unità territoriali per le statistiche (Nuts 3), cioè quelle meglio posizionate, ne risultano 124 in cui il 100% della popolazione vive entro l'intervallo di 15 minuti e 96 di queste si trovano in Germania. Le altre regioni di questo gruppo si trovano in Belgio (6), Paesi Bassi (6, inclusa la capitale Groot-Amsterdam), Grecia (4, tutte parte della capitale), Francia (4, inclusa Parigi e 3 regioni circostanti), Malta (entrambe le regioni) e Spagna, **Italia** e Polonia (ciascuna 2 regioni).
In particolare, in Italia si passa dal 100% di cittadini che abitano a poca distanza da una struttura ospedaliera rilevato a Milano, o il 98,5% di Napoli, il 96,7% di Bari e il 94,7% di Roma, fino al 35,7% di Nuoro, il 37,6% di Rieti o il 57,4% di Aosta
All'altra estremità, risultano 97 regioni di livello Nuts 3 in cui meno del 50% della popolazione viveva entro 15 minuti di macchina da un ospedale nel 2023. Tra queste regioni, 21 si trovano in Romania, 15 in Grecia, 9 ciascuna in Croazia e Spagna, 8 in Polonia e altre 6 ciascuna in Irlanda, Portogallo e Slovenia. C'è anche un piccolo gruppo di 7 regioni in cui meno del 10% della popolazione vive a un quarto d'ora di guida da un ospedale: 4 di queste regioni sono in Grecia e 3 in Romania.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=128923

Medicina territoriale

24 OreSalute

Liste d'attesa, Schillaci attacca ancora le Regioni: “I fondi ci sono, è colpa del caos organizzativo”

Il ministro risponde all'accusa mossa dai Governatori di non aver stanziato fondi sufficienti per abbattere le lunghe code in Sanità

Marzio Bartoloni

“Agende chiuse e liste d'attesa gonfiate” in oltre un'Asl su quattro come hanno dimostrato le indagini dei Nas negli ospedali: “Vogliamo davvero continuare ad affermare che servano fondi per richiamare i direttori generali di quel 27% di strutture irregolari ad intervenire con la massima urgenza?”
Il ministro della Salute **Orazio Schillaci** torna a scrivere alle Regioni e lo fa con una nuova lettera di fuoco con data 2 aprile e inviata al Presidente delle Regioni **Massimiliano Fedriga** in cui risponde anche all'accusa mossa dai Governatori di non aver stanziato fondi sufficienti per abbattere le lunghe code in Sanità che restano il nemico numero uno di tanti pazienti.

Le risorse a disposizione non spese tutte e usate per ripianare i debiti

“T'i propongo di andare oltre alla generica rivendicazione dell'insufficienza di fondi. È l'ultima relazione della Corte dei Conti a certificare che fra il 2020 e il 2021 sono stati stanziati oltre 2 miliardi di euro specificamente destinati all'abbattimento delle liste d'attesa ed è stessa Corte che ha però rilevato un utilizzo esiguo e non sempre efficiente di queste risorse, con il rischio concreto che i fondi vengano impiegati per ripianare disavanzi sanitari piuttosto che per lo scopo previsto”, scrive Schillaci che annuncia anche di voler incontrare i presidenti delle Regioni per “verificare” se c'è bisogno di risorse ulteriori.
Schillaci nella sua lettera respinge al mittente anche l'accusa di aver invaso le competenze delle Regioni con il decreto sulle liste d'attesa entrato in vigore lo scorso agosto: “Non rappresenta affatto un'invasione delle

competenze regionali, bensì un intervento necessario a garantire un diritto costituzionale che, come dimostrato dalle ispezioni dei Carabinieri NAS, risulta compromesso per una significativa percentuale di cittadini.
La tutela della salute, prima ancora di essere materia concorrente, è un diritto fondamentale che dobbiamo garantire in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale".

Nel mirino il "caos organizzativo di alcune Regioni"
"Il 27% dele strutture ispezionate - ricorda ancora nella sua lettera il ministro della Salute - presenta irregolarita gravi, tra cui agende chiuse arbitrariamente e liste d'attesa gonfiate.
Queste non sono criticità astratte, ma pratiche concrete che negano il diritto alla salute di migliaia di cittadini ogni giorno. Concorderai con me che non possiamo continuare a rilevare problemi ex post attraverso il lavoro d'indagine di Carabinieri o giornalisti", "È però incomprensibile - ecco l'affondo di Schillaci - il caos organizzativo di alcune Regioni che non hanno ancora una conoscenza chiara dell'offerta di prestazioni nelle loro strutture pubbliche e private in convenzione". Il riferimento è alla norma prevista nel decreto delle liste d'attesa che obbliga le Regioni a unificare tutta l'offerta pubblica e privata di prestazioni sanitarie in modo che quando il cittadino chiama il Cup per prenotare una visita o un esame sia disponibile tutta l'offerta completa.

Le inadempienze sui Cup unici e l'attività intramoenia
"Vogliamo davvero continuare ad affermare che servono fondi per richiamare i Direttori Generali di quel 27% di strutture irregolari ad intervenire con la massima urgenza?" chiede dunque Schillaci nella sua lettera. "Vogliamo davvero continuare a non vedere che le Regioni che hanno realizzato il CUP unico, unificando le agende pubbliche e private in convenzione come previsto dal decreto, hanno ridotto drasticamente i tempi di attesa perché hanno aumentato notevolmente le prestazioni?
Vogliamo davvero continuare a tollerare - conclude il ministro - che non ci sia un monitoraggio stringente in ogni azienda per garantire il corretto equilibrio fra l'attività istituzionale e quella libera professione?".
Un punto quest'ultimo che si riferisce al fatto che nelle Asl l'attività privata in intramoenia dei medici non deve superare il 50% dell'attività ordinaria erogata dal Servizio sanitario. Cosa che in passato in diverse strutture non è accaduto.

https://www.ilsole24ore.com/art/liste-d-attesa-schillaci-attacca-ancora-regioni-i-fondi-ci-sono-e-colpa-caos-organizzativo-AGQAzNwD?cmpid=nl_sanita24

24 OreSalute

Dal salta-code alla piattaforma nazionale: così lo scontro con le Regioni affonda le liste d'attesa

il piano sulle liste d'attesa rischia di affondare senza mai davvero essere partito a causa di un scontro clamoroso tra il ministero e i governatori

Marzio Bartoloni

Dopo 300 giorni dal varo il piano sulle liste d'attesa rischia di affondare senza mai davvero essere partito e con lui le speranze di milioni di italiani costretti spesso a lunghe code per visite ed esami con la beffa che più di un'Asl su quattro, come hanno scoperto da poco i Nas, lascia i pazienti in liste di galleggiamento o peggio rifiuta le prenotazioni chiudendo le agende.
A contribuire al naufragio del piano è un clamoroso scontro tra il ministro della Salute **Orazio Schillaci** e le Regioni condito negli ultimi giorni da lettere di fuoco e accuse reciproche: il ministro punta il dito contro diversi Governatori colpevoli di non applicare le misure del decreto varato il 7 giugno e di ritardare con una lunga melina l'approvazione dei provvedimenti attuativi.

E così slitta la partenza della Piattaforma nazionale sulle liste d'attesa prevista inizialmente per febbraio e resta al palo il decreto sui poteri sostitutivi che scattano in caso di inadempienze a dimostrazione del fatto che le Regioni vivono il piano come un'invasione, perché la Sanità – dopo la riforma del Titolo V – è fortemente regionalizzata e "allergica" a ogni intervento di Roma.
I mugugni dei governatori riguardano invece i pochi fondi stanziati e la riforma dei medici di famiglia che darebbe una mano al taglio delle liste d'attesa e il cui stallo è addossato al ministro.
A pagarne le spese sono i pazienti come dimostrano gli ultimi clamorosi casi di cronaca: dai risultati istologici in ritardo anche di 8 mesi dell'Asp di Trapani all'appuntamento al 2027 per una risonanza dell'ex operario dell'Ilva di Taranto con due focolai tumorali.
Uno scandalo confermato dai dati raccolti da Cittadinanzattiva per il Sole 24 ore su 4 prestazioni che mostrano come anche per le cure più urgenti, quelle per i pazienti più gravi, si superino i tempi massimi.

Il braccio di ferro con le Regioni
«Incomprensibile caos organizzativo» e «fallimento del modello regionale di gestione della sanità»: così Schillaci prima in una lettera infuocata al presidente delle Regioni **Massimiliano Fedriga** e poi in un tesissimo question time al Senato nei giorni scorsi ha definito la gestione delle liste d'attesa.
I Nas hanno scoperto nel 27% delle Asl «gravi irregolarità» e «casi indegni» come ha ricordato Schillaci che ha perso la pazienza soprattutto perché non vengono applicate misure previste dal decreto e subito applicabili: dal "salta-coda" per i pazienti (se la lista è lunga il Cup deve trovare il posto in intramoenia o nel privato senza far pagare il cittadino) ai Cup unici a livello regionale attivati per ora in 14 Regioni ma spesso ancora incapaci di mettere insieme tutta l'offerta di cure sia pubbliche che del privato accreditato, come a esempio ha fatto il Lazio con primi visibili benefici.
Infine la possibilità di aprire gli ambulatori per visite ed esami anche nel week end, strada per ora imboccata in pieno solo dal Piemonte.
Ma il muro contro muro è soprattutto sui decreti attuativi: se la Piattaforma nazionale che dovrà monitorare le liste d'attesa Asl per Asl se tutto va bene vedrà la luce questa estate (le Regioni hanno chiesto uno stanziamento di circa 30 milioni) lo scontro è sul decreto che deve definire i poteri sostitutivi nel caso ci siano gravi irregolarità: dopo 5 mesi di tira e molla sul testo il provvedimento è ancora fermo.

L'allarme sulle cure urgenti
L'indagine realizzata da Cittadinanzattiva raccogliendo gli ultimi dati dai siti web regionali e delle Asl su 8 Regioni mostra come dalle cure urgenti a quelle programmabili buona parte delle strutture sanitarie non rispetta i tempi massimi previsti per quattro prestazioni (visita cardiologica, ecografia all'addome, mammografia e tac rachide dorsale) e si tratta tra l'altro di numeri, quelli pubblicati per obbligo di legge, non sempre "veritieri" (soprattutto se il tempo di attesa non si calcola dal primo contatto telefonico) visto il caso sorprendente della Calabria che avrebbe addirittura azzerato le attese.
Quello che preoccupa è soprattutto lo sforamento dei tempi massimi per le cure urgenti che a volte possono essere dei salva vita. Dalla fotografia limitata (si veda grafico) emerge a esempio gli allarmanti tempi medi di attesa della Puglia: qui per una visita cardiologica urgentissima (entro 72 ore) si attende in media 34 giorni e 83 giorni per quelle urgenti (entro 10 giorni), per una ecografia all'addome urgentissima 20 giorni e 40 per quella urgente o 34 giorni per una mammografia urgente e 30 giorni per una Tac della rachide dorsale (quella dell'ex operaio dell'Ilva).
Segnali d'allarme che fanno dire alla segretaria di Cittadinanzattiva **Anna Lisa Mandorino** che per far funzionare le misure anti liste d'attesa serve una «fattiva collaborazione tra tutti i soggetti istituzionali coinvolti, senza rimpalli di responsabilità ma in un'ottica di piena e totale collaborazione nel solo interesse di cittadine e cittadini.
In particolare chiediamo - aggiunge - che il tema delle risorse non sia usato per giustificare ritardi o peggio ancora immobilismo, visto che nel recente passato sulle liste d'attesa sono stati stanziati fondi solo parzialmente utilizzati, ma anche che i miglioramenti dichiarati per alcune Regioni siano corredati da dati e oggetto di verifica».
«Dalla nostra campagna #Stopattese, emergono - conclude Mandorino - ancora tantissime difficoltà dei cittadini ad accedere ad alcune prestazioni, anche urgenti, ma, allo stesso tempo, constatiamo che, dopo

l'invio dei nostri moduli per l'attivazione dei percorsi di tutela, molte situazioni si risolvono; segno che le lunghe attese in molti casi sembrerebbero superabili con una migliore organizzazione».

https://www.ilsole24ore.com/art/dal-salta-code-piattaforma-nazionale-cosi-scontro-le-regioni-affonda-liste-d-attesa-AGwbHPyD?cmpid=nl_sanita24

BMJ Journals

ChatGPT (GPT-4) contro i medici nei casi complessi dell'esame specialistico in medicina di famiglia svedese: Corrispondenza al dottor Rasmus Arvidsson

Astratto

Contesto Tra i recenti progressi nella ricerca sull'intelligenza artificiale rientra lo sviluppo di trasformatori generativi pre-addestrati (GPT). ChatGPT ha dimostrato di funzionare bene nel rispondere a diverse serie di domande a risposta multipla in ambito medico. Tuttavia, non è stato testato per la scrittura di valutazioni a testo libero di casi complessi nell'ambito dell'assistenza primaria.

Obiettivi Confrontare le prestazioni di ChatGPT, versione GPT-4, con quelle di veri medici.

Disegno e contesto: Studio comparativo osservazionale in cieco condotto nell'ambito dell'assistenza primaria svedese. Le risposte di medici GPT-4 e di medici reali ai casi dell'esame specialistico svedese in medicina di famiglia sono state valutate da revisori in cieco e i punteggi sono stati confrontati.

Partecipanti Sono state utilizzate le risposte anonime dell'esame di specializzazione in medicina di famiglia svedese 2017-2022.

Misure di esito Primarie: la differenza media nei punteggi tra le risposte del GPT-4 e le risposte selezionate casualmente da medici umani, nonché tra le risposte del GPT-4 e le risposte di livello superiore da medici umani. Secondarie: la correlazione tra le differenze nella lunghezza della risposta e nel punteggio della risposta; il coefficiente di correlazione intraclasse tra i revisori; e la percentuale del punteggio massimo raggiunto da ciascun gruppo in diverse categorie di soggetti.

Risultati I punteggi medi sono stati 6,0, 7,2 e 4,5 rispettivamente per le risposte dei medici selezionati casualmente, le risposte dei medici di livello superiore e le risposte GPT-4, su una scala di 10 punti. I punteggi per le risposte dei medici casuali sono stati, in media, 1,6 punti più alti di quelli di GPT-4 ($p < 0,001$, IC 95% 0,9-2,2) e i punteggi dei medici di livello superiore sono stati, in media, 2,7 punti più alti di quelli di GPT-4 ($p < 0,001$, IC 95% 2,2-3,3). Dopo la pubblicazione di GPT-4o, l'esperimento è stato ripetuto, sebbene questa volta con un solo revisore che ha valutato le risposte. In questo follow-up, le risposte dei medici casuali hanno ottenuto un punteggio di 0,7 punti più alto di quelle di GPT-4o ($p = 0,044$).

Conclusione: nei casi complessi di assistenza primaria, GPT-4 offre prestazioni peggiori rispetto ai medici umani che sostengono l'esame di specializzazione in medicina di famiglia. I futuri chatbot basati su GPT potrebbero offrire prestazioni migliori, ma sono necessarie valutazioni approfondite prima di implementarli come supporto alle decisioni mediche nell'assistenza primaria.

https://bmjopen.bmj.com/content/14/12/e086148

L'Ambulatorio popolare Roma Est

Andrea Calignano, redattore Think2it
Norina Di Blasio, Digital content editor, Think2it

In un panorama di disagio e vuoto istituzionale, l'Ambulatorio popolare Roma Est rappresenta un'áncora di salvezza per gli abitanti del quartiere (1). L'Ambulatorio, poggiando sull'idea che la salute sia influenzata anche dalla precarietà abitativa e lavorativa, collabora con altre realtà del Polo Civico Quarticciolo (palestra popolare, doposcuola, collettivo per il diritto alla casa) per un'azione sociale integrata, prima che sanitaria. Un modello che non solo intercetta i bisogni di salute inespressi, ma sottolinea cosa potrebbe fare il SSN, a partire dalla necessità di un potenziamento dei servizi territoriali.

"Dalla borgata per la borgata": l'atmosfera al Quarticciolo, alla periferia est di Roma, somiglia a quella di un set cinematografico, nel bene e nel male.
I tralicci dell'alta tensione che attraversano il Quartiere, il brulichìo di attività illecite alla luce del sole, ma anche l'inquietudine degli abitanti, preoccupati che le promesse di intervento del governo e l'applicazione del decreto Caivano possano peggiorare la situazione, trasformando il territorio in una zona militarizzata (2).

Fra case senza intonaco, il polo civico del Quarticciolo rappresenta un esempio di come una rete di realtà autoorganizzate possa incidere concretamente sulla vita della borgata, trasformando rivendicazioni locali – dal diritto alla residenza e alla casa alla riqualificazione urbana – in un modello riproducibile altrove, e sembra dimostrare come la sicurezza possa nascere dalla giustizia sociale. Se davvero l'obiettivo è mettere al centro la sicurezza, non è possibile continuare a confondere la causa con l'effetto: la sicurezza fisica è una conseguenza di quella sociale, non il contrario. Le persone hanno bisogno di un lavoro, di una casa, di cure mediche. Non di slogan vuoti. È necessario occuparsi della complessità reale.

L'Ambulatorio popolare Roma Est
Nato nel 2020 come risposta all'emergenza pandemica, l'ambulatorio si è progressivamente ampliato, arrivando oggi a offrire uno sportello di ascolto nutrizionale (3) e cure pediatriche, oltre a servizi di ascolto psicologico e di assistenza primaria. Secondo Francesco De Michele, psichiatra e volontario dell'Ambulatorio popolare, "l'obiettivo finale sarebbe non dover più esistere come Ambulatorio Popolare, ma vedere il Servizio Sanitario Nazionale riprendere il suo ruolo di garante universale della salute".

L'8 febbraio, al civico quattro di via Ostuni – l'arteria principale che passa per Quarticciolo – si è ricominciato a parlare di diritto alla salute nel territorio della ASL Roma 2. Questo è il tema della tavola rotonda organizzata in occasione della prima edizione di "A.P.R.E. festival! La salute che vorrei", evento che racconta i nuovi sportelli dell'ambulatorio, attivi da gennaio, e promuove l'alfabetizzazione sul diritto alla salute. Entrando nel cancello di metallo che delimita il blocco di edifici, si accede allo spazio che ospita il nuovo ambulatorio, ereditato dalla palestra popolare.

Durante il primo giro della tavola, moderata da Andrea Capocci (giornalista de *Il Manifesto*), gli ospiti sottolineano le criticità presenti nel territorio della ASL Roma 2, che conta circa un milione e trecentomila utenti ed è l'Azienda Sanitaria Locale più affollata della città. La tavola è un'occasione per presentare i servizi offerti, ma anche per dare voce agli abitanti del quartiere su quelli che mancano.

Uno dei temi più sentiti è quello della convivenza tra i consultori (le cui funzioni, quando non vengono chiusi dalla sera alla mattina, sono spesso ridotte ai minimi termini) e le Case della comunità, che stanno iniziando a vedere la luce, seppure – laddove ne venga decisa l'ubicazione – non senza interrogativi. Difatti al

Quarticciolo, con la chiusura del consultorio (4), epilogo a cui sembrerebbe essere destinato dopo il suo ridimensionamento, chiuderebbe l'ultimo presidio del SSN nella borgata.

In difesa dei consultori si schiera il collettivo *Donne De Borgata* temendo che, con un abbassamento delle difese, le Case della comunità fagocitino queste realtà. La coordinatrice dell'*Assemblea delle donne e libere soggettività* risponde invocando un cambio di prospettiva – abbandonare l'idea di un diritto alla cura e invocare il diritto alla prevenzione – ed evidenzia l'importanza di creare una rete per mettere insieme i diversi modi di agire in difesa del Quarticciolo, di Pietralata, di Rebibbia. Il Centro Antiviolenza *Angela Merlin*, gestito da Lucha y Siesta, denuncia la mancanza di spazi di accoglienza e rifugi per i circa 300 percorsi di fuoriuscita dalla violenza – domestica o sessuale – intrapresi negli ultimi due anni, sottolineando i rischi di sviluppare malattie croniche o depressione, oltre alla possibilità concreta di nuove aggressioni.

Finito il primo giro di tavolo, sono diversi gli interrogativi che ancora cercano risposta. È il momento, per chi ha parlato e per chi ha ascoltato, di provare insieme a capire come contrastare il continuo impoverimento dei servizi per la salute. **Secondo alcuni si può credere nelle Case della comunità – che possono rappresentare una risposta alle criticità scoperte di alcuni quartieri – senza però cadere nella trappola attesa da molti dei presenti: che tanti presidi vengano chiusi mettendo la parola fine alle attività fondamentali di ascolto, confronto tra pari e aggregazione.** Ma come si può permettere che queste nuove strutture diventino parte del panorama sanitario locale senza sottrarre risorse necessarie ai consultori già presenti e attivi sul territorio? Un'altra esigenza emersa dal confronto è la necessità di colmare il divario tra i reali bisogni sanitari della popolazione e i servizi – spesso insufficienti – offerti dal SSN.

Qualcuno dal pubblico prende la parola, si discute sulla possibilità di instaurare un dialogo con il SSN e le ASL, anche attraverso incontri organizzati dal Municipio per coordinare le attività sul territorio. L'obiettivo è garantire una presenza attiva degli ospedali di zona e istituire tavoli permanenti di partecipazione con le Aziende sanitarie. Ma in che modo istituzioni e realtà locali possono tornare a intrecciarsi e colmare il divario che esiste tra i diversi quartieri? In tanti si guardano sperando che qualcun altro abbia la risposta.

Grazie ai volontari dell'Ambulatorio popolare, a Quarticciolo si parla di salute territoriale. I presenti ascoltano e propongono momenti di condivisione, formazione e umanizzazione, per contrastare l'allontanamento della sanità dalle periferie e l'ombra sempre più lunga della privatizzazione. Sullo sfondo rimane la deriva di controllo e di finta sicurezza sbandierata dal governo, e la promessa di applicare al quartiere il modello Caivano, una promessa sorda alle istanze prodotte in anni di lavoro con la borgata e per la borgata.

Il piano del Quarticciolo

La comunità locale, insieme a diverse realtà del territorio, ha elaborato un piano di rigenerazione urbana partecipativa, frutto di un lungo processo di ascolto e collaborazione. Il piano, nato dai laboratori con i bambini del doposcuola, dalle riunioni del comitato di quartiere, dal contributo di esperti di urbanistica e dalla sinergia con realtà sportive, sociali e sanitarie, è consultabile qui. Una mappatura dal basso per ribadire con decisione, sotto la pioggia che ha accompagnato i partecipanti al corteo del primo marzo, quanto siano essenziali la scuola primaria, la piscina comunale ma, soprattutto, i servizi di cure primarie e di prossimità, come il consultorio di quartiere.

Al Quarticciolo, infatti, la sanità pubblica arriva a singhiozzo: solo tre medici di base per circa 10.000 abitanti, consultorio a rischio chiusura e lunghe liste d'attesa per le visite specialistiche. "Molti residenti, soprattutto anziani, finiscono per rinunciare alle cure a causa delle difficoltà di spostamento e delle barriere burocratiche", spiega Andrea Carrozzini, specializzando in Medicina di Comunità e Cure Primarie, nonché volontario.

L'Ambulatorio Popolare non si limita a "tappare i buchi" del sistema sanitario, esercitando azioni di vertenza verso il rispetto delle liste di attesa e della cosiddetta "presa in carico", ma propone un modello alternativo di cura, basato sull'ascolto, la partecipazione e la costruzione di una comunità solidale. Un'esperienza che

mostra come un approccio di prossimità è fondamentale per garantire il diritto alla salute a tutti, soprattutto nelle periferie più disagiate. “La salute non è solo assenza di malattia” – afferma Giulia Arrighetti, dottoranda in Antropologia Medica e volontaria – “ma un insieme di condizioni che permettono alle persone di vivere dignitosamente”.

L’esperienza dell’Ambulatorio popolare dimostra che un approccio basato su ascolto e prossimità non è solo una questione di efficienza sanitaria, ma di giustizia sociale. Eppure, nonostante il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) preveda nuove Case della comunità entro il 2026 (una ogni 50.000 abitanti), al Quarticciolo non è stato destinato alcun presidio. Una scelta che perpetua le disuguaglianze di salute, in una città dove l’aspettativa di vita tra centro e periferia può variare anche di tre anni.
Solo una rete integrata tra sanità pubblica e realtà di comunità potrà colmare il divario che separa i quartieri più vulnerabili dal resto della città. La sfida, dunque, è quella di costruire una rete di servizi territoriali che garantisca il diritto alla salute in ogni quartiere, superando le diseguaglianze e promuovendo una cultura della cura condivisa.

https://www.saluteinternazionale.info/2025/04/lambulatorio-popolare-roma-est/

msn

Sanità, ecco come i pazienti sono presi in giro da 20 anni

Milena Gabanelli e Simona Ravizza

I Livelli essenziali di assistenza, noti come Lea, sono le prestazioni sanitarie che ogni Regione è obbligata a garantire ai cittadini, gratuitamente o con il pagamento di un ticket.
Parliamo di vaccinazioni, screening oncologici, visite dal medico di famiglia o dal pediatra, visite specialistiche, esami diagnostici, ricoveri e interventi chirurgici.
Per verificare il rispetto di questi obblighi, dal 2001 è attivo un sistema di monitoraggio nazionale che valuta se - e in che misura - le Regioni raggiungono gli standard previsti.
Gli indicatori vengono aggiornati periodicamente per rispondere ai bisogni della popolazione e sono suddivisi in tre grandi aree: prevenzione, assistenza territoriale e assistenza ospedaliera.
I risultati possono essere rappresentati con tre colori: verde per le Regioni che rispettano i Lea, giallo per quelle con criticità e rosso per quelle inadempienti (qui pag. 13 i risultati del 2008, primi dati disponibili). L’ultimo monitoraggio, approvato l’11 febbraio 2025 dal Comitato permanente per la verifica dei Lea, mostra che otto Regioni non raggiungono i livelli minimi richiesti: si tratta della Provincia Autonoma di Bolzano, Valle d’Aosta, Liguria, Abruzzo, Molise, Basilicata, Calabria e Sicilia (qui pag. 4). I pessimi risultati hanno sempre una spiegazione. Vediamo cosa non sta funzionando.
A partire dal 2007, le Regioni con disavanzi sanitari vengono inserite nei Piani di rientro, si tratta di programmi di risanamento pensati per rimettere i conti in ordine, ma anche per migliorare l’offerta assistenziale (qui Finanziaria 2005, articolo 1, comma 174).
Se si confrontano i risultati del monitoraggio Lea con l’elenco delle Regioni in Piano di rientro (qui), emergono sovrapposizioni evidenti. Abruzzo, Molise e Sicilia sono in Piano di rientro dal 2007 e mostrano ancora oggi prestazioni insufficienti, la Calabria è entrata nel 2009 e anche qui i risultati sono negativi.
La Liguria, pur avendo seguito un Piano di rientro soft tra il 2007 e il 2009, oggi si trova comunque in difficoltà. Lazio, Puglia e Campania, anch’esse in Piano di rientro, hanno fatto passi avanti negli ultimi anni, ma per molto

tempo sono rimaste indietro come mostra un'analisi dell'Osservatorio Gimbe che fotografa l'andamento tra il 2010 e il 2019 (qui il report pag. 17).
Ancora oggi non sono nella parte alta della classifica nazionale: la Puglia è al decimo posto, il Lazio al dodicesimo e la Campania, che sta chiedendo di uscire dal Piano di rientro, al tredicesimo.
Un altro indicatore importante che mostra le ripercussioni dei Piani di rientro riguarda la riduzione dei posti letto ospedalieri.
A parità di condizioni di partenza rispetto alla media nazionale, nelle Regioni in Piano di rientro i tagli sono significativamente più pesanti: in queste aree è stato eliminato il 27% di posti letto in più rispetto alle altre Regioni. In termini numerici, la riduzione è di 0,59 posti letto ogni 1.000 residenti, contro i 0,43 tagliati nelle Regioni che non sono in Piano di rientro (qui a pag. 23-24).
Il risultato si riflette oggi sugli standard non raggiunti per i posti letto.
Sono al di sotto della soglia minima di 3 letti per 1.000 abitanti dedicati ai ricoveri per acuti la Calabria (2,7), la Campania (2,8) e l'Abruzzo (2,9). Ancora più critica la situazione dei posti letto post-acuti, per i quali lo standard è fissato a 0,7 per 1.000 abitanti.
Sotto questa soglia si trovano il Molise e la Campania, entrambe ferme a 0,4, seguite da Abruzzo, Puglia e Sicilia (0,5), e infine la Calabria (0,6 qui pag. 13 e 14, ultimi dati disponibili presentati da Agenas il 18 febbraio 2025).
Un'ulteriore conseguenza dei Piani di rientro è il divieto imposto alle Regioni di sostenere spese sanitarie non obbligatorie e di introdurre nuove prestazioni oltre a quelle già previste dai Lea. In pratica, le Regioni in Piano di rientro non possono finanziare prestazioni aggiuntive, nemmeno quando rappresentano potenziali opportunità di cura per pazienti con gravi patologie (qui l'articolo del *Corriere della Sera* del dicembre 2024).
Per esempio, non è consentito coprire farmaci non ancora rimborsati dal Servizio sanitario nazionale, anche se potrebbero offrire benefici importanti per malattie rare o condizioni croniche gravi.
Fino all'aggiornamento delle tariffe dei Lea, entrate in vigore nel gennaio 2025, le Regioni in Piano di rientro non potevano garantire esami e terapie offerte in molte altre aree del Paese.
Non erano previsti, ad esempio, specifici test per la diagnosi di malattie rare, la tomografia ottica computerizzata utile per individuare retinopatie, glaucomi e maculopatie, oppure tecniche diagnostiche avanzate come la videocapsula endoscopica, che permette di esplorare l'intestino in modo non invasivo.
A queste si aggiungono alcune delle prestazioni più innovative in campo oncologico, escluse per anni nelle Regioni in Piano di rientro: la radioterapia stereotassica e l'adroterapia, trattamenti indicati per pazienti con tumori inoperabili o resistenti alla radioterapia tradizionale (qui).
Il risultato è che i cittadini residenti in queste Regioni hanno avuto un accesso limitato all'innovazione diagnostica e terapeutica, creando disuguaglianze tra pazienti con le stesse patologie, e all'interno dello stesso Paese.
Infine per le Regioni in Piano di rientro c'è la perdita della quota premiale, ovvero quella parte del finanziamento del Servizio sanitario nazionale che viene attribuita solo a chi raggiunge determinati obiettivi di qualità ed efficienza.
Per il 2024 questa quota vale 670 milioni di euro, pari allo 0,5% del livello complessivo di finanziamento (qui).
Le Regioni che non raggiungono gli standard richiesti non la incassano, con un impatto diretto sulla disponibilità di risorse per la sanità. Ma oltre al danno c'è pure la beffa. I Piani di rientro prevedono un aumento automatico della pressione fiscale regionale, proprio per contribuire al risanamento dei conti.
In particolare, si stabilisce l'incremento di 0,15 punti percentuali sull'Irap (l'imposta regionale sulle attività produttive) e di 0,30 punti sull'addizionale regionale Irpef, rispetto ai livelli base (qui legge 311/2004, Finanziaria 2005, art. 1, comma 174 e qui legge 23 dicembre 2009, n. 191, articolo 2, comma 86). Questo significa, per esempio, che in Lombardia, per un reddito inferiore ai 15 mila euro, l'addizionale Irpef è dell'1,23%, mentre in Calabria sale all'1,73%.
In pratica, chi vive in Regioni con una sanità in difficoltà si trova a pagare di più in tasse locali, pur avendo accesso a servizi sanitari meno efficienti, con minori prestazioni disponibili e standard assistenziali inferiori. Un paradosso che accentua ulteriormente le disuguaglianze territoriali e sociali (Lazio, Calabria, Campania e Molise qui; Puglia; in Sicilia la maggiorazione viene azzerata dal 2019 qui; mentre in Abruzzo proprio per coprire la voragine dei conti della sanità è scattato un nuovo aumento il 4 aprile 2025 qui).

Negli anni il Lazio, l'Abruzzo, la Campania, la Calabria e il Molise sono state anche commissariate. Calabria e Molise lo sono tuttora (qui).
E per tutte queste Regioni, a cui va ad aggiungersi anche la Sicilia, sono entrate in campo persino le società di consulenza (qui). Alla fine hanno almeno sistemato i conti?
Dal 2007 al 2022 la situazione finanziaria delle Regioni in Piano di rientro è migliorata.
Nel 2007 il disavanzo complessivo superava i 4 miliardi di euro (qui pag.12 tabella 4); nel 2022 la perdita si è ridotta a 452,9 milioni (qui, pag 73), da cui però sono esclusi i conti della Calabria che risulta avere in cassa 140,4 milioni perché ha ricevuto dei fondi dallo Stato per attuare il Piano di rientro, ma non è stata in grado di utilizzarli (qui pag. 79). Il controsenso? Sempre in Calabria, l'Azienda ospedaliero-universitaria Renato Dulbecco di Catanzaro paga i fornitori con un ritardo di 336 giorni (II trimestre 2024).
In Molise, la Gestione sanitaria aziendale (GSA), che gestisce i servizi sanitari regionali, paga i fornitori con un ritardo di 439 giorni (I trimestre 2024).
Questi ritardi non sono solo un indicatore di inefficienza, ma anche una voce di costo.
Superati i 60 giorni, scattano gli interessi di mora: al tasso di riferimento stabilito dalla Banca Centrale Europea si sommano 8 punti percentuali (Legge n. 231/2002).
Per esempio, se il tasso Bce è al 2%, gli interessi moratori ammontano al 10% annuo.
Dopo quasi vent'anni di Piani di rientro, la situazione dei servizi sanitari nelle Regioni interessate resta critica.
In tutte - ad eccezione del Lazio, dove però la sanità privata ha un peso determinante - la capacità di garantire ricoveri adeguati ai bisogni dei residenti continua ad essere insufficiente (qui pag. 13).
L'indice di fuga, che misura la percentuale di residenti che vanno a curarsi fuori Regione è del 41,63% in Molise, del 24,78% in Calabria, del 21,6% in Abruzzo e del 15,27% in Puglia, (qui pag. 7).
I cittadini del Sud continuano quindi a spostarsi verso il Nord per ricevere cure, ma non sono gli unici a migrare: anche medici e infermieri se ne vanno.
Dal 2019, nonostante la fine del blocco del turnover, i concorsi pubblici per nuove assunzioni spesso vanno deserti. La speranza di vita alla nascita, tra Nord e Sud, presenta una differenza che supera l'anno e mezzo (qui pag. 3 tab. 1).
Il lettore si chiederà: di chi è la responsabilità di un risultato che alla fine fa acqua da tutte le parti?
Sta nella scelta della classe dirigente, ovvero in prima battuta da chi deve amministrare, poi da chi fa le regole per supplire a una cattiva gestione, infine da chi queste regole deve poi applicarle.
Ricordiamo che il ministro della Salute è scelto dal Presidente del Consiglio; l'assessore alla Sanità regionale dal governatore; i direttori generali delle singole Asl dall'assessore.
Tutte figure strategiche troppo spesso reclutate in base a criteri di fedeltà politica e non di competenza.

https://www.msn.com/it-it/notizie/italia/sanit%C3%A0-ecco-come-i-pazienti-sono-presi-in-giro-da-20-anni/ar-AA1CzmAK

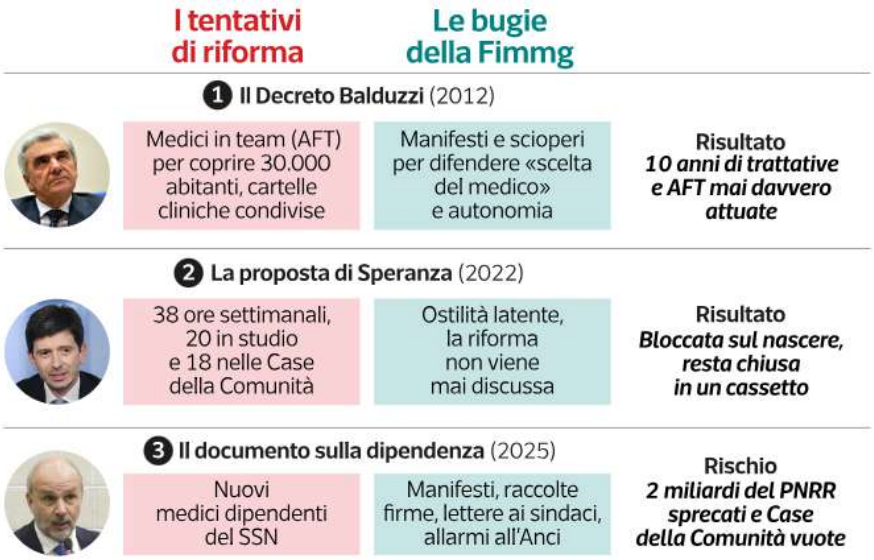
CORRIERE DELLA SERA

Medici di famiglia e riforma: le bugie a cui i pazienti non devono credere

Milena Gabanelli e Simona Ravizza

La riforma è in discussione da almeno tre mesi e ora è pronta: se approvata i nuovi medici di famiglia diventeranno dipendenti del Servizio sanitario nazionale (qui il *Dataroom* del 3 febbraio 2025 con la pubblicazione della bozza in discussione).
Il documento deve ottenere il via libera dalla Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni, per poi approdare sul tavolo del ministro Orazio Schillaci.

Per comprendere cosa potrebbe accadere in futuro, e le ragioni per cui oggi stiamo ancora a discutere su come rafforzare l'assistenza sul territorio, è necessario guardare al passato: da anni la Fimmg, il principale sindacato dei medici di famiglia, blocca ogni tentativo di cambiamento invitando i cittadini a fare muro. Ma perché?



Manifesti e slogan

È il 13 settembre 2012, al governo c'è Mario Monti e per garantire la presenza di un medico di famiglia ogni giorno dalle 8 alle 20, il decreto Balduzzi (n. 158 qui art. 1 b. bis) introduce le Aggregazioni funzionali territoriali (Aft). Il decreto prevede che gruppi di dottori lavorino in squadra per assistere fino a un massimo di 30.000 abitanti, secondo modelli definiti dalle Regioni. In questo modo, se il proprio medico di fiducia non è disponibile, il paziente può rivolgersi a un altro collega del gruppo che ha accesso alla cartella clinica.

L'obiettivo è anche quello di alleggerire i Pronto soccorso, dove ancora oggi un accesso su tre di codici bianchi e verdi è considerato inappropriato (qui) proprio perché evitabile consultando il proprio medico.

La questione non è semplice: i medici di famiglia sono liberi professionisti convenzionati con il Servizio sanitario nazionale e, per rendere operativo questo sistema, è necessario modificare gli Accordi collettivi nazionali (Acn).

Il Comitato di settore Regioni-Sanità, che nella Conferenza Stato-Regioni cura la contrattazione, il 12 febbraio 2014 stabilisce che i nuovi accordi devono indicare chiaramente l'obbligo per i medici di aderire al nuovo modello e al sistema informatico che lo sostiene (qui pag. 3).

L'11 aprile 2014 partono le trattative per il rinnovo dell'Acn con la Struttura interregionale sanitari convenzionati (Sisac), che rappresenta la parte pubblica. Il sindacato Fimmg invita subito i colleghi a esporre nelle sale d'attesa un volantino: «Sono cominciate le trattative per cambiare l'organizzazione della medicina generale per i prossimi 20 anni. Ci tieni a conservare il diritto di scegliere il tuo medico di famiglia? La Conferenza delle Regioni vuole limitarlo, potresti avere una sorpresa» (qui).

La Sisac tiene duro: gli orari della medicina generale vanno riorganizzati per garantire una reale continuità assistenziale. Il medico di famiglia deve operare secondo le modalità stabilite dall'Asl o dal distretto, sia nell'organizzazione del lavoro sia nell'attività assistenziale.

La Fimmg rivendica invece un sistema di autogoverno e proclama lo stato di agitazione della categoria (qui): «Il medico di medicina generale si qualifica come professionista autonomo, secondo le norme privatistico/civilistiche vigenti, ai fini dello svolgimento, nell'ambito e nell'interesse del Servizio sanitario nazionale, dei compiti e delle attività» (qui).

L'accordo non arriva e il 26 marzo 2015 la Fimmg alza il tiro: «Se ci saranno resistenze siamo pronti alla mobilitazione e a pianificare azioni di protesta più eclatanti di uno sciopero». La minaccia è di fare scattare 15 giorni di protesta durissima, proclamare uno sciopero e tappezzare le città di manifesti (qui). Lo slogan: «Io non vado con il primo che capita. Il mio medico lo scelgo io» (qui).

Si va avanti così per settimane, mesi, anni con trattative che riprendono e poi saltano, minacce, altre trattative, nuove rotture (qui tutti gli step della protesta).



10 anni di trattative per un nulla di fatto

L'Accordo collettivo nazionale 2016-2018 viene firmato solo il 20 gennaio 2022 (qui), dieci anni dopo la legge Balduzzi, e le Aggregazioni territoriali, pensate per far lavorare i medici in squadra e garantire un'assistenza continuativa, di fatto restano una scatola vuota.

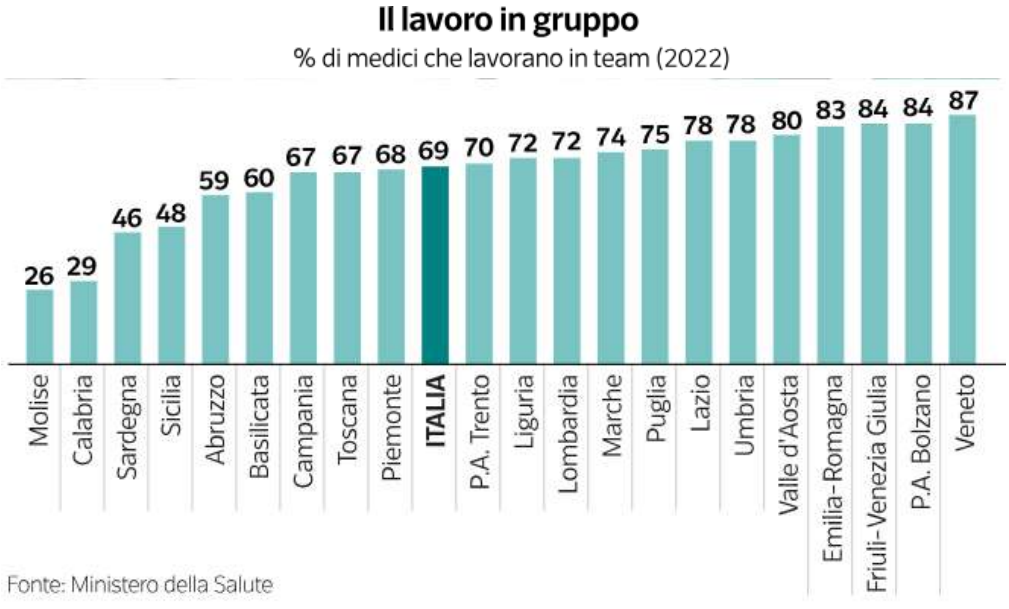
La Fimmg esulta: «Sono confermate la libera professione convenzionata, la scelta fiduciaria e l'autonoma organizzazione» (qui).

Vediamo cosa vuole dire «organizzazione autonoma».

1) Il medico di famiglia può decidere di non vaccinare contro l'influenza, di farlo solo se è il suo paziente a chiederlo, oppure di chiamarlo e invitarlo a vaccinarsi (chiamata attiva). Le differenze in termini di copertura vaccinale sono enormi e lo dimostrano i dati dell'Ats di Milano.

Ogni medico di famiglia dovrebbe vaccinare gli over 65 che ha in carico, vale a dire circa 400 pazienti. A questo obiettivo si avvicina solo il 7% dei dottori che effettua chiamate attive, il 57% vaccina mediamente (da 101 a 299 pazienti), il 18% ne vaccina meno di 100 e il 18% quasi nessuno.

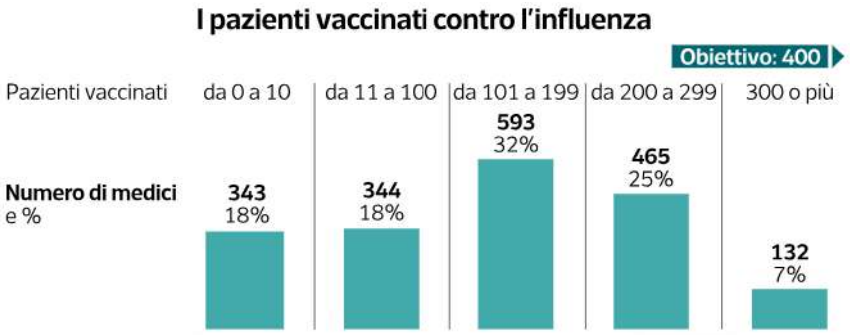
2) Il medico di famiglia può scegliere di lavorare da solo o in gruppo. È il motivo per cui ancora oggi ci sono differenze enormi nella gestione dell'assistenza, con una percentuale di medici in associazione che va dal 29% in Calabria all'84% in Friuli-Venezia Giulia (tutti i dati in grafica). 3) Durante la pandemia il medico di famiglia ha potuto rifiutarsi di eseguire i tamponi. 4) Le visite possono essere prevalentemente su appuntamento (art. 35 comma 6 qui).



La lezione del Covid

I limiti della medicina del territorio esplodono all'arrivo della pandemia. Le Regioni sono costrette a prendere atto del fallimento: «I contratti collettivi nazionali non sono idonei ad affrontare il cambiamento in atto, anche pensando (…) alla gestione delle multi-cronicità, aumento delle fragilità, programmazione dell'assistenza domiciliare, ecc.» (qui).

Per offrire assistenza ai cittadini tutti i giorni, dalle 8 alle 20, nascono le Case della Comunità, strutture pubbliche da costruire entro il 2026 attrezzate di punto prelievi, macchinari diagnostici per gli esami e un team multidisciplinare. Per funzionare, però, ci devono lavorare i medici di famiglia.



Il fallimento di Speranza

Nel luglio 2022 il ministro della Salute Roberto Speranza tenta un cambiamento per garantire, seppur con un rapporto di para-subordinazione, 38 ore di lavoro settimanali: 20 nei propri studi e 18 nelle Case della Comunità. Ma le nuove «Disposizioni in materia di medici di medicina generale», messe nero su bianco poco prima della crisi del governo Draghi, restano chiuse in un cassetto e non diventano mai legge (qui il *Dataroom* del 28 ottobre 2024). Infatti gli accordi attuali garantiscono dalle 5 alle 15 ore negli studi, a seconda del numero di pazienti, e 6 nelle Case della Comunità.

Di nuovo proteste e bugie

Ora le Regioni stanno lavorando a una riforma epocale che potrebbe cambiare radicalmente il rapporto tra i medici di famiglia e il Servizio sanitario nazionale.

I nuovi medici di famiglia diventeranno dipendenti del Ssn e lavoreranno un po' nei loro studi un po' nelle Case della Comunità, senza compromettere alcun rapporto di fiducia con il paziente, mentre i medici già in servizio continueranno se lo vorranno a restare lavoratori autonomi.

Riparte la protesta e scatta una mobilitazione ancora più bugiarda e capillare di dieci anni fa. Locandine appese negli studi: «Vogliamo che tu abbia sempre il tuo medico vicino a te». Raccolta firme inviando a casa dei pazienti e-mail dal titolo: «Proteggi il tuo medico di famiglia».

Convocazione dei sindaci: «Vediamoci il 2 aprile, se diventiamo dipendenti Asl salta il sistema». Lettere ai sindaci: «Egregio signor sindaco, vorrei attirare la sua attenzione sulla forte preoccupazione che stiamo vivendo come categoria sul futuro della medicina generale in Italia, con il rischio di compromettere seriamente uno dei pilastri fondamentali del nostro Servizio sanitario nazionale».

Appelli all'Anci: «Ci sentiamo in dovere di dirle con estrema chiarezza che un'eventuale modifica dello stato giuridico dei medici di famiglia non farà altro che indebolire l'assistenza territoriale». Pubblicità a pagamento sui giornali: «Con il passaggio alla dipendenza delle Asl il rapporto di fiducia con il tuo medico di famiglia verrebbe compromesso per sempre».

Se la politica si arrenderà di fronte a questa operazione di «terrorismo psicologico» della Fimmg e alla paura di perdere voti, il finale è già scritto: le Case della Comunità, dopo averci speso 2 miliardi di fondi del Pnrr, resteranno scatole vuote. E i cittadini si arrangino.

Medici di famiglia e riforma: le bugie a cui i pazienti non devono credere - Dataroom | Corriere.it

quotidianosanità.it

Carichi di lavoro dei MMG e organizzazione aziendale

Mauro Marin, *Pordenone, Ex direttore distretto sanitario e dipartimento cure primarie*

07 APR -

Gentile Direttore,

la conoscenza dei carichi di lavoro dei medici di medicina generale è il presupposto di una seria programmazione di riforma organizzativa delle cure primarie e di allocazione delle risorse, ai sensi del DM 77/2022. La legge 24/2017 all'art. 1 afferma infatti la responsabilità organizzativa aziendale nel garantire qualità e sicurezza delle cure e all'art. 7 riconosce la responsabilità civile aziendale verso gli assistiti per tutti i sanitari che lavorano nell'organizzazione.

Regioni e Aziende sanitarie ancora non elaborano e pubblicano i dati di prestazioni dei medici di medicina generale che detengono al fine di valutare l'utilità di impegni orari aggiuntivi nelle Case di Comunità richiesti dal ruolo unico ai sensi dell'ACN 2024.

La misurazione dei carichi di lavoro è importante infatti anche per valutare la continuità assistenziale ai fini della qualità dell'assistenza e degli esiti di salute (*Ann Fam Med* 2022;20:535-540), il rischio clinico per gli assistiti e il rischio di burn-out per i medici vhe derivano dal sovraccarico di lavoro , l'aumento di prescrizioni inappropriate onerose per il SSR derivanti dal sovraccarico di lavoro giornaliero (*The Annals of Family Medicine* January 2024, 22 (1) 12-18). (1) https://doi.org/10.1007/s10198-024-01742-7

Il rapporto OASI 2024 di CERGAS Bocconi ha rilevato i volumi di attività giornaliera dei medici di medicina generale, elevati e in aumento per l'invecchiamento della popolazione, l'aumento del numero di assistiti fino a 1500-1800 per medico data la carenza di medici, la complessità crescente delle cure e l'uso aggiuntivo di tecnologie che aumentano il numero di contatti non contabilizzati e riducono la durata delle consultazioni.

Di questi assistiti almeno il 30% sono anziani con poli patologie croniche e almeno il 40% del totale degli assistiti adulti ha una patologia cronica. L'accesso programmato per patologie croniche nel contesto di una medicina di iniziativa co-organizzata con l'azienda sanitaria secondo PDTA, come previsto dall'ACN, potrebbe ridurre gli accessi imprevisti e impropri e razionalizzare la domanda di prestazioni appropriata ai bisogni come indicato in art 1 dell'ACN 2024.

Nel campione esaminato nel rapporto OASI i medici di medicina generale, con una media di 1300 assistiti e il supporto del collaboratore di studio se disponibile, gestiscono in presenza e da remoto 40-50 contatti al giorno dal lunedì al venerdì, ovvero 200-250 la settimana, ovvero 800-1.000 al mese.

Le comunicazioni da remoto generano spesso un flusso continuo di lavoro 7 giorni su 7 alla settimana che va organizzato in considerazione che il medico di medicina generale non è tenuto alla reperibilità ma svolge un lavoro programmato che comprende oltre alle ore di ambulatorio che di norma sforano quelle dichiarate, anche un'attività di visite domiciliari a domanda che non hanno visibilità tracciata , visite nelle residenze protette per anziani e disabili, attività certificative differite, attività in equipe (AFT, UCCP, UVD), formazione continua e attività di docenza e tutoraggio.

Il XVI Rapporto *Health Search* 2023 di SIMG conferma gli elevati carichi di lavoro giornalieri dei medici di medicina generale. In questo studio il numero medio di contatti all'anno per ogni paziente è di 9 e corrisponde a circa 35 visite al giorno, ma negli assistiti di età superiore a 85 anni i consulti salgono a 20 all'anno per assistito. (2) https://report.healthsearch.it/flip/?anno=2025

Le malattie croniche che hanno generato un maggior numero di consulti nel Rapporto *Health Search* sono le malattie cardiovascolari e cerebrovascolari ed i loro fattori di rischio in particolare ipertensione arteriosa, diabete mellito e dislipidemie, seguite da altre malattie neurologiche degenerative, malattie polmonari croniche (BPCO e asma bronchiale), malattie mentali (depressione, demenza), malattie osteoarticolari (artrosi, osteoporosi), malattia da reflusso gastroesofageo, malattie renali e delle vie urinarie (IPB, insufficienza renale cronica), tumori che richiedono ai medici curanti un rilevante impegno tecnico e umano (*Am Fam Physician.* 2024;110(1):37-44).

La salvaguardia della continuità assistenziale del rapporto fiduciario tra assistiti e medici curanti, dove la comunicazione è vero tempo di cura ai sensi della legge 219/2017 ed è possibile anche una valutazione dei

determinanti socio-economici di salute che incidono sull'adesione ai trattamenti, trova uno spazio specifico nelle visite domiciliari a domanda, che non hanno visibilità tracciata nei carichi di lavoro (Int J Epidemiol. 2017, 46(4):1312-1318) .
Il maggiore gradimento nei sondaggi mostrato dagli assistiti verso il proprio medico curante rispetto ad altri servizi sanitari è significativo dell'utilità di questa relazione di cura.
A livello europeo sono riportati ugualmente elevati carichi di lavoro giornalieri per i medici di medicina generale (*Annals of Family Medicine* 2024, 22 (1) 12-18; *BMC Fam Pract* 2019, 20, 68 ; Lancet, 2016, 387, 10035, 2270 – 2272).
Altri studi hanno rilevato che i carichi di lavoro sono maggiori per i medici che operano in ambiti rurali rispetto a quelli urbani più vicini agli ospedali a cui gli assistiti a propria discrezione hanno la facoltà di un accesso diretto incondizionato per ottenere esami e consulenze specialistiche gratuite e immediate eludendo le liste di attesa che seguono le prescrizioni dei medici curanti.
European Union of General Practitioners and British Medical Association (BMA) hanno raccomandato un carico di lavoro giornaliero non superiore a 25 consultazioni al fine di garantire la sicurezza delle cure.
In conclusione, il pregiudizio in merito alla produttività dei medici di medicina generale basato sulle sole ore dichiarate di ambulatorio è smentito dallo studio di CERGAS Bocconi e dalla letteratura scientifica. Anzi anche a livello europeo si confermano carichi di lavoro giornalieri elevati per i medici che operano sul territorio. Si rileva di conseguenza il rischio clinico di sicurezza per gli assistiti, burn out dei medici e disaffezione della professione per gli studenti in assenza di interventi per valorizzare e rendere attrattiva la professione di medico di medicina generale.
L'abolizione del numero chiuso con l'inserimento di una selezione al primo anno di studi secondo il modello francese non è sufficiente a garantire in futuro un numero maggiore di medici di famiglia e neppure di specialisti per ridurre le liste di attesa senza una riforma anche degli accessi e dei corsi di specializzazione a livello universitario compreso quello per medicina generale, la valorizzazione del capitale umano dell'assistenza territoriale e l'attivazione di consulti telematici programmati tra medico curante e specialisti per rendere più rapidi e sicuri i percorsi di cura.
Non ci sono evidenze che il passaggio alle 38 ore settimanali nell'organizzazione delle Case di Comunità distrettuali migliori l'efficienza della medicina generale nei suoi compiti propri e la soddisfazione dei bisogni degli assistiti. Ci sono evidenze che il sovraccarico di lavoro può aumentare le prescrizioni di farmaci inappropriate, senza migliorare la salute degli assistiti.
Le istituzioni pubbliche dovrebbero elaborare e pubblicare i dati aggiornati di attività dei medici per una efficace programmazione basata sulle evidenze.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=128905

quotidianosanità.it

Basta con le chiacchiere sulla medicina territoriale! Parliamo di un progetto ambizioso e concreto

Giuseppe Graziano, *Medico, già Direttore Sanitario, esperto di pianificazione e organizzazione sanitaria.*
Davide Dibitonto, *Tecnico in Scienze dell'Amministrazione pubblica, esperto in pianificazione sanitaria, economista esperto in materia fiscale e disuguaglianze.*

31 MAR - Gentile Direttore,
dalla pandemia in poi si è fatto un gran parlare di medicina territoriale e di prossimità, ma al di là delle enunciazioni e delle normative emanate manca un progetto organico che trasformi le dichiarazioni in realtà. Il problema è che tutte le proposte partono dal presupposto di mantenere immutato l'attuale modello del

SSN basato su aziende sanitarie di grandi dimensioni, nonostante sia in palese contraddizione con i principi della medicina di prossimità che richiede un'organizzazione capillare.
È necessario quindi ripensare il modello organizzativo del SSN, recuperando lo spirito originario della legge 833/78 senza nostalgia retrospettiva, esaltandone i principi fondanti, correggendo gli errori e potenziando i punti di forza alla luce dell'esperienza maturata. L'obiettivo è delineare un modello concreto, qui esposto in maniera estremamente sintetica, basato su sei principi: pubblico, territoriale, domiciliare, di piccole dimensioni, democratico e gratuito. Questo articolo si concentra sulla medicina territoriale; un eventuale futuro contributo tratterà la rete ospedaliera.
La medicina di prossimità deve fondarsi sulle caratteristiche demografiche, orografiche e culturali del territorio italiano. Il 65% dei comuni ha meno di 5.000 abitanti, il 25% ne ha meno 1.000, il 96% non supera i 30.000 residenti, e oltre metà della popolazione (32,8 milioni) vive in questi piccoli centri. Questi numeri sono la base imprescindibile per costruire un SSN di prossimità.
Il concetto fondamentale di sanità territoriale si concretizza nel cambiamento radicale dell'attuale organizzazione: non più cittadini che cercano servizi, ma professionisti che si fanno carico, in maniera attiva, dei loro bisogni di salute assistendoli prevalentemente a domicilio. Per tradurre questo principio in pratica, prevediamo Unità Sanitarie Locali (USL) con bacini di 30.000 abitanti. Questo significa suddividere il territorio italiano in circa 2.000 USL, un numero che richiama e potenzia l'originaria articolazione del SSN nel 1978, quando le USL erano circa 700, con una media di circa 90.000 abitanti ciascuna. Oggi, invece, le ASL sono poco più di 100, con bacino di utenza medio di circa 600.000 abitanti.
La USL, nel modello che prevediamo, pur se dotata di strutture (poliambulatori, strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali per anziani, disabili adulti e minori, pazienti psichiatrici, case alloggio, consultori, centri antiviolenza, case rifugio) non è identificabile con gli edifici, ma è un'istituzione operativa multifunzionale e multiprofessionale che opera oltre e fuori dai muri istituzionali, in particolare a livello domiciliare.
All'interno di ciascuna USL, prevediamo di articolare il territorio in microaree di massimo 5.000 abitanti, prendendo spunto dall''esperienza triestina delle microaree.
Tuttavia, il nostro progetto ambisce a qualcosa di più: non si tratta di una semplice sperimentazione, ma di "mettere a sistema" questa esperienza, trasformandola nel fondamento stesso del nuovo SSN. Le microaree diventano così l'unità di misura territoriale a partire dalla quale si articola l'intera organizzazione sanitaria e nelle quali operano le figure appartenenti a tutte le professioni sanitarie, amministrative, tecniche e professionali della USL.
Le microaree seguono i confini comunali minimi: ogni comune, anche se piccolissimo, ha almeno una microarea, per un totale nazionale di circa 17.500. Ogni microarea prevede:

- 1 medico di medicina generale ogni 700 abitanti (74.000 totali)
- 1 infermiere ogni 350 abitanti (169.000 totali)
- 1 pediatra ogni 500 under 14 (16.000 totali)

Questi professionisti, dipendenti del SSN, operano in équipe conoscendo approfonditamente i pazienti grazie all'articolazione capillare nel territorio. La microarea diventa il riferimento universale per l'accesso ai servizi, con approccio attivo basato su prevenzione ed educazione anziché attesa passiva del bisogno e approccio prestazionale. Pur avendo una sede, non è una struttura tradizionale ma il centro nevralgico della medicina primaria territoriale.
Attraverso le microaree, la USL genera risposte assistenziali integrate basate sulla conoscenza puntuale dei bisogni. Anche nei momenti in cui il percorso diagnostico-terapeutico si fa più complesso, gli operatori della microarea rimangono il riferimento principale per il cittadino, attivando di volta in volta tutte le figure professionali della USL necessarie, ricorrendo alle competenze, alle attrezzature e alle strutture presenti sul territorio, compresi gli ospedali.

La scelta di dispiegare migliaia di microaree in maniera capillare su tutto il territorio nazionale permette di:

- Liberare, in gran parte, il servizio alla salute dagli spazi chiusi e spostarlo in spazi "porosi" come i territori o i quartieri;
- Intercettare con tempestività i bisogni di salute dei cittadini;
- Eliminare qualsiasi disuguaglianza di servizio tra centro e periferie;

- Rendere più efficaci tutte le operazioni sanitarie di massa (vaccinazioni, screening, rilevazione dati specifici, etc);
- Rendere più efficace la comunicabilità tra SSN e altri ambiti sociali-territoriali come scuola, ambiente di lavoro, etc;
- Rendere più facilmente praticabili forme di autogestione.

Per concludere, riteniamo che si debba prevedere un sistema di governo democratico e autogestito, in netta contrapposizione all'attuale modello di governo delle aziende sanitarie, basato su una gerarchia verticale e sulla figura monocratica del direttore generale. Il modello di autogestione, fortemente partecipata, prevede la presenza di consigli territoriali, composti da personale del SSN, rappresentanti dei Comuni e cittadini.
Infine la domanda delle cento pistole: dove troviamo i soldi per fare tutto ciò? Molto semplice: nello stesso posto dove sono stati trovati i soldi per il PNNR, per le armi e per la guerra!

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=128736

SANITANOVA
matching your needs

Perché in molti hanno scelto la piattaforma EIMAS

Introduzione
Ci siamo spesso chiesti quali siano stati i driver che hanno spinto importanti organizzazioni sanitarie a privilegiare la scelta di EIMaS come sistema di supporto alle decisioni, cosa abbia distinto questa piattaforma da altre simili e come il suo impiego stia effettivamente aiutando i suoi utilizzatori. Proveremo in questo articolo a fornire la risposta a queste domande. Ma procediamo con ordine.

Cos'è EIMaS
EIMaS (Executive Information Management System) è la **piattaforma di Business Intelligence & Advanced Data Analytics** che BI Health ha concepito per facilitare tutti i processi decisionali in capo al management delle organizzazioni sanitarie, sia relativamente all'operatività di tipo immediato, sia a quella di livello strategico.
Tali organizzazioni operano in un contesto complesso, in cui devono far fronte a una vasta gamma di attività, che va dalla cura ospedaliera a quella domiciliare, dalla prevenzione alle emergenze. Il tutto con budget spesso limitati, non solo in termini finanziari, ma anche tecnologici e di risorse umane.
Diventa quindi fondamentale disporre di un sistema che offra concreto supporto alla gestione ottimale di questi processi, consentendo di mantenere alto il livello di qualità delle cure e di garantire allo stesso tempo la sostenibilità nel lungo periodo.
EIMaS è la piattaforma innovativa che risolve questo problema. Essa estrae ed elabora i dati già in possesso delle strutture; li rende fruibili trasformandoli in informazioni sintetiche utili a supportare i processi decisionali; li porta 'sulla giusta scrivania' con l'adeguato livello di dettaglio e nei tempi utili, rendendo più semplice ed efficace il compito complesso che spetta ai decisori ai diversi livelli dell'organizzazione.

Come opera EIMaS
Le organizzazioni che agiscono nel settore della salute dispongono di un'enorme quantità di informazioni di tipo clinico, socio-sanitario, organizzativo e finanziario, frutto delle attività che sono chiamate a svolgere quotidianamente. Tali flussi di dati, a volte strutturati, a volte disomogenei, non sono sempre facilmente utilizzabili per prendere decisioni informate e tempestive.

EIMaS agisce appunto su questi dati già in possesso delle organizzazioni, elaborandoli attraverso due passaggi successivi: la loro acquisizione “strutturata” e la loro elaborazione, come mostrato in figura:



dopo l’accesso controllato alla piattaforma attraverso **EIMaS Portal** – che funge da single-access-point ed effettua i necessari controlli, abilitando l’accesso agli utenti in base alle loro specifiche autorizzazioni -, si passa alla cosiddetta **Data Ingestion,** le cui fasi operative sono mostrate in dettaglio nella figura successiva:



In tal modo si ottiene una base dati, strutturata sul modello di un **Data Lakehouse**, ottimizzata e pronta all'uso, riducendo enormemente tempi e costi della successiva fase di elaborazione delle informazioni.



Ricordiamo che un "**Data Lakehouse**" è un repository – eventualmente anche distribuito su macchine diverse, ma logicamente unitario – in grado di acquisire dati strutturati e non strutturati, sia in formato nativo, sia pre-consolidati, per consentire la loro successiva elaborazione nella maniera più semplice e
flessibile, incrociando le informazioni di interesse. Tale processo avviene quindi non sulla base di un'organizzazione rigida definita a monte, come sul modello di un Data Warehouse, ma in funzione delle specifiche analisi che si intendono effettuare.
Una volta acquisita la necessaria base dati, si passa alla sua vera e propria elaborazione, in termini di reporting e di analisi basate sulla **Business Intelligence e Data Analytics.**
La piattaforma EIMaS è strutturata in moduli specifici per ogni area di riferimento, riconducibili a tre macro-aree:
• GOVERNANCE
• CONTROLLING
• PERFORMANCE
come dettagliato nella figura a fianco.

Ciascun modulo, richiamabile da una dashboard, fornisce in forma ta-bellare o grafica, di facile e immediata lettura, il risultato della elaborazione di tutte le informazioni utili a supportare i processi decisionali in capo ai diversi livelli dell'organizzazione.
È inoltre possibile navigare attraverso i dati sanitari, non solo nell'ambito del singolo modulo, (ad es. Ricoveri, Ambulatorio, Emergenza…), ma anche "trasversalmente", in funzione dei bisogni di salute degli assistiti (ad es. PDTA, patologie, cronicità ecc.).

Il perché di una scelta
Dopo aver illustrato, sia pure in modo molto sintetico, cos'è EIMaS (per saperne di più: https://bit.ly/437DM6k), appaiono più comprensibili le motivazioni che sono alla base della sua implementazione da parte di molte Organizzazioni Sanitarie. La scelta di questa piattaforma di Business Intelligence fornisce la possibilità di aumentare notevolmente **la fruibilità del patrimonio informativo aziendale, mediante una lettura integrata e multidimensionale dei dati.**
La disponibilità di Decision Support System, che mette a disposizione un vero e proprio **Cruscotto Direzionale** aggiornato in tempo reale, fa la differenza tra una gestione frammentata e spesso guidata dalle emergenze, ed una gestione strategica, in cui si conosce perfettamente la situazione corrente e di conseguenza si pianifica e ottimizza nel modo migliore l'utilizzo delle risorse disponibili.
In una fase in cui tali risorse sono sempre più scarse, questo è quanto BI Health ritiene di aver realizzato: una piattaforma che aiuti concretamente la direzione strategica delle Aziende nel difficile compito di **coniugare la qualità delle cure con la sostenibilità del sistema.**

https://www.sanitanova.it/2025/03/13/perche-in-molti-hanno-scelto-la-piattaforma-eimas/

sanità informazione

Farmacie. Dall'analisi dei bisogni del territorio alla formazione, tutti i segreti di una performance di successo

L'indagine di Homnya in collaborazione con Pharma Data Factory, presentata a Cosmofarma, traccia l'identikit delle farmacie di maggior successo secondo parametri utili ad analizzarne nel dettaglio la performance

Barbara Di Chiara

Quali sono i fattori chiave di successo delle farmacie 'high performing'? Quali le best practices e le strategie vincenti adottate da queste realtà? Quanto la cosmetica è un fattore chiave di successo? A rispondere a queste domande la ricerca dal titolo "La performance delle farmacie con la reason why per una crescita più significativa negli ultimi anni" presentata in occasione del Cosmofarma 2025 da Homnya in collaborazione con Pharma Data Factory, la banca dati di sell-out più estesa del mercato con il 95% di farmacie monitorate, e il contributo di Cosmetica Italia. L'indagine traccia l'identikit delle farmacie di maggior successo secondo parametri utili ad analizzarne nel dettaglio la performance. Performance che è anche la parola d'ordine dell'edizione di quest'anno della kermesse bolognese.
"La ricerca – ha spiegato **Gadi Schoenheit**, business strategy accelerator Homnya – si è svolta attraverso una prima fase di analisi quantitativa dei dati di sell-out, seguita da un'analisi dei dati di vendita per individuare i trend di crescita a livello provinciale, l'identificazione delle micro-zone più performanti rispetto alla provincia di appartenenza e la selezione di gruppi di farmacie high performer. Nella seconda fase abbiamo effettuato una survey quantitativa su servizi in farmacia e focus cosmetico, delle interviste telefoniche, e applicato un modello interpretativo e di analisi delle variabili chiave di crescita. Su una target list di oltre 1.600 farmacia abbiamo avuto una response rate dell'88% per un totale di 353 farmacie rispondenti ben distribuite su tutti il territorio nazionale".

I risultati in sintesi
Quasi l'80% delle farmacie intervistate restituisce di avere un ruolo molto attivo e riconosciuto sul territorio. Quattro farmacie su 10 analizzano i bisogni del territorio e questa variabile introduce le rende ancora più

introdotte nell'assistenza di prossimità. Infatti, la percentuale di farmaci con un ruolo considerato attivo si alza al 92% per chi fa analisi approfondita dei bisogni del territorio. Questa dinamica è particolarmente evidente nei grandi centri e nelle piccole città (dove il "molto" arriva al 95%). Le farmacie che hanno fatto analisi approfondita del territorio sono quelle che investono di più in formazione: 7 farmacie su 10 partecipano a 1 o più eventi formativi al mese (le farmacie dei grandi centri più dei piccoli).
Di queste:

- Quasi 1 farmacia su 5 investe in formazione medico-scientifica;
- 3 farmacie su 10 si formano a 360°, con una prevalenza nei grandi centri;
- La formazione su prodotti e servizi resta ancora predominante ma la formazione sui servizi è il doppio rispetto a quella sui prodotti

Le farmacie high performing non puntano sulla vendita del servizio ma usano i servizi in modo equilibrato per fare consulenza oppure puntano direttamente sulla consulenza. Il 10% delle farmacie high performing è a pieno titolo integrata tra i bisogni del territorio e si forma in materia medico-scientifica. Di queste, circa l'80% si trova nei piccoli centri. Da notare che, in generale, si dedica ancora relativamente poco tempo alla relazione con la medicina del territorio: circa il 50% delle farmacie dedica meno del 20% del proprio tempo a questa attività, soprattutto nelle grandi città. Dedicare tanto tempo alla relazione con la medicina del territorio, quando avviene, ha però un impatto effettivo e diretto sul numero di pazienti seguiti insieme al MMG. Questa dinamica è particolarmente evidente nei piccoli centri, dove il 75% delle farmacie high performing segue pazienti a 4 mani con il MMG.
Altro elemento cruciale: 1 farmacia su 2 ha almeno 6 pazienti su 10 che chiedono consiglio, ma nelle farmacie delle grandi città è più difficile avere una relazione personalizzata. Chi investe in formazione medico-scientifica e si forma sulla consulenza ai clienti ha percentuali più alte di clienti che chiedono consiglio. Quasi il 70% delle farmacie high performing si riconosce come equilibrata tra servizi sanitari e consulenza/consiglio e non puntano sulla vendita del servizio stand-alone: usano i servizi in modo equilibrato per fare consulenza oppure puntano direttamente sulla consulenza.
La maggior parte delle farmacie eroga meno di 5 servizi, con alcune differenze per area geografica, ma le farmacie high performing dei piccoli centri tendono ad erogare più servizi rispetto a quelle nelle grandi città. Le farmacie "consulting", cioè maggiormente focalizzate sulle consulenze, sono quelle che erogano meno servizi (meno di 5 per l'85% delle high performing con questo profilo). Circa il 10% delle farmacie "balanced" (focalizzate sia su consulenza che su prodotti) eroga più di 10 servizi, mentre le "consumer" (più focalizzate sui prodotti) sono equamente ripartite tra chi eroga meno di 5 servizi e chi ne eroga tra 5 e 10.
Ancora, più di 1 farmacia su 2 (il 56%), negli ultimi 3 anni ha introdotto l'area di prodotto integratori. Ma oltre agli integratori, negli ultimi 3 anni c'è stato un focus su dispositivi medici (27%) e vaccini (27%). La gran parte delle farmacie high performing ha introdotto servizi di telemedicina e diagnostica. In più, quasi il 30% delle farmacie high performing nelle grandi città si è concentrata sull'introduzione della consulenza nutrizionale. In generale, 2 farmacie high performing su 3 hanno lanciato la telemedicina e più di 1 farmacia su 2 ha introdotto il servizio di test rapidi e diagnostica.
Per quanto riguarda la cosmesi, 6 farmacie su 10 monitorano il reparto cosmetico, ponendo anche attenzione alla performance per brand: la cosmesi è dunque considerato un driver per il successo delle high performing. Soprattutto nelle grandi città, il reparto cosmetico è importante per qualificarsi e differenziarsi. L'importanza del reparto cosmetico come fattore differenziante e qualificante diminuisce mano a mano che ci si sposta nei piccoli centri
In sintesi quali sono le aree di sviluppo previste nei prossimi 12 mesi dalle farmacie high performing? "Il 60% delle farmacie "balanced" e "consumer" intende sviluppare ulteriormente l'offerta di servizi in farmacia. Nelle grandi città, si alza la percentuale di farmacie che dichiara di avere nel suo piano di sviluppo la formazione e assunzione di personale. La formazione e l'assunzione di personale hanno una maggiore rilevanza nel piano di sviluppo per le farmacie che si formano già in tema di consulenza ai clienti e a 360° – includendo l'informazione medico-scientifica", conclude Schoenheit.
"La presentazione di questa interessante ricerca sul profilo della farmacia di successo – afferma Sergio Liberatore, Ceo di Homnya – segna l'ingresso di Homnya nel campo delle indagini di mercato focalizzate sul mondo dell'Healthcare. Un'opportunità in più che si integra con le altre attività e peculiarità della nostra azienda che si propone come prima Health Data Marketing & Media Company italiana".

https://www.sanitainformazione.it/sanita/farmacie-dallanalisi-dei-bisogni-del-territorio-alla-formazione-in-unindagine-homnya-tutti-i-segreti-del-successo-della-performance/?mkt_tok=MDIwLVNDVC0wNjQAAAGZ2Xqs61FMkBO5LbEXtdu0u-k4rk8F46AZvbWJm8wM1nqFCqM7AjJeWsB2p9NMgexoj1KTjaxMvejlatBTURjSpAhQXWLzHRqhOHz7bJAYwuY

Sanità, sociale e long term care

LEPS: progetti per il dopo di noi e per la vita indipendente

Franco Pesaresi

(pubblicato su Welforum.it il 15/4/2025: https://www.welforum.it/il-punto/i-leps-una-rassegna-analitica/leps-progetti-per-il-dopo-di-noi-e-per-la-vita-indipendente/)

Questo articolo è il quindicesimo di una serie di schede sui Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS). I precedenti articoli erano relativi ai LEPS del "Percorso assistenziale integrato", delle "Dimissioni protette", del "Pronto intervento sociale", della "Prevenzione allontanamento familiare - P.I.P.P.I.", dei "Servizi per la residenza fittizia per i senza dimora", dell'"Assistenza domiciliare sociale", della "Supervisione del personale dei servizi sociali", del "Servizio sociale professionale", dei "Servizi sociali di sollievo per anziani non autosufficienti", dell'"Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)" dei "Servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti", dei "Contributi" per gli anziani non autosufficienti, della "Valutazione multidimensionale", dei "Servizi per la definizione dei percorsi personalizzati e i sostegni in essi previsti" per coloro che accedono all'Assegno di inclusione ed ora invece mi occupo dei "Progetti per il dopo di noi e per la vita indipendente".

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

Introduzione

La legge di bilancio 2022 (L. 234/2021), in attesa dell'approvazione del quadro generale dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), ha anticipato sei LEPS definendoli come prioritari. I Livelli essenziali delle prestazioni sociali prioritari sono i seguenti:

1. Pronto intervento sociale;
2. Supervisione del personale dei servizi sociali;
3. Servizi sociali per le dimissioni protette;
4. Prevenzione dell'allontanamento familiare. - P.I.P.P.I.;
5. Servizi per la residenza fittizia;
6. Progetti per il dopo di noi e per la vita indipendente.

Uno di questi LEPS prioritari è costituito dunque dai "Progetti per il dopo di noi e per la vita indipendente". Si tratta di un Livello essenziale atipico perché in realtà contiene due diversi servizi che derivano da due diverse disposizioni di legge. Ma la comune collocazione di questi due servizi, in fin dei conti, non è una gran forzatura perché a ben guardare uno dei due servizi e precisamente quello che riguarda i "Progetti per il Dopo di noi"

è un “di cui” ovvero un segmento particolare di una progettualità più ampia che è possibile ricomprendere dentro il più ampio tema della “Vita indipendente”.
Risulta evidente la volontà del legislatore di considerare in modo complementare i due servizi che attualmente sono regolati da normative diverse. In effetti, le due azioni perseguono il medesimo obiettivo che è quello di garantire una vita indipendente a persone con disabilità che vivono condizioni diverse. Il fatto che il Livello essenziale li tenga insieme impegna anche chi scrive a cercare di illustrarle in modo congiunto.

LEPS: progetti per il dopo di noi e per la vita indipendente

Denominazione del LEPS
Progetti per il dopo di noi e per la vita indipendente.

Descrizione sintetica del LEPS
Il progetto per la vita indipendente rappresenta, per le persone con disabilità, la possibilità di vivere la propria vita come qualunque altra persona, prendendo le decisioni riguardanti le proprie scelte con le sole limitazioni che possono incontrare le persone senza disabilità. A tale scopo viene assicurato anche che “le persone con disabilità abbiano la possibilità di scegliere, su base di uguaglianza con gli altri, il proprio luogo di residenza e dove e con chi vivere e non siano obbligate a vivere in una particolare sistemazione”; che, inoltre, “abbiano accesso ad una serie di servizi a domicilio o residenziali e ad altri servizi sociali di sostegno, compresa l’assistenza personale necessaria per consentire loro di vivere nella società e di inserirvisi e impedire che siano isolate o vittime di segregazione”; e che, infine, “i servizi e le strutture sociali destinate a tutta la popolazione siano messe a disposizione, su base di eguaglianza con gli altri, delle persone con disabilità e siano adattate ai loro bisogni”.
I progetti per il “Dopo di noi” operano all’interno di questo quadro concettuale ma con alcune caratterizzazioni specifiche essendo indirizzati a persone con disabilità grave prive di sostegno familiare o in vista del venir meno del sostegno familiare, attraverso la progressiva presa in carico della persona interessata già durante l'esistenza in vita dei genitori.

Obiettivi
Gli obiettivi dei progetti per il “Dopo di noi” e per la “Vita indipendente” sono caratterizzati dalla complementarietà e dalla specializzazione.
Nei progetti per la “Vita indipendente” l’obiettivo è quello di garantire il diritto ad una vita autonoma alle persone con disabilità permanente e grave limitazione dell'autonomia personale nello svolgimento di una o più funzioni essenziali della vita, non superabili mediante ausili tecnici, e di prevedere le modalità di realizzazione di programmi di aiuto alla persona, gestiti in forma indiretta, anche mediante piani personalizzati per i soggetti che ne facciano richiesta.
I progetti per il “Dopo di noi” prevedono la progressiva presa in carico della persona disabile grave durante l'esistenza in vita dei genitori, nel rispetto della volontà delle persone con disabilità grave, per il perseguimento di seguenti obiettivi:
a) attivare e potenziare programmi di intervento volti a favorire percorsi di deistituzionalizzazione e di supporto alla domiciliarità in abitazioni o gruppi-appartamento che riproducano le condizioni abitative e relazionali della casa familiare al fine di impedire l'isolamento delle persone con disabilità grave;
b) realizzare, ove necessario e, comunque, in via residuale, nel superiore interesse delle persone con disabilità grave, interventi per la permanenza temporanea in una soluzione abitativa extrafamiliare per far fronte ad eventuali situazioni di emergenza;
c) realizzare interventi innovativi di residenzialità per le persone con disabilità grave, volti alla creazione di soluzioni alloggiative di tipo familiare e di co-housing, che possono comprendere il pagamento degli oneri di acquisto, di locazione, di ristrutturazione e di messa in opera degli impianti e delle attrezzature necessari per il funzionamento degli alloggi medesimi, anche sostenendo forme di mutuo aiuto tra persone con disabilità;
d) sviluppare programmi di accrescimento della consapevolezza, di abilitazione e di sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana e per il raggiungimento del maggior livello di autonomia possibile delle persone con disabilità grave.

Inoltre, la legge sul "Dopo di noi" è finalizzata anche ad agevolare le erogazioni da parte dei soggetti privati, la stipula di polizze di assicurazione e la costituzione di trust ed altri istituti in favore delle persone con disabilità grave.

Destinatari
I beneficiari dei progetti per la "Vita indipendente" e per il "Dopo di noi" sono indicate nella tab. 1.

Tab. 1 – I destinatari dei progetti per la "Vita indipendente" e per il "Dopo di noi"

Destinatari Vita indipendente	**Destinatari Dopo di noi**
Persone maggiorenni con disabilità, la cui disabilità non sia determinata da naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità.	Le persone con disabilità grave non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità, prive di sostegno familiare, in quanto mancanti di entrambi i genitori o perché gli stessi non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale, nonché in vista del venir meno del sostegno familiare.
Priorità: persone con disabilità in condizione di maggiore bisogno in esito ad una valutazione multidimensionale, che tenga conto almeno delle limitazioni dell'autonomia, della condizione familiare, abitativa ed ambientale, nonché delle condizioni economiche della persona con disabilità. Inoltre, sono prioritari i percorsi di de-istituzionalizzazione e il contrasto ad ogni forma di segregazione o di isolamento delle persone con disabilità.	**Priorità:** E' garantita una priorità di accesso alle seguenti: a) persone con disabilità grave mancanti di entrambi i genitori, del tutto prive di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità; b) persone con disabilità grave i cui genitori, per ragioni connesse, in particolare, all'età ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantire loro nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa; c) persone con disabilità grave, inserite in strutture residenziali dalle caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare.

Modalità di accesso per i destinatari
Si accede ai progetti per il "Dopo di noi" o per la "Vita indipendente" attraverso la valutazione multidimensionale effettuata da équipe multi professionali in cui siano presenti almeno le componenti clinica e sociale. Curiosamente, la valutazione multidimensionale dei due progetti sembrerebbe far riferimento a criteri di valutazione assimilabili ma non perfettamente coincidenti.

Tab. 2 – I criteri per la valutazione multidimensionale della Vita indipendente e del Dopo di noi

PROGETTO	**CRITERI DI VMD**
Vita indipendente	La valutazione multidimensionale viene redatta con la diretta partecipazione dell'utente o di chi lo rappresenta, previa valutazione della sua specifica situazione in termini di funzioni e strutture corporee, limitazioni alle azioni e alla partecipazione, aspirazioni, oltre che a valutazione del contesto ambientale nella sua accezione più ampia. Nella selezione dei beneficiari deve essere accordata preferenza per le persone con disabilità in condizione di maggiore bisogno in esito ad una valutazione multidimensionale, che tenga conto almeno delle limitazioni dell'autonomia, della condizione familiare, abitativa ed ambientale, nonché delle condizioni economiche della persona con disabilità e della sua famiglia.
Dopo di noi	Le persone con disabilità grave prive del sostegno familiare accedono previa valutazione multidimensionale secondo i principi della valutazione bio-psicosociale e in coerenza con il sistema di classificazione ICF (Classificazione internazionale del funzionamento, della

	disabilità e della salute). La valutazione multidimensionale analizza le diverse dimensioni del funzionamento della persona con disabilità in prospettiva della sua migliore qualità di vita, ed in particolare, almeno le seguenti aree: a) cura della propria persona, inclusa la gestione di interventi terapeutici; b) mobilità; c) comunicazione e altre attività cognitive; d) attività strumentali e relazionali della vita quotidiana.

Modalità operative

Vita indipendente

I progetti per la Vita indipendente devono prevedere l'elaborazione di un budget integrato di progetto, eventualmente con previsione di investimenti modulabili in funzione degli obiettivi raggiunti e consolidati, e una chiara identificazione delle responsabilità di realizzazione e monitoraggio (case management) degli interventi. Le aree di intervento si sintetizzano in:

- Assistente personale. E' fondamentale promuovere la libera scelta dell'assistente, fatte salve le eventuali indicazioni rappresentate dalle équipe multiprofessionali e riportate nel progetto personalizzato. Il contributo economico per l'assistente personale legato all'obiettivo di autonomia va considerato, ove opportuno, nel quadro dell'analisi condotta dalle équipe multiprofessionali, parte di un più ampio insieme di aree di progettazione connesse all'obiettivo di autonomia dichiarata.
- Forme dell'abitare in autonomia: housing e cohousing. Il progetto è aperto alle molteplici forme, anche sperimentali e innovative, dell'abitare sociale. A tale proposito è raccomandata l'integrazione con le programmazioni del "Dopo di noi" di cui alla legge n. 112/2016, e con i progetti a valere sulle risorse del PNRR sostenuti dall'investimento 1.2, rispettando gli standard definiti con la disciplina attuativa. Rientreranno altresì i sostegni finanziari mirati all'approccio all'indipendenza per chi voglia rendersi autonomo dalla famiglia. Per "sostegni per l'abitare" si intendono le misure, gli interventi, che concorrano al dignitoso permanere presso il proprio domicilio, o alla realizzazione del proprio progetto di vita all'esterno della famiglia di origine, o a percorsi di deistituzionalizzazione. Per "servizi per l'abitare" si intendono le modalità organizzative che garantiscono soluzioni abitative e di supporto alla persona alternativi alla permanenza presso il domicilio originale o familiare. In particolare favorire l'abitare in autonomia comporta l'insieme delle attività destinate a fornire risposte ai bisogni e/o a promuovere forme di sostegno alle persone con disabilità nel corso della loro vita per quel che concerne l'autonomia, le relazioni sociali, l'accesso alle opportunità offerte dal territorio, l'esercizio dei propri diritti, indipendentemente dalle modalità organizzative e di gestione degli interventi.
- Inclusione sociale e relazionale. In tale contesto è possibile prevedere la fattispecie dell'assistenza sociale relazionale. Ciò nonostante, i servizi di questo tipo godono di diversi programmi specifici di finanziamento, essi saranno compresi nel progetto di vita indipendente solo nel caso in cui le équipe multiprofessionali li giudichino indispensabili per garantire la sostenibilità del progetto personalizzato. I servizi potranno essere legati al godimento del tempo libero, alla più ampia partecipazione alle plurime dimensioni della vita quotidiana, al rafforzamento dei legami e delle relazioni sociali, al supporto dell'inclusione lavorativa o all'apprendimento.
- Domotica. Utilizzo di nuove tecnologie (quali ad esempio, le tecnologie domotiche, le tecnologie per la connettività sociale, etc.), che riguardano la sicurezza degli utenti e l'autonomia nell'ambiente domestico (AAL) e contribuiscono a contrastare ogni forma di segregazione, ricordando che tali interventi non devono essere ricompresi negli elenchi di interventi afferenti al SSN.
- Azioni di sistema. Nell'elaborazione e formulazione dei progetti devono essere previste forme di coinvolgimento attivo del mondo associativo e della comunità di riferimento. Devono, inoltre, essere attuate azioni tese a sviluppare strategie che consentano di garantire il più a lungo possibile la condizione indipendente attraverso interventi di welfare di comunità e nuove forme di inclusione su base comunitaria, anche con la collaborazione del Terzo settore.

Ogni Ambito territoriale sociale dovrà promuovere la più ampia partecipazione possibile della persona con disabilità alla progettazione del proprio progetto personalizzato e agevolarne la presenza alle successive fasi di monitoraggio e valutazione. Le attività di programmazione e monitoraggio delle politiche e dei servizi attivati devono prevedere il coinvolgimento delle associazioni delle persone con disabilità e dei loro familiari.

Alle Regioni spetta la valutazione dei piani presentati dagli Ambiti territoriali sociali anche per verificare il rispetto dei criteri indicati.

Dopo di noi

La misura prevede la progressiva presa in carico della persona disabile durante l'esistenza in vita dei genitori i cui contenuti devono essere stabilite con il coinvolgimento dei soggetti interessati e nel rispetto della volontà delle persone con disabilità grave, e, ove possibile, dei loro genitori o di chi ne tutela gli interessi.

Per le persone con disabilità grave in vista del venir meno del sostegno genitoriale, il progetto personalizzato prevede un percorso programmato di accompagnamento verso l'autonomia e di uscita dal nucleo familiare di origine, anche mediante soggiorni temporanei al di fuori del contesto familiare.

Per le persone con disabilità grave prive del sostegno familiare già inserite in un percorso di residenzialità extra-familiare, nel progetto sono rivalutate le condizioni abitative alla luce della coerenza con soluzioni che riproducano un ambiente abitativo e relazionale di tipo familiare al fine di prevedere, ove opportuno, percorsi programmati di deistituzionalizzazione.

Le soluzioni alloggiative per le persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, da prevedere nel progetto possono presentare caratteristiche di abitazioni, inclusa l'abitazione di origine, o gruppi-appartamento o soluzioni di co-housing che riproducano le condizioni abitative e relazionali della casa familiare ma con soluzioni che offrano ospitalità a non più di 5 persone.

Il progetto personalizzato per la persona con disabilità grave individua gli specifici sostegni di cui la persona con disabilità grave necessita, a partire dalle prestazioni sanitarie, sociali e socio-sanitarie in coerenza con la valutazione multidimensionale e con le risorse disponibili, in funzione del miglioramento della qualità di vita e della corretta allocazione delle risorse medesime.

Il progetto personalizzato contiene il budget di progetto, quale insieme di tutte le risorse umane, economiche, strumentali da poter utilizzare in maniera flessibile, dinamica ed integrata.

Il progetto personalizzato individua, sulla base della natura del bisogno prevalente emergente dalle necessità di sostegni definite nel progetto, una figura di riferimento (case manager) che ne curi la realizzazione e il monitoraggio, attraverso il coordinamento e l'attività di impulso verso i vari soggetti responsabili della realizzazione dello stesso.

I Progetti per il “Dopo di noi” possono inoltre prevedere l’istituzione di Trust o vincoli di destinazione (strumenti giuridici previsti dalla L.112/2016) di immobili da destinare ad alloggi di disabili gravi che non hanno (o che potrebbero non avere in futuro) il sostegno dei genitori.

Le Regioni sono chiamate dal Ministero del Lavoro e delle politiche sociali a elaborare dei Piani e programmi operativi annuali relativi al “Dopo di noi” con i quali possono essere introdotte norme ulteriori.

Professionalità coinvolte

Per quel che riguarda le professionalità coinvolte occorre rilevare che la valutazione multidimensionale è effettuata da équipe multi professionali in cui siano presenti almeno le componenti clinica e sociale, regolamentate dalle Regioni. E’ opportuno che le équipe si dotino di competenze utili a comprendere i diversi aspetti della vita indipendente in maniera che i progetti predisposti rappresentino la migliore sintesi tra le aspettative del beneficiario e la valutazione multidimensionale, organizzando le risorse disponibili con il quadro dei servizi del territorio.

Altre professionalità (assistenti sociali, educatori, ecc.) sono coinvolte in sede di attuazione dei progetti per il Dopo di noi e per la Vita indipendente.

Costi per i destinatari

Nella logica del budget di progetto può essere richiesta una compartecipazione alla spesa a carico della persona con disabilità quale momento finale nel percorso progettuale che garantisca comunque i diritti universali e comunque in modo da non innescare processi di impoverimento del beneficiario della “Vita indipendente” (Osservatorio, 2016). Tale principio può essere applicato anche ai progetti per il Dopo di noi. Ma non si tratterebbe di una compartecipazione “tradizionale” legata a delle regole vincolanti e predeterminate quanto di una autonoma contribuzione della persona con disabilità al budget di progetto finalizzata alla buona riuscita dello stesso.

Finanziamenti

Per la **Vita indipendente**, il Fondo Nazionale per le non autosufficienze finanzia annualmente 183 Ambiti territoriali sociali (31%) su 576 con un importo annuo di 14.640.000 euro per ciascun anno del triennio 2022-2024. Ogni ambito selezionato può accedere ad un finanziamento pari a 80.000 euro, cui dovrà sommarsi un cofinanziamento di 20.000 euro garantito dalle regioni.

Si tratta quindi di un finanziamento che coinvolge un numero minoritario di ATS che, in genere, viene utilizzato a rotazione fra i diversi Ambiti territoriali sociali che, pertanto, non è in grado di garantire la continuità dei progetti.

La legge n. 112 del 2016 ha istituito presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali il Fondo c.d. del **Dopo di noi** denominato "Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare".

Per l'anno 2025 (ed anche 2026 e 2027), viene previsto uno stanziamento di 72.295.000 euro. Nei precedenti riparti, un importo di 15 milioni di euro era riservato alla valutazione multidimensionale, alla definizione del progetto personalizzato, al finanziamento degli interventi e degli specifici sostegni previsti nel relativo budget di progetto.

A questi finanziamenti ordinari si aggiungono quelli straordinari del PNRR. La Missione 5 del PNRR, investimento 1.2 relativo ai "Percorsi di autonomia per persone con disabilità" stanzia 500,5 milioni di euro da utilizzare entro il 2026 per progetti assimilabili a quelli previsti per il Dopo di noi e per la Vita indipendente.

Bibliografia/normativa di riferimento

- DECRETO MLPS 22 dicembre 2023. Riparto, per l'annualità 2023, delle risorse del Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare.
- DECRETO 23 novembre 2016, Requisiti per l'accesso alle misure di assistenza, cura e protezione a carico del Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, nonché ripartizione alle Regioni delle risorse per l'anno 2016.
- DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 3 ottobre 2022: Adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022-2024.
- D.P.C.M. 21/11/2019, Adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze del triennio 2019-2021. Allegato F: Linee di indirizzo per progetti di vita indipendente.
- LEGGE 22 giugno 2016, n. 112, Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare.
- LEGGE 30 dicembre 2021 , n. 234. Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Avviso pubblico 1/2022 per la presentazione di Proposte di intervento da parte degli Ambiti Sociali Territoriali da finanziare nell'ambito del PNRR, Missione 5 "Inclusione e coesione", Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore", Sottocomponente 1 "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale", Next generation Eu. 15 febbraio 2022: https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/poverta-ed-esclusione-sociale/Documents/DD-5-del-15022022-Avviso-1-2022-PNRR.pdf
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, 2021, https://www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Piano-Nazionale-degli-Interventi-e-dei-Servizi-Sociali-2021-2023.pdf .
- Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità, Schema di linee comuni per l'applicazione dell'articolo 19 (Vita indipendente ed inclusione nella società) della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità, MPLA, 2016: https://www.osservatoriodisabilita.gov.it/media/1343/schema-di-linee-comuni-per-l-applicazione-dell-articolo-19-della-convenzione-onu-sui-diritti-delle-persone-con-disabilita-giugno-2016.pdf (16/4/2025).

Marche: solo 9 ore di adi all'anno per gli anziani

Franco Pesaresi

(Pubblicato su SosSanità il 24/4/2025: https://www.sossanita.org/archives/26466)

L'Assistenza domiciliare integrata (ADI) in Italia

Il PNRR ha stanziato 2,97 miliardi per il potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata (ADI). A queste risorse si sono aggiunti altri 2 miliardi di euro aggiuntivi del bilancio dello Stato previsti dal D.L. 34/2020, per un totale di 5 miliardi di euro per il quadriennio 2022-2025. L'obiettivo è quello di assistere a domicilio il 10% degli anziani rispetto al 6,3% del 2021. Si tratta di un target importante e di qualità.

Per raggiungere questo obiettivo, il Decreto Ministero Salute 23/1/2023 e poi l'Intesa Stato Regioni n. 264/2024 hanno assegnato ad ogni regione un obiettivo preciso relativo al numero aggiuntivo di anziani da assistere a domicilio pari 842.000. Gli obiettivi sono differenziati tenendo conto anche del punto di partenza delle diverse regioni per cui si va da regioni a cui viene chiesto di raggiungere l'obiettivo di almeno il 9,75% degli anziani (Umbria), a regioni a cui si chiede di raggiungere l'obiettivo del 11,24% (Molise) degli anziani da assistere a domicilio.

Le regioni si sono messe al lavoro e alla fine del 2023 avevano assistito a domicilio l'8,7% degli anziani. L'obiettivo del 10% entro il 2025 è assolutamente raggiungibile anche se la Sardegna è ancora al 3,4% compensata però dal Molise che è al 18,8% a riprova, ancora una volta che le regioni italiane si muovono in modo molto diverso.

L'ADI nelle Marche

Le Marche partivano da un livello non elevato di Assistenza domiciliare integrata (ADI) per cui il Ministero della Salute le ha assegnato l'obiettivo di assistere a domicilio il 9,48% degli anziani.

Le Aziende sanitarie si sono messe al lavoro così alla fine del 2023 le Marche curavano a domicilio con l'ADI l'8,9% degli anziani. Apparentemente un buon risultato, non molto distante dall'obiettivo del 9,77%, sicuramente raggiungibile entro il 2025.

Ma se si approfondisce un po' l'analisi si scopre che le ore medie garantite ad ogni anziano sono scese a 9 (nove) ore all'anno. Se si ipotizzano due ore di assistenza alla settimana, questo vuol dire più o meno un mese di assistenza domiciliare (Cfr.Tab.1).

Le regioni vicine ne forniscono molte di più: Umbria 15; Abruzzo 35; Lazio 16; Emilia Romagna 18. La media italiana, sempre bassa purtroppo, registra una media di 14 ore annue.

Tab. 1 – Dati sull'ADI per anziani nelle Marche e in Italia. Anno 2023

	% anziani assistiti	Ore per anziano	% pazienti terminali ogni 100 residenti	Ore per paziente terminale
Marche	8,9%	9	0,09%	17
Italia	8,7%	14	0,19%	29

Note. La quota di pazienti terminali assistiti è calcolata sul totale della popolazione. Fonte: Ministero Salute (2025).

Nelle Marche, il personale sanitario che va al domicilio degli anziani è più basso della media italiana ma va segnalata la straordinaria differenza che c'è per quel che riguarda il terapista della riabilitazione che garantisce in media solo un'ora di riabilitazione domiciliare all'anno rispetto ai tre della media nazionale e la presenza (o meglio l'assenza) degli altri operatori come l'OSS che è talmente bassa da non essere neanche rilevata dal Ministero mentre la media italiana è di due ore all'anno.

Il tracollo delle ore di assistenza domiciliare per gli anziani è un fenomeno recentissimo perché nel 2021, prima del PNRR per intenderci, le ore garantite annualmente erano 16.

Che cosa è accaduto dunque?

E' accaduto che per raggiungere l'obiettivo dell'aumento degli anziani da assistere fino al 9,77% di tutti gli anziani si sono ridotte quasi della metà le ore di assistenza da erogare agli stessi ultra65enni. Così non è

difficile raggiungere l'obiettivo del 9,77% senza aumentare il personale da dedicare all'assistenza domiciliare e la spesa da dedicare all'ADI.
Ma qualcosa non torna perché la Regione Marche, al pari delle altre regioni, ha ricevuto finanziamenti aggiuntivi del PNRR per raggiungere questi obiettivi migliorativi. Per il quadriennio 2022-2025 per il potenziamento dell'ADI le Marche hanno ricevuto 130 milioni di euro circa, di cui per il solo 2023 la somma di 29,8 milioni di euro. Verrebbe da pensare che tali finanziamenti aggiuntivi o una parte di essi non siano stati spesi per il potenziamento dell'ADI.

L'assistenza domiciliare ai pazienti terminali
L'altra grande criticità dell'ADI delle Marche è costituita dall'assistenza ai pazienti terminali. La media italiana è di 1,9 pazienti terminali assistiti a domicilio ogni 1.000 cittadini residenti mentre le Marche registrano la quota di 0,9 pazienti terminali, meno della metà della media italiana (Cfr. Tab.1). Anche in questo caso si registra una diminuzione rispetto al 2021 quando i casi terminali assistiti erano 1,2 ogni 1.000 residenti. Peggio delle Marche registrano dati peggiori solo il Lazio e la Calabria. Anche le ore di assistenza domiciliare per singolo caso sono bassissime. Mentre la media italiana è di 29 ore, nelle Marche le ore erogate per ogni singolo caso sono mediamente 17 (confermate rispetto al 2021), così che anche in questo caso il dato si avvicina alla metà del dato nazionale.
Se mettiamo insieme i dati relativi ai pazienti terminali seguiti e le ore medie di assistenza domiciliare erogate possiamo facilmente comprendere che le Marche dedicano a queste persone che stanno concludendo nella grave malattia la loro vita solo un quarto delle risorse che il complesso delle regioni dedica mediamente loro. Tutto questo mentre erano a disposizione le grandi risorse aggiuntive del PNRR. Come si spiega tutto questo?

Qualche valutazione
La Regione Marche ha ricevuto dal PNRR un finanziamento aggiuntivo di circa 130 milioni per potenziare l'ADI per assistere a domicilio il 9,77% degli anziani.
La Regione Marche ha aumentato costantemente il numero degli anziani assistiti a domicilio che nel 2023 erano l'8,9% dimostrando di essere in linea con gli obiettivi posti dal PNRR. Ma questo risultato è stato raggiunto quasi dimezzando le ore di assistenza domiciliare per ogni singolo anziano (da 16 a 9) e riducendo il numero di pazienti terminali assistiti a domicilio che per le loro condizioni richiedono generalmente un numero di ore di assistenza superiore a quello degli anziani.
Sembra che si sia data priorità al mero adempimento formale degli obiettivi del PNRR, a discapito della qualità del servizio e dei reali bisogni dei cittadini, abbassando radicalmente gli standard assistenziali, che ora si attestano tra i peggiori d'Italia.
Resta da capire come mai, con ingenti risorse aggiuntive, le performance globali del servizio di cure domiciliari siano peggiorate. Una possibile spiegazione è che la Regione Marche, pur avendo le risorse, non abbia potenziato adeguatamente i servizi domiciliari, utilizzando solo in parte i finanziamenti del PNRR destinati all'ADI.
In conclusione, se da un lato le Marche appaiono in linea con gli obiettivi quantitativi del PNRR per l'ADI, un'analisi più approfondita rivela un quadro preoccupante di un'assistenza domiciliare depotenziata, con un drastico calo delle ore erogate e una scarsa attenzione ai pazienti più fragili, nonostante l'ingente flusso di finanziamenti dedicati.

Bibliografia
Decreto Ministero Salute 23/1/2023: ripartizione delle risorse relative all'investimento M6-C1-1.2.1. "Casa come primo luogo di cura (ADI)" del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).
Intesa Stato-Regioni n. 264/CSR del 18/12/2024 sullo schema di decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, di modifica del decreto del 23/1/2023 del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, concernente la ripartizione delle risorse PNRR relative all'investimento M6-C1-1.2.1. "Casa come primo luogo di cura – Assistenza domiciliare (ADI)".
Ministero della Salute, Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale - Anno 2023, Roma, 2025: https://www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/annuario-statistico-del-servizio-sanitario-nazionale-anno-2023/

Ministero della Salute, Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale - Anno 2022, Roma, 2024: https://www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/annuario-statistico-del-servizio-sanitario-nazionale-anno-2022/
Pesaresi F., Le risorse per il potenziamento delle cure domiciliari (pnrr), Franco Pesaresi welfare blogspot, 7/6/2923: https://francopesaresi.blogspot.com/2023/06/le-risorse-per-il-potenziamento-delle.html (23/4/2025).

SALUTE INTERNAZIONALE

Il Laboratorio Cittadino per la Salute Pubblica di Bologna

Andrea Antonio Mariano,
per "*Laboratorio Cittadino per la Salute Pubblica*"

Il 7 aprile, in occasione della Giornata Mondiale della Salute, emerge con forza la necessità di difendere il diritto alla cura contro la crescente mercificazione della sanità. La salute si sta trasformando sempre più in un privilegio anziché un diritto, ma esperienze come il Laboratorio Cittadino per la Salute Pubblica svoltosi a Bologna dimostrano che è possibile costruire pratiche concrete di partecipazione ed attivazione.
Di fronte alla progressiva privatizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, questo percorso dal basso rappresenta una risposta collettiva per rivendicare una sanità pubblica, laica e universalistica. Perché un percorso sulla salute pubblica?
Negli ultimi anni, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sta affrontando una crisi profonda che mette in discussione i principi di universalità, equità e accessibilità su cui è stato fondato.
Medici, infermieri, studenti e cittadini denunciano con crescente preoccupazione il progressivo smantellamento della sanità pubblica, sempre più subordinata alle logiche di mercato.
La pandemia di SARS-CoV-2 ha reso ancora più evidenti le fragilità del sistema: ospedali al collasso, Pronto Soccorso saturi, carenza di personale e una sanità territoriale incapace di rispondere alle esigenze delle comunità.
Nonostante i fondi stanziati dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), le politiche sanitarie continuano a privilegiare soluzioni emergenziali e prestazioni rapide, trascurando una visione a lungo termine basata sulla prevenzione e sulla cura diffusa sul territorio.
Di fronte a questa situazione, è emersa con forza la necessità di un'azione collettiva.
Questo articolo racconta il percorso di partecipazione del "Laboratorio Cittadino per la Salute pubblica" che ha portato alla scrittura di un manifesto collettivo Le assemblee di maggio e giugno: L'inizio del percorso Dalle riflessioni degli ultimi anni di attività del Laboratorio di Salute popolare di Bologna (LSP) è emersa chiara la volontà di aprire uno spazio di discussione largo ed eterogeneo intorno allo stato del Servizio Sanitario Nazionale, alla sua difesa e alle pratiche per rilanciarlo.
Il 16 Maggio 2024 è stata quindi chiamata un'assemblea pubblica negli spazi di Làbas, Municipio sociale di Bologna, luogo in cui si svolgono le attività del LSP (Ambulatorio odontoiatrico, Sportelli di Supporto Psicologico, Sportello di salute sessuale e riproduttiva, attività territoriali con e per il quartiere) e dove trovano casa altre progettualità (Scuola d'Italiano, Doposcuola, Sportelli legali e sindacali e tanto altro).

La partecipazione ha superato ogni previsione: circa 150 persone riunite in un'assemblea che ha espresso una preziosa ricchezza di associazioni, collettivi, professioniste della salute, dirigenti sanitari e studiosi del tema, studenti delle professioni mediche, e singoli cittadini mossi dall'esigenza di confrontarsi e discutere.
Un corpo collettivo riunito non per ripetere per l'ennesima volta quello che non funziona e quello che è stato distrutto negli ultimi 30 anni, ma per esplicitare un necessario slancio di attivazione, di prassi e pensiero critico attorno alla difesa e rilancio del servizio sanitario nazionale, baluardo di democrazia del nostro Paese.

Numerosi e trasversali sono i temi che gli interventi raccolti hanno dato la possibilità di affrontare: la fragilità della salute territoriale e il disinvestimento su di essa; l'autonomia differenziata; la salute di genere e sessuale-riproduttiva, sempre più sotto attacco; la testimonianza di chi vive e lavora nei luoghi di cura, come quella di specializzandi oberati da un carico di lavoro che supera le 70 ore settimanali, o di studenti e studentesse che segnalano una formazione medica sempre più arroccata all'interno dei grandi ospedali e poco incline ad aprirsi al territorio, o di infermieri che denunciano la carenza strutturale e la mancanza di prospettive di carriera.
L'assemblea ha espresso volontà ed esigenza di rivedersi per continuare ed ampliare la discussione. Il messaggio, venuto fuori da questo primo momento, è stato chiaro: è necessario andare "Oltre Noi", oltre le differenze e intraprendere un cammino comune.
Il 16 giugno 2024 si è svolta la seconda assemblea presso l'ex presidio Roncati, ex manicomio ed oggi casa delle cure primarie dell'Ausl di Bologna. L'assemblea è stata caratterizzata da una ricca eterogeneità anagrafica, percorsi biografici molto diversi e una rete di saperi trasversali che hanno arricchito la discussione. Numerosi sono stati gli interventi anche di dirigenti medici di alto profilo regionale e nazionale. L'immagine potente che ha restituito la seconda assemblea è stata proprio questa: un dialogo tra rinomati professionisti e associazioni della società civile, In un luogo simbolo dei servizi territoriali della città.
Dalle assemblee pubbliche alla rete cittadina: La costruzione degli 8 tavoli tematici Questi incontri hanno rappresentato un momento di confronto fondamentale, evidenziando il bisogno di creare una rete stabile e strutturata.
Da qui è nato un gruppo di coordinamento composto da diverse realtà cittadine, tra cui il Laboratorio Salute Popolare, l'Associazione per una Sanità del Servizio Pubblico, Gruppo Prometeo e molte altre.
Elaborando gli interventi delle prime due assemblee, in numerose riunioni nella torrida estate bolognese, è stato strutturato un calendario di eventi tematici per l'autunno, con otto momenti in cui approfondire gli argomenti emersi dalla discussione collettiva.
I temi individuati sono stati: Salute sessuale e riproduttiva Diritto di scelta e fine vita Salute mentale Formazione dei professionisti sanitari Condizioni di lavoro del personale sanitario Privatizzazione e finanziamento del SSN Rete ospedaliera e organizzazione dei servizi Salute territoriale e di prossimità

Da settembre a novembre 2024, il percorso di partecipazione ha preso forma concreta attraverso gli otto tavoli di lavoro. Il percorso collettivo ha coinvolto circa 600 persone tra operatori sanitari, attivisti, caregiver, cittadini e associazioni. Questi incontri sono stati uno spazio di confronto libero e costruttivo.
Ogni tavolo ha prodotto analisi, proposte, priorità operative ed azioni concrete da introdurre per il rilancio della sanità pubblica. Il percorso ha delineato una ricca pluralità a partire dai luoghi che hanno ospitato gli eventi: Case di quartiere, Municipi sociali e spazi autogestiti, Aule studio e Aule Universitarie di varie facoltà.
Una menzione specifica meritano i tavoli di salute sessuale-riproduttiva e salute mentale attraversati da centinaia di persone, temi simbolo che hanno rappresentato una risposta collettiva agli attacchi dell'attuale governo ai principi fondamentali dell'autodeterminazione e della cura universalistica.
Il tavolo di discussione su salute sessuale e riproduttiva ha evidenziato la necessità di consultori accessibili, laici e inclusivi, con équipe multidisciplinari e una presa in carico globale. È stata ribadita l'importanza della contraccezione gratuita e dell'aborto accessibile, e il contrasto all'obiezione di coscienza.
Si è discusso di supporto alla genitorialità, continuità assistenziale e benessere psicologico nel pre e post-parto. Collettivi femministi si sono ritrovati in dialogo con professionisti della salute ginecologica, realizzando uno scambio di saperi e pratiche tra chi ha cominciato a praticare la professione medica quando l'aborto non era un diritto e chi oggi lavora e difende quotidianamente i consultori.
Il tavolo di discussione sulla salute mentale, il più partecipato, ci ha restituito un'immagine potente e ha spostato l'attenzione dalla gestione delle emergenze alla prevenzione. Oltre ad interventi di esperti numerose sono state le testimonianze da parte di persone e familiari.
Toccante è stata la testimonianza di una ragazza di 16 anni che ha raccontato la sua esperienza nei percorsi dedicati ai disturbi del comportamento alimentare; la sua voce ascoltata da psicologhe, psichiatri e numerosissime associazioni che si occupano di salute mentale riunite in un grande cerchio.
Questi momenti di confronto hanno rappresentato la base per la stesura collettiva di un manifesto Il manifesto nato da questo percorso rappresenta la sintesi di mesi di lavoro collettivo. un processo partecipativo che ha

coinvolto chi vive la sanità ogni giorno. Professionisti sanitari, cittadini, caregiver, associazioni e attivisti hanno contribuito con idee, esperienze e competenze, rendendo il manifesto una vera espressione della società civile.
Non si tratta di un documento chiuso, ma di una base condivisa su cui continuare a costruire una riflessione collettiva verso una mobilitazione ampia e trasversale. Il manifesto è stato presentato durante un grande evento finale negli spazi di Làbas con relatrici e giornaliste in dialogo con chi ha curato gli 8 macro-temi del percorso. Il manifesto ad oggi ha raggiunto più di 40.000 sottoscrizioni e in altre regioni italiane si stanno riproponendo esperienze simili.
L'obiettivo è chiaro: difendere il SSN come servizio pubblico, laico e universale, basato su accoglienza, trasparenza e pluralità. Il manifesto è un punto di partenza per ampliare la rete di alleati e stimolare il dibattito con la politica a livello cittadino, regionale e nazionale.
Le proposte incluse nel manifesto non devono rimanere frasi autocelebrative e fini a sé stesse, ma divenire la base per incalzare la politica regionale e nazionale attraverso proposte concrete e realizzabili. Il percorso che ha portato alla scrittura del manifesto è solo l'inizio. L'obiettivo è continuare a costruire partecipazione, allargare la rete e portare queste proposte all'attenzione della politica.
La difesa della sanità pubblica non può essere delegata solo ai professionisti del settore: è una battaglia che riguarda tutti. La sfida è aperta: la partecipazione è la chiave.

https://www.saluteinternazionale.info/2025/04/7-aprile-in-difesa-della-sanita-pubblica/?pdf=24888

sanità informazione

Il caregiver nel percorso di cura del paziente affetto da linfoma: ruolo e responsabilità infermieristica

Terzo volume del progetto Ematonurse, frutto della collaborazione del Gruppo Infermieri della Fondazione Italiana Linfomi (GiFIL) con le associazioni dei pazienti "F.A.V.O. Neoplasie Ematologiche", "Gruppo Pazienti Linfomi AIL-FIL" e l'Associazione Caregiver Familiari – CARER e il sostegno incondizionato di Roche, per "aiutare chi aiuta"

di Redazione

Il caregiving familiare è una realtà complessa, spesso invisibile, ma fondamentale per la qualità della vita dei pazienti affetti da linfoma. Il progetto di elaborazione sul ruolo del caregiver e sul ruolo che gli infermieri possono avere nel valorizzare questa figura, promosso dal Gruppo Infermieri della Fondazione Italiana Linfomi (GiFIL), in collaborazione con le associazioni dei pazienti "F.A.V.O. Neoplasie Ematologiche", "Gruppo Pazienti Linfomi AIL-FIL" e l'Associazione Caregiver Familiari – CARER, ha posto al centro della riflessione e delle proposte che ha maturato, il ruolo dei familiari che si prendono cura dei propri cari, sottolineando la necessità di un supporto strutturato e di una formazione adeguata.
Dopo aver approfondito nei documenti precedenti le **"Competenze dell'infermiere per il paziente affetto da linfoma"** e il ruolo de **"L'infermiere come case manager in ematologia"**, il **terzo volume** raccoglie i risultati del confronto del gruppo di lavoro che, in molti mesi di dialogo e approfondimenti, ha identificato le esigenze più importanti e proposto soluzioni concrete sul tema del ruolo e del rapporto degli infermieri con i caregiver.

“I caregiver sono una risorsa essenziale nel percorso di cura del paziente, ma troppo spesso si trovano a gestire situazioni complesse senza il giusto supporto”, afferma **Loredana Ligabue**, Segretaria dell’Associazione Carer . “È fondamentale riconoscere e valorizzare il loro impegno, dotandoli di strumenti adeguati per affrontare il percorso di cura con maggiore consapevolezza e meno stress.”

Un percorso di formazione per chi assiste

L’obiettivo è fornire agli infermieri strumenti per individuare e rispondere ai bisogni formativi dei caregiver, che spesso sono familiari o persone con un forte legame affettivo con il paziente.

Queste figure si trovano a gestire una responsabilità complessa, che va dall’assistenza quotidiana alla gestione della somministrazione dei farmaci e al supporto emotivo.

Il loro ruolo, seppure indispensabile, comporta difficoltà emotive, fisiche, economiche e sociali. Per questo motivo, il progetto propone l’utilizzo di una checklist strutturata, a disposizione di tutti gli infermieri che hanno in carico il paziente, per identificare le attività essenziali di cui il caregiver deve essere informato sin dall’inizio del percorso assistenziale e in vista della dimissione a domicilio.

Questa checklist rappresenta uno strumento pratico per garantire una comunicazione chiara e documentata tra professionisti sanitari, pazienti e caregiver.

Serve inoltre per assicurare che i caregiver abbiano recepito le conoscenze necessarie per affrontare il percorso assistenziale in modo efficace, prevenendo situazioni di stress e di difficoltà nella gestione del paziente.

“Un caregiver informato e formato può contribuire in modo significativo alla qualità della cura del paziente, riducendo anche il rischio di complicanze e di accessi impropri in ospedale”, spiega **Giuliana Nepoti**, Coordinatrice del Gruppo GiFIL.

Stress e burnout: il lato oscuro del caregiving

Assistere un familiare malato di linfoma significa affrontare un percorso lungo e difficile, con un impatto emotivo e fisico significativo.

Spesso, chi si prende cura del paziente si trova a fronteggiare stress, isolamento sociale e un pesante carico di responsabilità.

“Uno degli aspetti più critici è il rischio di burnout per i caregiver, che dedicano gran parte della loro energia al paziente, trascurando il proprio benessere”, sottolinea dal canto suo **Mario Tarricone**, referente nazionale AIL-FIL.

“Dobbiamo garantire loro un supporto concreto, sia psicologico che pratico. Per questo è fondamentale un’azione strutturata e continuativa che consenta di integrare il supporto psicologico, il sollievo e la formazione all’interno dei percorsi di cura. Non possiamo più permetterci di considerare il caregiver come un aiuto invisibile: è un vero e proprio attore sanitario che necessita di essere riconosciuto e supportato adeguatamente.”

Verso un riconoscimento normativo più ampio

In Italia, il riconoscimento giuridico del caregiver familiare è ancora frammentario.

La Legge Regionale n. 2/2014 dell’Emilia Romagna ha rappresentato un primo passo, ma una normativa nazionale unitaria è ancora assente.

Il progetto GiFIL si propone anche di sensibilizzare le istituzioni sull’importanza di garantire ai caregiver un accesso facilitato a supporti psicologici, formazione continua e aiuti economici.

Un’alleanza tra infermieri e caregiver

La tesi fondamentale, sostenuta nel documento, si basa su una stretta collaborazione tra infermieri e caregiver, con l’obiettivo di costruire un’alleanza solida per il benessere del paziente. “L’infermiere è spesso il primo punto di riferimento per il caregiver, ed è essenziale che sappia riconoscere i segnali di difficoltà e fornire il giusto supporto”, aggiunge Ligabue.

Tra gli auspici condivisi in primis quello per il quale il caregiving venga finalmente riconosciuto come un tassello cruciale nel percorso di cura del paziente ematologico. Un passo avanti per migliorare la qualità

dell'assistenza e per offrire un aiuto concreto a chi, ogni giorno, si prende cura degli altri con dedizione e sacrificio.

Il ruolo chiave degli infermieri nel supporto ai caregiver

E se da un lato il caregiving ancora necessita di sostanziale riconoscimento, anche normativo, dall'altro il documento sottolinea quanto gli infermieri possono e devono svolgere un ruolo essenziale non solo nell'assistenza diretta ai pazienti affetti da linfoma, ma anche nella formazione e nel sostegno dei caregiver. Sono loro il punto di riferimento per garantire che chi assiste il paziente abbia le competenze necessarie per affrontare il percorso assistenziale con maggiore sicurezza ed efficacia.

Il documento sottolinea, infatti, come gli infermieri debbano essere attivamente coinvolti nell'educazione del caregiver, fornendo informazioni chiare sulla malattia, sui trattamenti e sulla gestione dei sintomi.

Attraverso strumenti pratici come la checklist già citata, ma anche con materiali e incontri formativi, gli infermieri aiutano a colmare il divario di conoscenze e a rendere il caregiver più consapevole del proprio ruolo.

Questa preparazione è cruciale per ridurre il rischio di errori nella gestione della terapia e per migliorare l'aderenza alle cure.

Inoltre, l'infermiere è fondamentale nel monitorare lo stato emotivo del caregiver, individuando segni di stress o burnout e indirizzandolo verso risorse di supporto. La loro azione non si limita alla fase iniziale del percorso, ma prosegue nel tempo, garantendo un accompagnamento costante che permette ai caregiver di affrontare con maggiore resilienza le sfide dell'assistenza domiciliare.

Un altro aspetto chiave è la facilitazione della comunicazione tra caregiver e equipe sanitaria. Gli infermieri, grazie alla loro posizione strategica, favoriscono un dialogo chiaro e strutturato tra tutte le figure coinvolte, assicurandosi che il caregiver non si senta isolato e possa accedere tempestivamente alle informazioni e ai servizi di cui ha bisogno.

Per tutte queste ragioni, il riconoscimento del ruolo dell'infermiere nella formazione e nel supporto ai caregiver deve essere rafforzato e valorizzato. Investire nella formazione continua degli infermieri e nella creazione di programmi strutturati di supporto per i caregiver non significa solo migliorare la qualità di vita di chi assiste, ma anche ottimizzare il percorso di cura del paziente, riducendo il rischio di complicanze e favorendo un'assistenza più efficace, umana e sostenibile.

Hanno partecipato alla stesura del documento:

Giuliana Nepoti, Manuel Costantini, Daniela Manzo, Valentina Zoboli, Gabriele Sperti, Chiara Colognesi, Filippo Ingrosso, Michela Colalelli, Federica Olivazzi – **GiFIL (Gruppo infermieri della Fondazione Italiana Linfomi)**

Loredana Ligabue **– Segretaria della Associazione CARER ETS**

Davide Petruzzelli – **Coordinatore Nazionale F.A.V.O. Neoplasie Ematologiche**

Mario Tarricone – **Presidente AIL LECCE ODV – Componente CDA AIL Nazionale – Referente Nazionale Gruppo Pazienti Linfomi AIL FIL**

https://www.sanitainformazione.it/advocacy-e-associazioni/il-caregiver-nel-percorso-di-cura-del-paziente-affetto-da-linfoma-ruolo-e-responsabilita-infermieristica/?mkt_tok=MDIwLVNDVC0wNjQAAAGZ2Xqs6538RTKfNtfNC4Uvc95Lq0tm85LXEZrxLlcuKLdUHxwTfyQ-OpbVn5i53qfd6v1Wd7qvks4OWWZjqckKpiZjwHzdCXrUUDW3HvI1Xh0

ACADEMIA

I percorsi assistenziali sociosanitari per anziani non autosufficienti nelle Marche

Leonardo Catena, *assegnista di ricerca Desp, Università degli Studi di Urbino Carlo Bo', leonardo.catena@uniurb.it, Via Saffi 15* - 61029 Urbino PU Italia.

Sommario

In questo articolo vengono presentati i risultati di uno studio sui percorsi assistenziali sociosanitari per anziani non autosufficienti, condotta nel corso del 2012 nell'ambito di un progetto di ricerca commissionato dalla Regione Marche

. L'indagine si basa sulla simulazione dei percorsi assistenziali effettuata attraverso l'utilizzo della tecnica delle vignette

. L'attenzione sui percorsi assistenziali è andata crescendo negli ultimi anni, come dimostra anche la costituzione nel 2004 della European Pathway Association. Un percorso assistenziale si caratterizza come intervento complesso, decisionale e organizzativo, dei processi di cura di un gruppo di pazienti nel corso di un periodo ben definito (Di Stalisnao, 2012). Lo scopo dei percorsi dovrebbe essere quello di aumentare la qualità dell'assistenza nel suo continuum, migliorando gli esiti per i pazienti, accrescendone la soddisfazione ed ottimizzando l'uso delle risorse (Vanhaecht, De Witte, K. Sermeus, 2007).

Dall'analisi regionale emerge un certo polimorfismo delle strutture organizzative che determina l'attivazione dei percorsi assistenziali in maniera non sempre uniforme per situazioni analoghe di bisogno. I percorsi assistenziali, intrinsecamente legati ad un certo livello di discrezionalità operativa, non sempre poggiano su una piena integrazione tra il sociale e il sanitario e, talvolta, non riescono ad evitare la frammentarietà degli interventi e a garantirne la continuità.

Metodologia

La nostra indagine è basata sulla simulazione dei percorsi assistenziali effettuata attraverso l'utilizzo della tecnica delle vignette, uno strumento di indagine attraverso cui vengono ricostruite le modalità di gestione e gli schemi di intervento per fare fronte a specifiche condizioni di bisogno. Le vignette sono delle brevi descrizioni di situazioni che simulano eventi reali e che vengono commentate dall'intervistato a partire dagli stimoli proposti dall'intervistatore (Spalding, Phillips, 2007). Le abbiamo utilizzate durante i focus group e le interviste al fine di comprendere come, a parità di bisogno, le istituzioni e i vari attori forniscano risposte alle persone in stato di difficoltà.

Agli operatori e ai referenti dei servizi sono stati presentati quattro profili idealtipici di anziani con un diverso bisogno assistenziale, cercando di mettere in risalto le analogie e le differenze fra i territori nei percorsi di accesso, valutazione e presa in carico, le buone pratiche e le principali criticità del sistema sociosanitario.

Inoltre, sono state effettuate delle interviste semi-strutturate con i referenti familiari di anziani non autosufficienti al fine di rilevare l'impatto che, concretamente, il sistema dei servizi ha nella copertura dei bisogni degli utenti e delle famiglie.

I principali risultati della ricerca

In questo articolo vengono presentati i principali risultati della suddetta ricerca, cercando di offrire un breve resoconto sui percorsi assistenziali per gli anziani non autosufficienti e degli spunti di riflessione che possano essere utili a chi si occupa a vario titolo di queste tematiche anche in altri contesti regionali. Nel contesto marchigiano emergono sia analogie che differenziazioni fra i territori. Innanzitutto, si registra un certo polimorfismo delle strutture organizzative che si sono sviluppate in maniera peculiare nei vari ambiti, con ripercussioni sui percorsi assistenziali che non sempre si attivano in maniera uniforme per situazioni analoghe di bisogno. Queste disomogeneità territoriali possono, quindi, determinare una certa disuguaglianza e disparità di trattamento. La rapidità dei mutamenti istituzionali e l'instabilità del sistema regionale contribuiscono a rendere più complicato, da un lato, il riaggiustamento delle procedure adottate e, dall'altro lato, il rafforzamento e la diffusione delle buone pratiche sperimentate. In alcuni casi sono stati formalizzati

percorsi assistenziali sociosanitari integrati, mentre in altri casi si opera sulla base di prassi consolidate che non poggiano su precisi 2
Il team di ricerca era composto dalla dott.ssa Angela Genova e dal dott. Marco Arlotti sotto la responsabilità del prof. Yuri Kazepov e la codirezione scientifica della prof.ssa Giovanna Vicarelli. 3
Sono stati inseriti nel campione di indagine della ricerca ISSMA 7 Ambiti Territoriali Sociali (ATS) della Regione Marche: Pesaro, Cagli, Ancona, Jesi, Macerata, Camerino e Porto Sant'Elpidio.
protocolli o convenzioni. Dallo studio emerge come l'integrazione gestionale e professionale sociosanitaria sia facilitata dalla stabilità dei professionisti impegnati che ha permesso il consolidarsi di rapporti di fiducia e cooperazione fra le diverse figure dei servizi sanitari e sociali. Talvolta, sono proprio le idiosincrasie personali a rappresentare degli ostacoli al buon funzionamento dei servizi anche quando le procedure sono state formalizzate. Tuttavia è difficile sostenere che i vuoti normativi e regolativi che generano disomogeneità e frammentazione possano essere colmati esclusivamente dai rapporti di collaborazione tra le varie figure professionali. Il percorso assistenziale dovrebbe qualificarsi per l'unitarietà e la garanzia della continuità fra i vari passaggi.
Nel contesto regionale, nonostante le difficoltà segnalate, le procedure di accesso, presa in carico e valutazione hanno raggiunto un certo grado di maturazione e affidabilità. Da un punto di vista gestionale, si potrebbero definire processi e percorsi più lineari tra le aree della valutazione multidisciplinare, della presa in carico e della continuità degli interventi integrati sociosanitari. Una continuità che nelle Marche, in particolare in alcuni ambiti, è resa più problematica dalla presenza non sempre adeguata delle strutture residenziali e semiresidenziali che sta determinando sempre più la formazione di liste d'attesa.
Questa situazione, associata alla tendenza dei reparti ospedalieri a contrarre sempre più il tempo di degenza, implica la comparsa di vuoti nel percorso assistenziale che vengono fronteggiati caso per caso con una buona dose di discrezionalità ed equilibrismo. Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare, nonostante la diffusione del SAD e dell'ADI, emerge una disomogenea presenza degli altri servizi (pasti a domicilio, telesoccorso, trasporto sociale, assegni di cura, ecc.). Inoltre, non gioca a favore dell'uguaglianza di trattamento la mancata uniformità dei criteri di accesso e di compartecipazione ai costi dei servizi.
La continuità dei percorsi assistenziali è messa in pericolo anche nella situazione in cui l'invio della scheda di dimissione protetta dall'ospedale avviene con ritardo o, peggio ancora, non avviene affatto determinando situazioni di "dimissione selvaggia".
In molti contesti manca l'individuazione formale di un case manager che abbia il compito di seguire il paziente durante tutto il percorso assistenziale.
Un efficiente monitoraggio è utile anche a modificare con tempestività il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) sulla base del mutamento delle condizioni dell'anziano. Ogni PAI è, infatti, un progetto dinamico, continuamente aggiornabile e adattato a tutte le necessità che possono manifestarsi. Si può sostenere, in altri termini, che la frammentazione del sistema dell'offerta di servizi può condurre i percorsi, in mancanza di adeguati strumenti di governo e coordinamento, verso esiti di discontinuità assistenziale.

Il percorso assistenziale in caso di "leggere disabilità"
Il primo caso considerato è quello del sig. G, anziano di 75 anni, vedovo, pensionato e con leggere disabilità fisiche (sotto il 66%), vive da solo e non ha parenti viventi. Le sue condizioni richiedono un supporto per le faccende domestiche. Dalla nostra indagine emerge una risposta simile da parte dei servizi nei 7 ATS presi in esame, sebbene non manchino alcune diversificazioni del percorso assistenziale. La segnalazione del caso, la presa in carico e la definizione del PAI avvengono presso i servizi sociali comunali o presso i Punti Unici di Accesso (PUA) degli ATS. Per quanto riguarda la fase di valutazione, le procedure adottate sono piuttosto simili. Ovunque è prevista una valutazione sociale del caso tramite il BINA 4 sociale o l'utilizzo di schede di valutazione sociale. In alcuni ambiti la visita domiciliare si effettua soltanto nei casi più complessi, in altri ambiti rientra invece nella procedura standard. In nessun contesto territoriale è prevista l'attivazione dell'Unità Valutativa Distrettuale (UVD). Si differenzia poco anche il setting assistenziale predisposto per fronteggiare questa situazione di bisogno. Il principale strumento a disposizione è il SAD (Servizio Assistenza Domiciliare 5) che viene erogato in tutti i contesti, anche se l'attivazione del servizio dipende dai regolamenti di compartecipazione dei costi basati sull'ISEE (con soglie diversificate tra Ambiti). Oltre al SAD vengono attivati in maniera diversificata nei territori altri servizi: il telesoccorso; il servizio pasti a domicilio; il controllo

sulla sicurezza della casa; il servizio di trasporto; l'affido di supporto o l'affido in convivenza. I contributi economici sono previsti esplicitamente, solo in casi eccezionali e solo in alcuni ambiti. Considerata la situazione di parziale non autosufficienza del sig. G, la gamma dei servizi potenzialmente erogabili non sarebbe sufficiente a garantirne l'autonomia e la permanenza a domicilio senza un supporto familiare o la presenza di un'assistenza domiciliare privata. Solo in casi estremi e senza altre soluzioni percorribili viene presa in considerazione l'ipotesi di inserimento in casa di riposo. Il casemanager, in quei pochi casi in cui viene esplicitato, è individuato nella figura di un assistente sociale o del 4

Breve Indice Non Autosufficienza 5
Nell'ATS di Ancona è stata istituita una specifica Commissione SAD cui spetta la decisione dell'attivazione di questo servizio.
coordinatore dell'UPS comunale. Il monitoraggio del la situazione del Sig. G viene effettuato, in genere, in raccordo fra le assistenti domiciliari e le assistenti sociali comunali. Il volontariato nella gestione del caso in questione non rappresenta una risorsa significativa. Per questa situazione di parziale non autosufficienza non si attiva, pertanto, un sistema integrato di servizi sociosanitari, ma si fa riferimento unicamente al settore sociale.
I principali punti di forza di questo specifico percorso assistenziale sono il sistema del SAD, oramai consolidato in tutti i territori considerati, e la fluidità delle procedure di accesso, valutazione e presa in carico. Il principale elemento di debolezza si riscontra nei limiti orari settimanali del SAD, stabiliti in vario modo in tutti gli ambiti, e dalla estrema frammentazione del sistema di compartecipazione al costo del servizio.
Emerge, inoltre, una scarsa diffusione nei vari ATS di altri servizi a carattere domiciliare come la consegna dei pasti a domicilio, il trasporto sociale e il telesoccorso, così come una presenza debole del MMG nella presa in carico e nel monitoraggio dell'utente.
Sebbene questo caso si presenti come "sociale", non è improbabile che se non monitorato con attenzione possa scivolare rapidamente nel campo sanitario, con tutti i costi annessi che ciò può comportare.

Il percorso assistenziale in caso di "frattura del femore"
Il secondo caso è quello della sig.ra H, una vedova di 80 anni, che è in procinto di essere dimessa dall'ospedale dopo una frattura al femore e ha costante bisogno di aiuto. Ha un figlio e una figlia che risiedono nello stesso Comune, ma vive da sola.
Questo caso si presenta come una situazione tipica in cui si attiva la procedura di dimissione protetta, una modalità concordata tra l'ospedale e i servizi territoriali di dimissione di pazienti in condizioni di non autosufficienza o di incompleta stabilizzazione clinica che richiedono, a domicilio o in residenza 6, la continuazione delle cure mediche, infermieristiche, riabilitative. Gli attori coinvolti e le procedure attivate nella dimissione protetta si diversificano territorialmente. Il percorso può iniziare con il ricovero presso l'INRCA (Istituto Nazionale Ricovero e Cura Anziani) o presso un ospedale. Le procedure di presa in carico e valutazione si diversificano fra i territori sub-regionali. Nel caso di Ancona è compito del l'Unità operativa "Cure primarie, domiciliari e residenziali" del Distretto Centro. A Macerata e Camerino spetta al Medico Ospedaliero (MO) contattare l'UVD, inviando la scheda di dimissione protetta, per la valutazione e la presa in carico dell'utente. A Pesaro è compito della caposala del reparto contattare il Nucleo Dimissioni Protette (NDP), un servizio specifico che ha favorito una maggiore strutturazione dei rapporti fra ospedale e servizi territoriali 7. A Porto Sant'Elpidio il MO invia direttamente l'anziana con frattura di femore alla RSR con procedura di dimissione protetta, senza passare per l'UVD che viene contattata soltanto se in RSR non c'è posto e, di conseguenza, per valutare la possibilità di accesso presso una RSA. A Cagli vengono pianificate le dimissioni protette tramite una procedura strutturata che coinvolge la caposala dell'UO e l'infermiere del distretto responsabile dell'assistenza domiciliare. A Jesi, infine, si attua una procedura più articolata in cui l'UO invia la "scheda di dimissione" alla segreteria congiunta UVO (Unità Valutazione Ospedaliera) e UVI (Unità Valutazione Integrata del distretto) che ha sede presso l'ospedale. Nei territori si adottano anche schede diverse per la valutazione: BRASS, ADL, IADL, CIRS, SPMSQ 8 , BINA, Scala di Exton Smith o di Norton, Classificazione delle Lesioni da Decubito, schede di valutazione sociale. La fase di riabilitazione può prendere due diverse direzioni, senza significative differenze fra i territori. La Sig. H, una volta dimessa dall'ospedale, può proseguire le cure a domicilio o entrare in una struttura residenziale, in via temporanea o definitiva. Nel

caso in cui le condizioni familiari socio-economiche consentano il rientro al proprio domicilio dell'anziana allora si attivano i servizi domiciliari: il servizio ADI o il SAD o entrambi contemporaneamente. 9
Inoltre si mettono a disposizione tutti gli ausili di supporto alla permanenza a domicilio (materassino antidecubito, sedia a rotelle, girello, pannoloni, sollevatori, ecc.). Ovviamente i servizi erogati a domicilio debbono essere affiancati da un supporto familiare o assistenziale privato che garantisca una copertura assistenziale 24 ore su 24. Se l'anziana o i suoi figli non riescono a sostenere un rientro a domicilio, allora ci si indirizza verso una soluzione residenziale. Viene sempre presa in considerazione la possibilità di 6
Sono presenti la Residenza Sanitaria Riabilitativa (RSR), la Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) e la Residenza Protetta (RP). 7
Il NDP è composto da un medico, un infermiere e un assistente sociale. L'attivazione del NPD avviene in maniera automatica per quanto riguarda i pazienti anziani con frattura del femore ("percorso frattura femore"). 8
BRASS (Blaylock Risk Assess- ment Screening), ADL (Activities Of Daily Living), IADL (Instrumental Activities Of Daily Living), CIRS (Cumulative Illness Rating Scale_comorbility), SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionnaire). 9
Nel contesto di Cagli assumono la denominazione SADIS (Servizio di assistenza domiciliare integrato socio sanitario).Il SADIS è definito da un accordo di programma tra l'ATS e l'Area Vasta 1. effettuare un ricovero temporaneo presso una struttura per dar tempo alla famiglia di organizzarsi per il rientro a domicilio dell'anziana. In caso di ricovero permanente in RP e di indisponibilità economica dell'anziana può intervenire il Comune per integrare le rette sulla base dei vari regolamenti comunali. Nei casi di difficile collocamento può capitare che si prolunghi la degenza in ospedale al fine di individuare una soluzione praticabile. Infine, se la Sig.ra H rientra nei parametri previsti può presentare domanda per partecipare al bando dell'assegno di cura. Altri contributi di carattere economico possono essere concessi a discrezione dei Comuni.
L'incertezza riscontrata nella individuazione di un case manager contribuisce indubbiamente alla frammentazione dei percorsi assistenziali. A ciò si aggiunge un monitoraggio, tramite visite domiciliari o in struttura, che non sempre viene eseguito con costanza e secondo i dettami di un protocollo formalizzato.
In questo specifico percorso assistenziale, se si esclude l'attività di supporto della Caritas in alcuni territori, la presenza del volontariato è piuttosto irrilevante in quasi tutti i territori. Tra i punti di forza si segnalano l'ottimo rapporto di collaborazione professionale tra le assistenti sociali dell'ATS, le assistenti sociali dell'ASUR e gli operatori sanitari e la qualità dei servizi domiciliari, confermata dai familiari intervistati. Le procedure di valutazione e presa in carico, sebbene si differenzino fra i territori, sono piuttosto consolidate e indirizzate a trovare le soluzioni più idonee ai singoli casi. Non mancano, tuttavia, alcune criticità. Non sempre sono stati formalizzati percorsi assistenziali chiari e certi sulla base di accordi fra gli enti coinvolti, in cui vengono stabilite le competenze di ciascun ente e le conseguenti prassi operative di interazione fra i diversi professionisti.
Talvolta, si opera sulla base di prassi condivise e consolidate che non poggiano su precisi protocolli o convenzioni, ma piuttosto sulla disponibilità degli operatori a colmare le lacune normative e regolative. Un altro aspetto critico è rappresentato dai ritardi che talvolta si verificano nell'invio della scheda di dimissione protetta all'UVD. Questo ritardo complica molto la definizione di un setting assistenziale in tempi idonei a garantire la continuità assistenziale. C'è da aggiungere, inoltre, che la carenza di posti letto in RSA e RP, particolarmente rilevante in alcuni contesti, comporta una serie di ripercussioni a livello ospedaliero, obbligato ad allungare il periodo di degenza in attesa di una soluzione.

Il percorso assistenziale in caso di "evento acuto"
Il terzo caso è quello della sig.ra I, 85 anni e vedova, che viene improvvisamente ricoverata in ospedale a fronte di un evento acuto. A seguito di tale evento l'anziana diventa totalmente non autosufficiente. Dopo aver raggiunto un certo livello di stabilizzazione la Sig.ra I, che vive sola ed ha due figli che risiedono nello stesso Comune, viene dimessa dal reparto. Il percorso di assistenza dell'anziana è molto simile a quello precedentemente descritto. Si attivano, infatti, delle dimissioni protette, ma a differenza del caso precedente è più difficile ipotizzare un completo recupero. La Sig.ra I rappresenta un caso di particolare intensità e rilevanza del bisogno sanitario e socio-sanitario che mette la famiglia di fronte ad una pressante situazione di bisogno.

Valutazione e presa in carico non differiscono rispetto al caso precedente, così come non differiscono i due percorsi assistenziali dopo la dimissione protetta: l'assistenza domiciliare e il ricovero (temporaneo o permanente) in struttura residenziale. Qualora ci sia la disponibilità dei familiari ad un eventuale percorso di rientro a domicilio, si può prevedere un periodo temporaneo di ricovero in RSA utile alla stabilizzazione clinica e/o all'addestramento alle ADL e a dare tempo ai familiari di riorganizzarsi.
Nel caso della Sig.ra I potrebbero essere inoltre attivate le cure domiciliari socio-assistenziali (SAD-ADI), per dare un supporto ai familiari. L'altra opzione prevede il ricovero in RP. Il passaggio dalla dimissione ospedaliera a quella del ricovero definitivo in struttura residenziale non è sempre immediata a causa delle liste d'attesa per l'accesso alle strutture che obbligano le UVD a cercare soluzioni da "equilibristi" in attesa che si liberi un posto.

Il percorso assistenziale in caso di "Alzheimer"
La quarta e ultima vignetta descrive la situazione del sig. L, ottantenne a cui è stato diagnosticato l'Alzheimer e che vive con la propria moglie anziana, che a sua volta ha vari problemi fisici di riduzione dell'autonomia.
A fronte di tali disturbi l'anziano non è più in grado di provvedere autonomamente a sé stesso e la moglie ha grosse difficoltà nella gestione quotidiana. In questo caso la segnalazione spetta al MMG che contatta l'UVA (Unità Valutazione Alzheimer) per la diagnosi. L'UVA ha il compito di effettuare la diagnosi e di seguire, in collaborazione col MMG, i pazienti con Alzheimer di grado lieve-moderato attraverso la somministrazione di farmaci (nell'ambito del Progetto Cronos 10) e le visite periodiche. Il percorso assistenziale del Sig. L è reso più incerto dall'assenza, in molti contesti, di strutture residenziali e semiresidenziali specializzate per i malati di Alzheimer.
La scarsità di servizi organizzati in modo specifico per le esigenze e le caratteristiche degli alzheimeriani rappresenta uno dei nodi più critici dell'intero sistema di assistenza per gli anziani non autosufficienti. Ancora più critica è la situazione del segmento dei malati di grado medio-grave, per i quali mancano nuclei Alzheimer e demenze nelle RP che possano garantire una maggiore appropriatezza e continuità assistenziale.
Nello stato iniziale della malattia l'anziano resta generalmente a domicilio con la famiglia chiamata a farsi carico dell'assistenza. Il sistema sociale può intervenire con l'attivazione del SAD e/o con il riconoscimento dell'assegno di cura. L'ADI interviene, invece, nella fase avanzata della malattia che implica
spesso una situazione di allettamento. L'integrazione fra SAD e ADI si attiva, in genere, nel livello più avanzato della malattia. Il ricovero in RSA può essere attivato come soluzione temporanea di sollievo per i familiari.
Qualora l'assistenza a domicilio non si presenti come praticabile può essere presa in considerazione l'ipotesi del ricovero in RP. Questa opzione si configura spesso come un ricovero inappropriato considerando la gravità della malattia. Il centro diurno Alzheimer, ove presente, rappresenta un servizio fondamentale di supporto e sollievo alle famiglie.
Nel caso dei malati di Alzheimer un'importante funzione di sostegno viene svolta dalle associazioni dei familiari malati di Alzheimer.
Data la crescente domanda di servizi specifici per questa specifica area di utenza, i servizi socio-sanitari risultano ad oggi insufficienti e spesso non rispondenti alle esigenze familiari. Tra le criticità maggiormente segnalate dai familiari risulta una non adeguata attività di informazione e di formazione dei familiari e delle "badanti" sulla malattia.

Considerazioni conclusive
Per concludere, va riconosciuta come centrale la questione della continuità assistenziale e, di conseguenza, la necessità di sincronizzazione dei passaggi fra i vari snodi del sistema sociosanitario. A tal fine risulta indispensabile un'azione di governo che fornisca regole chiare e uniformi a livello regionale. Per di più, i tempi di risposta dei servizi possono risultare determinanti nel ridurre o meno i costi sociali ed economici dell'utente preso in carico. Tutte le debolezze e le criticità del sistema finiscono per gravare sulla rete familiare,
indispensabile per far fronte alle carenze del sistema pubblico. Questa situazione dovrebbe stimolare anche una riflessione sulle misure da adottare a supporto dei pesanti carichi assistenziali sostenuti dalle famiglie.
Frequentemente il lavoro di cura viene svolto da familiari, in particolare donne inserite anche nel mercato del lavoro e dunque col difficile compito di conciliare e ricomporre ad unità le due diverse realtà. Scarso o quasi

inesistente il tempo libero a disposizione del caregiver, in quanto l'attività di cura in queste situazioni finisce spesso per essere totalizzante. Il sorgere della malattia va ad incidere anche sul sistema relazionale all'interno della famiglia e sul sistema abitativo. Oltre ai problemi di riorganizzazione familiare, non sono indifferenti neanche i costi economici sostenuti. Talvolta il nucleo familiare dei genitori torna a coabitare con il nucleo familiare dei figli in seguito alla malattia. Dall'indagine emerge anche la difficoltà del caregiver di rapportarsi col familiare malato e la sofferenza derivante dai cambiamenti apportati dalla malattia nella vita e nella identità dello stesso.
La mancanza di conoscenze e, talvolta, di accompagnamento nell'affrontare le difficoltà rappresentano aspetti critici. Il lavoro di cura comporta ripercussioni sulle personali condizioni di vita in termini di salute e di difficoltà di conciliazione con gli impegni di lavoro e le responsabilità familiari. Pertanto, un trattamento appropriato nelle situazioni di non autosufficienza, anche nella tempistica dell'intervento, e un insieme di misure a sostegno delle famiglie potrebbero consentire di contenere i costi e evitare ricadute più pesanti sul sistema familiare e socio-sanitario.

https://www.academia.edu/31966532/I_percorsi_assistenziali_sociosanitari_per_anziani_non_autosufficienti_nelle_Marche?email_work_card=abstract-read-more

Nursing

quotidianosanità.it

Professioni sanitarie: la sopravvivenza nel mercato, ma non nella missione

Grazio Gioacchino Carchia, *Tecnico Sanitario di Laboratorio Medico, Fondatore del Gruppo PSU Professioni Sanitarie Unite*

07 APR - *Gentile Direttore,*
se davvero avessimo scelto di essere missionari, non avremmo mai pensato di intraprendere la carriera nelle professioni sanitarie. Chi si avvicina a queste professioni, lo fa con uno spirito di dedizione e altruismo, un impegno che va ben oltre la semplice prestazione lavorativa.
Ma oggi, come non mai, i governi di ieri, di oggi e forse di domani ci costringono a fare una scelta ben diversa: quella di sopravvivere. In un sistema che mette sempre più alla prova la nostra capacità di resistere, non possiamo fare a meno di adattarci a un mercato che non conosce pietà.
La professione sanitaria, purtroppo, è diventata un ingranaggio di un meccanismo che non sembra preoccuparsi più di tanto del valore umano che essa comporta.
Lungi dal riconoscere il nostro valore come operatori sanitari, come professionisti impegnati nella cura e nella salvaguardia della salute, veniamo sempre più costretti a navigare in un mare di burocrazia e incentivi economici che troppo spesso penalizzano chi lavora sul campo.
I sacrifici non sono mai riconosciuti in modo adeguato, e il nostro impegno, che dovrebbe essere il fondamento di una società sana, diventa invece il mezzo per nutrire un sistema che ci sfrutta senza mai fare i conti con il nostro benessere.

L'illusione del mercato e la realtà del sacrificio
Viviamo in un'epoca in cui la medicina e la salute sono diventate prodotti da commercializzare, e il nostro lavoro è ormai misurato in termini di efficienza economica.
Ma in tutto questo, dove rimane l'umanità?
La risposta è che non rimane: siamo semplici numeri, o peggio, merce in un mercato dove la salute viene svenduta al miglior offerente.

Il nostro obiettivo non è più il benessere del paziente, ma la produzione di risultati che possano giustificare i numeri nelle statistiche e nel bilancio. Si è perso il contatto con la dimensione umana del nostro operato, e questo è il vero tradimento della professione sanitaria.

La continua ricerca della sopravvivenza
Abbiamo scelto di essere professionisti sanitari, non missionari, ma oggi siamo costretti a vivere in un contesto che ci impone di diventarlo.
In questo sistema, sopravvivere non è più una scelta, ma una necessità. I governi, invece di aiutarci a migliorare, ci spingono a cercare soluzioni personali in un mercato che premia l'efficienza economica e non la qualità del servizio.
Le risorse sono sempre più limitate, e la nostra carriera spesso è segnata dalla corsa a ottenere l'ennesimo contratto precario, l'ennesimo progetto a breve termine, l'ennesima promessa di un futuro migliore che non arriva mai.
Tutto questo accade mentre i professionisti sanitari sono costretti a lottare contro un sistema che non riconosce il valore del lavoro svolto. La medicina diventa un mercato, la salute un prodotto da consumare, e il nostro dovere si riduce a numeri, report e statistiche.

Una riflessione sul futuro delle professioni sanitarie
Le professioni sanitarie, con il loro spirito di servizio, dovrebbero essere l'ancora di salvezza di una società che punta al benessere collettivo, ma non possiamo negare che oggi si trovano in un paradosso.
Da una parte, la missione di prendersi cura degli altri, dall'altra, la necessità di sopravvivere in un mercato che ci costringe a misurarci con logiche economiche e di profitto che non rispettano il valore umano del nostro lavoro.
Le scelte politiche dei governi passati e quelli che si stanno preparando per il futuro, dovrebbero comprendere una revisione di questo sistema che ci costringe a sacrificare la nostra essenza per stare a galla.
Dobbiamo chiederci: dove vogliamo andare? Vogliamo essere professionisti sanitari o semplicemente lavoratori del mercato? La risposta è nelle nostre mani, ma serve un cambiamento radicale.
Per un futuro che valorizzi davvero il nostro ruolo e il nostro impegno, bisogna rivedere la struttura di un sistema che sta mettendo a rischio non solo la nostra salute professionale, ma quella di tutti. Il cambiamento è possibile, ma richiede coraggio, unità e visione.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=128904

24 OreSalute

Contratti in stallo per infermieri e medici: la Pa non è uguale per tutti

Con gli Atti di indirizzo ancora latitanti i rinnovi sono al palo e intanto aziende ed enti Ssn sono state ignorate dal decreto Zangrillo con buona pace anche delle Regioni

Stefano Simonetti

Qual è la situazione dei rinnovi dei contratti della Sanità pubblica? Come è noto, le trattative per il rinnovo del contratto del comparto sono in stallo per la mancata stipula del 14 gennaio scorso; credibilmente riprenderanno dopo la metà di aprile, al termine delle elezioni delle Rsu, in uno scenario che, da un lato, potrebbe vedere ripensamenti da parte di qualche sigla alla luce dei risultati elettorali e, dall'altro, dovrà tenere conto della minaccia del ministro Zangrillo di applicare il contratto collettivo per legge.
Frattanto, in un comunicato stampa congiunto Anaao-Cimo del 31 marzo le due maggiori sigle dell'Area Sanità ricordano che medici e dirigenti sanitari attendono l'apertura del tavolo per il rinnovo del Ccnl 2022-2024, quindi già scaduto prima ancora che le trattative siano iniziate.

In un articolo del 27 gennaio scrivevo “se esiste qualcuno tra gli attori istituzionali - Governo, Regioni, Aran - che possa rispondere a questa semplice domanda: perché a oggi non sono ancora stati redatti almeno i due Atti di indirizzo?”. Dopo due mesi, come da copione, la domanda è tuttora senza ragionevoli risposte.
Le elezioni delle Rsu o le diatribe tra i confederali sono del tutto inconferenti nell’Area della dirigenza che avrebbe sicuramente potuto invertire una prassi tanto consolidata quanto informale che ha sempre visto prima la chiusura del comparto rispetto alle aree dirigenziali.
Anche il terzo Ccnl – quello dei 5.000 dirigenti professionali, tecnici e amministrativi – è in alto mare ma nei confronti di questi dirigenti si può fare una osservazione interessante, come si vedrà più avanti.

L’assenza di risorse
In generale, in questi tre mesi dalla legge di bilancio non è accaduto nulla di quanto richiesto dai sindacati dissenzienti, cioè il reperimento di maggiori risorse rispetto a quelle previste, pari al 5,78% del monte salari. Ma la richiesta di ulteriori finanziamenti viene anche dalle Regioni, come si preciserà.
Il recente decreto PA 2025, dal significativo titolo sulla “funzionalità” delle pubbliche amministrazioni, ha ignorato completamente le aziende ed enti del Ssn. Ma anche nei confronti delle amministrazioni direttamente interessate – in ordine, le funzioni centrali e quelle locali – l’occasione della conversione in legge ha generato, come sempre avviene, la rincorsa agli emendamenti. Era prevedibile che fossero fatti tentativi di integrare in tal senso il decreto e, infatti, il 19 marzo scorso sono iniziate le audizioni informali presso le Commissioni riunite I e XI con i relatori Russo, Schifone e Nisini di numerosi stakeholder tra cui l’Anci, l’Aran, alcune confederazioni sindacali, studiosi come Sabino Cassese e Lorenzo Zoppoli e, nello specifico della sanità, di Cosmed e Nursind. Il 25 marzo sono state annunciate dai rappresentanti delle Regioni nel corso della specifica audizione tre proposte emendative riguardanti aspetti finanziari e incremento dei fondi del salario accessorio e questa sembra l’unica possibile occasione per accrescere le risorse contrattuali.

Le “disparità tra comparti”
Il Presidente dell’Aran, nel corso dell’audizione del 24 marzo, ha toccato alcuni punti importanti, tra i quali uno denominato “Disparità tra comparti”. In particolare, ha affermato che “è del tutto evidente che il comparto degli enti locali continua a essere svantaggiato, non avendo mai beneficiato di risorse aggiuntive e specifiche”: giustissimo, ma va precisato che si tratta del personale del comparto, perché all’interno dell’Area delle Funzioni locali i dirigenti della sezione Ral (Regioni e Autonomie locali) continuano ad avere un trattamento economico superiore ai colleghi della sezione del Ssn - i dirigenti Pta di cui si accennava sopra – e, in almeno tre aspetti, vengono decisamente sperequati: il valore della posizione, le propine per gli avvocati e il computo del Tfr/Tfs.

Infermieri: infiniti problemi e polemiche
Tornando sulla professione infermieristica, le problematiche aperte sono infinite e sembrano tutte affastellate su di loro senza reali possibilità di sbocchi positivi. La rassegna è sconfortante e lunghissima: le violenze quotidiane che subiscono, la irrefrenabile situazione di migliaia di precari, la beffa dell’area della elevata qualificazione, le sperequazioni evidenti a danno dei dirigenti infermieri, lo scenario a dir poco kafkiano della libera professione sulla quale continuano ad aleggiare equivoci e pregiudiziali di ogni tipo, la mancata attuazione dell’Infermiere di famiglia, le polemiche riguardo alla nuova figura dell’Assistente infermiere, l’ipotizzato raddoppio dei costi del riscatto della laurea a causa dell’aumento dell’età pensionabile, la penalizzante assegnazione di sede derivante dai concorsi unici regionali che ha portato successivamente alla mobilità volontaria “sperimentale” in Veneto o alla Mobilità “sociale” in Toscana, il riconoscimento tout court di professione usurante.
Per non parlare, naturalmente, degli aspetti remunerativi, dei concorsi ingestibili, della inarrestabile fuga dal S.s.n verso cooperative, libera professione o all’estero. Per sovramercato, possiamo anche aggiungere vertenze diffuse e intricatissime come la monetizzazione delle ferie non godute, il diritto al buono pasto per i turnisti di notte, il riconoscimento del trattamento accessorio durante le ferie, le frequenti condanne per demansionamento (l’ultima è l’ordinanza della Cassazione n. 6873 del 22 marzo 2025) fino alla brutta storia della sospensione dell’indennità di Pronto soccorso nel Lazio proprio durante il picco del Giubileo, vicenda

accaduta anche in Abruzzo. In Lombardia centinaia di infermieri vanno a lavorare in Svizzera ma la stessa Regione “importa” infermieri argentini innestando migrazioni di massa improbabili e mortificanti.
Molte delle criticità ricordate coinvolgono evidentemente anche i medici ma per loro il discorso è molto più complesso perché riguarda il ruolo stesso della professione all’interno del pubblico impiego e sembra tendere ad elaborare una transizione di status verso una categoria speciale; nondimeno, se nel frattempo Governo e Regioni facessero partire la trattativa per il triennio 2022-2024 sarebbe pur sempre un passo avanti.

https://www.ilsole24ore.com/art/contratti-stallo-infermieri-e-medici-pa-non-e-uguale-tutti-AG1jLruD?cmpid=nl_sanita24

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/

quotidianosanità.it

Infermieri, innovazione, sfide e soluzioni nella formazione, nell'organizzazione nella pratica clinica

Marina Vanzetta, *L'Infermiere Online*

31 MAR -
Gentile Direttore,
si è concluso il 22 marzo scorso il 3 Congresso Nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche che ha visto a Rimini la partecipazione di oltre cinquemila infermieri. **Innovazione**, **sfide** e **soluzioni** le parole che hanno fatto da filo rosso alle giornate di lavoro congressuali anche per la sessione E-Poster. I lavori presentati sono stati oltre 220 e hanno rappresentato una modalità efficace per la divulgazione e la condivisione delle conoscenze e delle esperienze nell'ambito infermieristico. Di fatto, in quanto strumenti versatili, dinamici e di facile consultazione, hanno consentito ai professionisti di presentare studi, buone pratiche, progetti, percorsi, modelli in tre ambiti peculiari per l'assistenza infermieristica: formazione, organizzazione e pratica clinica.
A connotare il tema formazione – 47 gli E-Poster – sono state esperienze formative, strumenti di apprendimento innovativi, metodologie didattiche, percorsi di apprendimento e nuove tecnologie che hanno favorito e stimolato il confronto tra i presenti e l'attivazione di rete tra formatori a favore del miglioramento continuo delle competenze.
Settanta gli E-Poster per l'ambito organizzativo che hanno approfondito progetti di riorganizzazione dei servizi, strategie per l'ottimizzazione delle risorse, modelli di gestione, di valorizzazione delle competenze che favoriscono non solo fruibilità, accessibilità, efficienza dei contesti di cura e la presa in carico delle persone assistite ma anche, il benessere dei professionisti.
L'ambito della pratica clinica – 106 gli E-Poster presentati – si è caratterizzato per la condivisione di casi, protocolli, modelli assistenziali, modelli di presa in carico della persona assistita e dei caregiver, assistenza e nuove tecnologie, approcci innovativi per la continuità dell'assistenza in tutti i contesti di cura.
In sintesi, i termini trasversali che hanno fatto da elemento comune a tutti i lavori sono stati condivisione per migliorare, ottimizzazione dei processi, miglioramento continuo delle competenze. Questa modalità di socializzazione delle buone pratiche ha favorito lo scambio di conoscenze, il miglioramento e il consolidamento della rete perché "*se i professionisti avanzano insieme, i risultati arrivano inevitabilmente*" (Henry Ford).

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=128728

quotidianosanità.it

Professioni sanitarie, tra obblighi crescenti e incentivi insufficienti

Carchia Grazio Gioacchino, *Tecnico Sanitario di Laboratorio Medico, Fondatore del Gruppo PSU Professioni Sanitarie Unite*

31 MAR - *Gentile Direttore,*
guardare il mondo da una nuova prospettiva è un esercizio che gli astronauti conoscono bene: sospesi nello spazio, osservano la Terra come un'unica sfera, libera da divisioni e confini. Questo cambio di paradigma, che sembra così attuale e moderno, in realtà affonda le sue radici molto prima, persino nelle Sacre Scritture. La Bibbia stessa, in Isaia 40:22, invita a guardare il mondo dall'alto, vedendo l'umanità come un insieme, senza perderci nei dettagli terreni.
Eppure, nonostante questa visione ampia ci suggerisca di riformulare i nostri concetti di lavoro e responsabilità, i professionisti sanitari italiani si trovano ancora ingabbiati in una gestione farraginosa e

antiquata, fatta di obblighi crescenti e oneri che gravano sulle loro spalle senza un'adeguata compensazione. Mentre il mondo evolve, la gestione delle professioni sanitarie sembra rimanere indietro, incapace di rispondere alle esigenze di chi è chiamato a garantire la salute pubblica.

Un paradosso gestionale e normativo

I professionisti sanitari oggi sono schiacciati da un sistema gestionale che non è in grado di sostenere il carico di responsabilità civili e penali, assicurative, previdenziali e organizzative a cui sono sottoposti. Gli ordini professionali, nati con l'intento di dare dignità e riconoscimento a queste figure, si sono trovati a operare all'interno di una rete di obblighi che rende sempre più difficile esercitare serenamente il proprio ruolo. Albi, assicurazioni, adempimenti burocratici e un carico di responsabilità senza precedenti pesano sul presente e sul futuro di chi opera nel settore pubblico e privato. E se nel privato, grazie alla flessibilità organizzativa e alle risorse, queste incombenze trovano in parte una compensazione, nel settore pubblico si aggiunge la difficoltà strutturale: turni massacranti, carenze di personale, e un apparato spesso incapace di supportare concretamente i propri professionisti. La discrepanza tra pubblico e privato diventa così sempre più marcata, creando un paradosso per cui chi lavora nella sanità pubblica è gravato da oneri senza il necessario riconoscimento economico o organizzativo.

Rivedere gli incentivi: l'indennità di esclusività come riscatto

È evidente che la prospettiva debba cambiare. Gli incentivi economici, come l'indennità di esclusività, devono essere ripensati per compensare realmente gli oneri aggiuntivi che i professionisti sanitari si trovano ad affrontare. Non si può continuare a gravare sui lavoratori senza offrire una reale compensazione, soprattutto quando questi devono far fronte a turni impensabili e condizioni di lavoro spesso estenuanti. La fuga dei professionisti all'estero è una spia rossa che segnala il fallimento di un sistema incapace di valorizzare il sacrificio e la dedizione di chi ogni giorno lotta per garantire la salute collettiva, ma ancor più rilevante è il passaggio massiccio al settore privato, che offre condizioni migliori e maggiore autonomia operativa.

Nel contesto della riforma, la proposta di ridurre il numero delle professioni sanitarie, passando da 23 a qualcosa di più vicino alle 8 figure presenti in Germania, potrebbe essere vista come un'opportunità per snellire e razionalizzare il sistema. Ogni professionista, quindi, si troverebbe a gestire un ambito più ampio rispetto alle specializzazioni attuali, con una combinazione di competenze che risponderebbe meglio alle esigenze di un sistema in continua evoluzione. Tuttavia, questa riforma deve andare di pari passo con una valorizzazione reale delle professionalità, che non può limitarsi ad un adattamento delle mansioni, ma deve comprendere anche una compensazione adeguata degli oneri e delle responsabilità che crescono con l'ampliamento dei compiti.

Verso una gestione più equa e moderna

Occorre una riflessione profonda sul modello gestionale del Servizio Sanitario Nazionale, rivalutando il ruolo degli ordini professionali e introducendo meccanismi di compensazione equi e proporzionati. Tuttavia, non si tratta di ridurre il numero dei professionisti per allinearsi agli standard europei, dove prevale una logica più privatistica e un numero inferiore di figure sanitarie rispetto all'Italia (come in Germania, con 8 figure a supporto della dirigenza medica contro le 23 italiane), ma di valorizzare adeguatamente il loro operato. La modernità non può essere solo uno slogan, ma deve tradursi in una nuova organizzazione del lavoro, più snella, efficiente e soprattutto rispettosa del carico umano e professionale di chi opera in prima linea.

La riforma, quindi, non deve ridurre semplicemente il numero delle figure professionali, ma deve anche garantire che ogni professionista venga compensato adeguatamente per le proprie competenze, responsabilità e sacrifici. La valorizzazione dei professionisti è il vero fulcro di ogni cambiamento. Solo così si potrà fermare la fuga all'estero e la massiccia migrazione verso il settore privato, e costruire un sistema che sia veramente equo e sostenibile.Non possiamo più permetterci di guardare alla sanità con occhiali appannati dal passato. È il momento di alzare lo sguardo e abbracciare un cambiamento reale, che sappia valorizzare i professionisti per il loro impegno e restituire dignità a un settore vitale per il benessere collettivo.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=128731

Riordino professioni sanitarie. Dal superamento del tetto di spesa alla valorizzazione delle competenze. Il documento dell'indagine conoscitiva in Affari Sociali. E Schillaci annuncia: "Già pronta riforma per il CdM"

Ester Maragò e Giovanni Rodriquez

"Ritardi normativi, rigidità organizzative e scelte programmatiche inadeguate, hanno prodotto un effetto moltiplicatore sulle attuali difficoltà del Ssn determinando un circolo vizioso che oggi si manifesta con sempre maggiore evidenza". Queste le conclusioni di circa 4 mesi di audizioni con 53 stakeholder, raccolte in un documento che indica le coordinate per uscire dall'impasse. Schillaci: "Abbiamo predisposto un provvedimento normativo di riforma organica per il riordino delle professioni sanitarie che siamo pronti a portare a stretto giro al CdM".

Superamento dei tetti di spesa per il personale. Ridefinizione della governance e del "governo clinico", attribuendo maggiori responsabilità gestionali ai professionisti sanitari. Adeguamento della formazione universitaria e dei percorsi di specializzazione ai reali fabbisogni del sistema. E ancora, riconoscimento e valorizzazione delle competenze professionali con percorsi di carriera più flessibili e meritocratici e integrazione tra sanità e territorio, anche attraverso strumenti come le Case della Comunità.

Sono questi alcuni dei pilastri sui quali costruire una riforma solida delle professioni sanitarie indicati nel documento conclusivo dell'indagine conoscitiva svolta dalla XII Commissione Affari sociali della Camera sul riordino delle professioni sanitarie, fortemente voluta dal presidente della stessa Commissione, Ugo Cappellacci e incardinata da Marta Schifone, frutto di circa 4 mesi di audizione con ben 53 stakeholder tra Ordini delle professioni mediche e sanitarie, sindacati e associazioni rappresentative delle professioni mediche, sanitarie e sociosanitarie; docenti universitari, operatori sanitari, oltre al Direttore generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del ministero della Salute, Mariella Mainolfi, rappresentanti di Agenas e della Conferenza delle Regioni.

Un documento che propone una visione di medio-lungo periodo per un Ssn più equo, resiliente e in grado di affrontare le sfide del futuro comprese quelle poste dall'invecchiamento della popolazione e dall'emergere di nuovi bisogni sanitari, "per orientare possibili scelte riformatrici che abbiano carattere non più episodico o emergenziale bensì strutturale, organico".

"Ringrazio la Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati per aver promosso questa indagine conoscitiva sul riordino delle professioni sanitarie, di cui oggi vengono presentate le conclusioni. E ringrazio tutti i soggetti che sono stati coinvolti in questo ampio e importante lavoro che restituisce una accurata fotografia e mette in luce le diverse esigenze riguardanti le professioni sanitarie. Sono questioni complesse e problematiche, che in parte abbiamo ereditato, ma che stiamo affrontando con decisione perché da subito abbiamo ritenuto prioritario valorizzare il capitale umano del nostro Servizio sanitario nazionale, che ricordo resta un'eccellenza riconosciuta in tutto il mondo. Però dobbiamo anche rispondere in maniera efficace ai nuovi ai nuovi bisogni di salute della popolazione. Dobbiamo essere al passo con i tempi per una sanità più moderna, quella che io definisco la sanità del terzo Millennio", ha dichiarato il ministro della Salute, Orazio Schillaci nel corso dell'evento di presentazione dell'Indagine.

Il ministro ha poi annunciato: "Con questo obiettivo – grazie anche a questa indagine, frutto del lavoro della Commissione, e all'ascolto delle diverse categorie - abbiamo predisposto un provvedimento normativo di riforma organica per il riordino delle professioni sanitarie che siamo pronti a portare a stretto giro al Consiglio dei Ministri. È un provvedimento che guarda allo sviluppo delle competenze e al rafforzamento dell'attrattività; al potenziamento dell'attività di programmazione del fabbisogno di professionisti sanitari, alla valorizzazione della funzione di sussidiarietà degli Ordini, a una maggiore efficienza della Commissione centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie. Un insieme di interventi che vogliono da un lato valorizzare i diversi professionisti e dall'altro fare fronte alle carenze di personale. I professionisti sanitari e tutto il nostro Servizio sanitario meritano cambiamenti coraggiosi ed una riorganizzazione adatta ai tempi. A questa stiamo

lavorando con determinazione e con il contributo irrinunciabile di tutti i soggetti e le categorie coinvolte, che ringrazio ancora per il loro prezioso apporto".
Tornando all'indagine conoscitiva, il messaggio che arriva dalla commissione è forte e chiaro: non c'è più tempo per rimandare. Serve una riforma strutturale. E serve adesso. La situazione attuale del Servizio sanitario nazionale, per la Commissione è da allarme rosso. E non è frutto del caso né di singole emergenze, al contrario, è l'effetto cumulativo di anni di ritardi normativi, rigidità organizzative e scelte programmatiche inadeguate, che hanno compromesso la funzionalità complessiva del sistema.
La "desertificazione sanitaria". Insomma, come si legge nel documento "siamo di fronte a una vera e propria emergenza". E tra le criticità più evidenti, spicca la drammatica carenza di personale, non solo in termini quantitativi ma anche nella sua distribuzione geografica e qualificazione professionale. Si parla apertamente di "desertificazione sanitaria", un fenomeno che colpisce in particolare le aree svantaggiate del Paese, dove la mancanza di operatori sanitari mette a rischio l'accesso ai servizi essenziali.
A peggiorare il quadro contribuisce l'assenza di una pianificazione efficace: i pensionamenti non vengono compensati da nuove assunzioni, e i tetti di spesa bloccano ogni possibilità di rinnovamento strutturale del personale. Inoltre, il sistema non riesce a offrire condizioni di lavoro attrattive, generando una crisi di vocazioni e spingendo molti professionisti verso il precariato o la fuga all'estero. "Un circolo vizioso che oggi si manifesta con sempre maggiore evidenza" si legge nella relazione.
Come uscire quindi dall'impasse? Per la Commissione serve appunto un cambio di paradigma, un nuovo approccio sistemico alla riforma del Ssn con soluzioni, come già sottolineato, che non possono più essere né episodiche né emergenziali.
Occorre avviare una riforma organica e tre le tante coordinate emerse nel corso della audizioni, oltre quelle già citate, spiccano: la valorizzazione del personale medico e sanitario attraverso la revisione delle retribuzioni e l'introduzione di indennità di funzione per settori di disagio (es. emergenza-urgenza), oltre a incentivi fiscali. E ancora, il superamento dei limiti per attività libero professionale fuori dall'orario di servizio per il personale sanitario e l'eliminazione dei requisiti di anzianità per favorire il reclutamento di giovani professionisti.
Per sopperire alla crisi dei Medici di medicina generale, si propone poi di superare le graduatorie regionali per una migliore programmazione. E per gli infermieri di differenziare il trattamento economico in base alla tipologia di attività svolta, prevedendo un incremento delle indennità correlato alla presenza in servizio e ai disagi affrontati.
Senza dimenticare poi la depenalizzazione dell'atto medico e sanitario salvi i casi di colpa grave: una riforma richiesta da più parti, dal momento che il timore del contenzioso legale costituisce un disincentivo all'esercizio della professione.
Per quanto riguarda i medici specializzandi, si suggerisce la sostituzione delle borse di studio con contratti di formazione e lavoro. L'introduzione di una formazione trasversale e l'obbligo di servizio in reparti con carenze di personale.
Infine, nel quadro di un ripensamento dei modelli organizzativi, analogamente a quanto è stato rilevato in materia di formazione, si sottolinea che non si può più non tenere conto "del ruolo crescente della sanità digitale, dell'intelligenza artificiale e delle tecnologie sanitarie avanzate, sia nei percorsi di cura che nell'organizzazione dei servizi".
https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=128952&fr=n

quotidianosanità.it Lettere al direttore

“Un infermiere su tre a rischio burn out”. Ecco perché nasce il Centro Interuniversitario per la ricerca sull’etica infermieristica

Prof.ssa Annamaria Bagnasco,*Università degli Studi di Genova*
Prof. Duilio F. Manara, *Università Vita-Salute San Raffaele*

Gentile Direttore,
uno studio recente dell’Università di Genova rivela che su un campione nazionale di 3.200 infermieri, uno su tre è a rischio burn out. Una ricerca internazionale (National Academies of Sciences, 2019) sostiene inoltre che la causa del rischio burn out risieda fondamentalmente nella consapevolezza di non poter svolgere al meglio il proprio lavoro.
Sono due gli indicatori principali di questo rischio: lo stress emotivo e lo stress morale. Sullo stress emotivo si è già ampiamente dibattuto, soprattutto dopo l’esperienza del Covid, meno nota è invece la condizione di stress morale, una forma di disagio psicologico che può manifestarsi quando l’infermiere, sebbene consapevole dell’azione giusta da compiere per il bene del paziente, non può però metterla in atto per motivi del tutto estranei alla propria volontà. La consapevolezza “delle cure mancate” innesca, quindi, un conflitto etico tra ciò che l’infermiere ritiene moralmente giusto fare e ciò che può effettivamente fare, togliendo dignità alla professione, ostacolando la soddisfazione personale e la realizzazione professionale.
L’aver-cura (caring) è l’essenza del nursing e va ben oltre il semplice “prendersi cura” in senso tecnico. Il caring è un atto morale e come tale ha un altissimo costo in termini di responsabilità, compassione e riconoscimento della dignità dell’altro.
Per queste ragioni, è fondamentale riconoscere l’importanza della ricerca in etica clinica, che il CIREI (Centro Interuniversitario per la Ricerca sull’Etica Infermieristica) intende sviluppare e sostenere. Il CIREI nasce grazie alla convenzione tra quattro atenei: Università degli Studi di Genova, Università Tor Vergata, Università Vita-Salute San Raffaele e Università Humanitas, con l’obiettivo principale di promuovere una cultura etica all'interno della professione infermieristica e di contribuire a un’assistenza infermieristica sempre basata sui più alti standard etici, mettendo al centro il benessere dei pazienti.
In un momento in cui stiamo sperimentando una drammatica mancanza di infermieri, l’intento del CIREI non è solo quello di indagare gli esiti negativi della crisi, come appunto il disagio morale, ma è quello di valorizzare il contributo insostituibile e positivo, dell’assistenza infermieristica. Per questo, il primo studio nel quale siamo già impegnati, è rivolto al valore della dignità, un concetto che noi intendiamo studiare con metodi empirici.
Infine, ci piace pensare che il lavoro del CIREI possa essere un contributo offerto dalla componente accademica della professione, nei confronti dei tanti colleghi impegnati sul campo. È diventato urgente capire in che condizioni reali vivano infermieri e pazienti e come sia possibile migliorare la relazione, garantendo dignità ai pazienti e familiari e recuperando la dignità di una professione che mette al centro la persona e garantisce il diritto a cure adeguate nel rispetto, non solo del corpo malato, ma dell’unicità del paziente.
Oggi non esistono molti studi empirici su un tema come quello della dignità dei pazienti e della professione, né scale di misurazione validate. Per questo lo studio Dignity4Nurse ha una impostazione mista, qualitativa e quantitativa, coinvolgendo nella sua realizzazione i protagonisti principali: infermieri, pazienti e familiari. Vogliamo studiare e applicare gli strumenti adeguati a comprendere in che modo gli infermieri riescano ad erogare cure buone, giuste ed eticamente fondate.
A fine turno, la consapevolezza di aver compiuto le scelte eticamente giuste per il paziente, produce gratificazione, soddisfazione e affiliazione, che sono indicatori scientificamente provati, l’esatto contraltare di quei due indicatori che abbiamo citato in apertura: lo stress emotivo e lo stress morale.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=129139&fr=n

JAN
Leading Global Nursing Research

QUALITATIVE META SYNTHESIS

Costruire la nave mentre si naviga: Una sintesi qualitativa dell'implementazione di modelli di erogazione dell'assistenza infermieristica in un ambiente ospedaliero

Klara Geltmeyer, Emma De Meester, Simon Malfait, Kristof Eeckloo, Veerle Duprez

Pubblicato il 29 aprile 2025
DOI: https://doi.org/10.1111/jan.17003

Obiettivo
Esplorare i fattori che influenzano l'implementazione di un modello di erogazione dell'assistenza infermieristica in un contesto ospedaliero.

Progetto
È stata condotta una sintesi qualitativa delle evidenze con una sintesi tematica.

Metodi
La stringa di ricerca consisteva in quattro "cluster topic": (1) assistenza infermieristica, (2) modelli di erogazione dell'assistenza, (3) ambiente ospedaliero, (4) disegni qualitativi e metodi misti. Sono state ricercate quattro banche dati elettroniche da gennaio 2000 a luglio 2024: MEDLINE (interfaccia PubMed), Embase (interfaccia embase.com), CINAHL (interfaccia EBSCOhost) e Web of Science. È stata condotta una sintesi tematica composta dalle seguenti fasi: la codifica "riga per riga" del testo, lo sviluppo e l'assegnazione di "temi descrittivi" e la generazione di "temi analitici".

Risultati
In totale sono stati vagliati 3976 riferimenti, di cui 25 sono stati inclusi nella sintesi delle evidenze qualitative. Sono stati generati otto temi analitici che influenzano l'implementazione di un modello di erogazione dell'assistenza infermieristica in ambito ospedaliero: comprensione condivisa del modello di erogazione dell'assistenza, titolarità del cambiamento, ambito di pratica e chiarezza dei ruoli, collaborazione, comunicazione, responsabilità, processo a doppio anello e raccomandazioni aggregate. I temi sono stati categorizzati su quattro diversi livelli: visione, processo, fattori interattivi e fattori contestuali.

Conclusione
Gli otto temi identificati in questa sintesi di evidenze qualitative hanno mostrato che durante l'implementazione di un modello di erogazione dell'assistenza infermieristica, spesso manca una chiara strategia di implementazione. Si consiglia che i futuri processi di implementazione abbiano una guida e un obiettivo chiari.

Impatto
I temi analitici possono guidare la futura implementazione di un nuovo modello di erogazione dell'assistenza infermieristica in ambito ospedaliero. Questa revisione può essere di supporto a infermieri, ricercatori, dirigenti ospedalieri e responsabili politici nell'implementazione di alternative organizzative per riorganizzare l'assistenza infermieristica in ambito ospedaliero.

https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.17003

Digitalizzazione in sanità

quotidianosanità.it

Lo sviluppo della sanità digitale è inarrestabile. Dalla sicurezza per i pazienti alla sostenibilità economica. Le indicazioni Ocse su come valutare le nuove tecnologie

I governi e le assicurazioni sanitarie si trovano di fronte a un dilemma: sostenere le tecnologie digitali in continua evoluzione senza compromettere la sicurezza dei pazienti o la sostenibilità dei sistemi sanitari. Mentre la valutazione delle tecnologie sanitarie (HTA) è già uno strumento consolidato per farmaci e dispositivi tradizionali, applicarla al mondo digitale richiede nuove regole e nuovi strumenti

Un'ondata tecnologica sta travolgendo i sistemi sanitari mondiali. Dalle terapie digitali per l'insonnia agli strumenti di diagnosi tramite app, i dispositivi medici digitali promettono cure più rapide, accessibili e personalizzate. Ma come decidere quali finanziare e quali no? A rispondere è l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) con uno studio che getta luce sulle migliori pratiche emergenti per la valutazione di queste tecnologie innovative.
I governi e le assicurazioni sanitarie si trovano di fronte a un dilemma: sostenere le tecnologie digitali in continua evoluzione senza compromettere la sicurezza dei pazienti o la sostenibilità dei sistemi sanitari. Mentre la valutazione delle tecnologie sanitarie (HTA) è già uno strumento consolidato per farmaci e dispositivi tradizionali, applicarla al mondo digitale richiede nuove regole e nuovi strumenti.
Secondo il rapporto OCSE, uno dei principali ostacoli è l'assenza di una tassonomia condivisa. Senza una classificazione chiara, valutazione efficacia, sicurezza e rapporto costo-beneficio diventa un terreno minato. A complicare il quadro contribuiscono il ritmo vertiginoso delle innovazioni e l'emergere di soluzioni basate sull'intelligenza artificiale.

L'esperienza dei Paesi OCSE: modelli a confronto
Lo studio analizza come sei Paesi — Francia, Germania, Israele, Corea, Spagna e Regno Unito — si stanno attrezzando per valutare dispositivi come le terapie digitali in ambito ambulatoriale oi tool diagnostici digitali Ecco alcuni punti:

- **Francia**: ha introdotto nel 2023 un percorso rapido per l'approvazione di terapie digitali e strumenti di telemonitoraggio come il programma PECAN.
- **Germania**: dal 2020 il programma DiGA ha portato oltre 65 applicazioni digitali nel sistema sanitario, soprattutto per la salute mentale.
- **Corea**: ha creato un iter accelerato che integra regolamentazione, HTA e valutazione assicurativa per dispositivi digitali innovativi.
- **Regno Unito**: ha sviluppato il programma Early Value Assessment (EVA) per identificare tecnologie promettenti, promuovendo anche piani di raccolta dati real-world.
- **Spagna**: nel 2023 ha adottato un quadro metodologico specifico per l'HTA di tecnologie digitali, avviando le prime valutazioni nazionali.
- **Israele**: punta su programmi di finanziamento per sostenere la sperimentazione e l'adozione precoce di soluzioni digitali, pur non avendo ancora approvato terapie digitali all'interno del paniere nazionale .

I problemi da superare: velocità, incertezza e disparità
Dai colloqui condotti con le agenzie di HTA emerge una serie di sfide comunitarie:

- **Aggiornamenti continui**: il software dei dispositivi si evolve rapidamente, rendendo obsolete le valutazioni tradizionali.
- **Asimmetria informativa**: gli sviluppatori faticano a fornire dati allineati alle esigenze degli enti valutatori.

- **Competenze tecniche**: la valutazione richiede nuove competenze su temi come cybersecurity, interoperabilità, protezione dei dati e usabilità.
- **Equità e accesso**: il rischio è accentuare il divario digitale, escludendo chi non ha familiarità con le nuove tecnologie.

Le raccomandazioni OCSE: verso un'HTA adattiva e collaborativa
Il messaggio principale del rapporto è chiaro: non basta adattare gli strumenti esistenti, bisogna ripensare il modo stesso di valutare. Le raccomandazioni includono:

- Percorsi di HTA flessibili e interattivi, capaci di aggiornarsi con l'evoluzione dei software.
- Maggiore integrazione tra valutazione clinica, decisioni di finanziamento e implementazione sul campo.
- Uso sistematico dei dati real-world per monitorare l'impatto clinico e l'adozione delle tecnologie.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=129328



Abstract
La rapida evoluzione delle tecnologie sanitarie digitali offre nuove opportunità per i sistemi sanitari, aumentando al contempo la pressione sui bilanci pubblici. Governi e assicuratori si trovano ad affrontare sfide crescenti nel determinare cosa finanziare e a quale prezzo.
La valutazione delle tecnologie sanitarie (HTA) rimane uno strumento fondamentale per orientare queste decisioni e diversi paesi OCSE stanno esplorando modalità per adattare gli approcci esistenti al panorama in rapida evoluzione e diversificato dei dispositivi medici digitali. L'assenza di una tassonomia comune, unita al

rapido progresso tecnologico, complica ulteriormente la valutazione, stimolando uno slancio globale verso approcci HTA più armonizzati che supportino un processo decisionale efficace ed equo.
Attraverso ricerche documentali e interviste, questo articolo si propone di esplorare come Francia, Germania, Israele, Corea, Spagna e Regno Unito – paesi OCSE con pratiche emergenti in questo campo – valutino alcune tipologie di dispositivi medici digitali, tra cui le terapie digitali per uso individuale nell'assistenza ambulatoriale e la diagnostica digitale. Descrive gli approcci HTA, concentrandosi sui percorsi, le competenze tecnologiche e i metodi di valutazione pertinenti. Basandosi su esperienze pratiche, evidenzia le principali sfide e le potenziali opportunità di apprendimento.
Questo documento contribuisce alle discussioni in corso sull'adattamento dei framework HTA per migliorare la valutazione e l'integrazione dei dispositivi medici digitali nei sistemi sanitari.

https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1745917598.pdf

la Repubblica

Tumore al seno: con i test genomici - 57% di spesa pubblica e meno chemio inutili

Irma D'Aria

In Italia potrebbero essere prescritti ogni anno a circa 13mila donne. Presentati oggi a Roma i primi dati di uno studio condotto dall'ALTEMS

Una chemioterapia evitata non è solo un risparmio economico.
È una donna che può continuare a lavorare, una madre che può stare accanto ai figli, una persona che può vivere la malattia con meno paura e più dignità. I test genomici, oggi, non servono solo a scegliere se fare o no la chemio: servono a restituire alle pazienti tempo, qualità di vita e consapevolezza.
È questo il valore che emerge dai dati preliminari del primo studio di costo della patologia sul carcinoma mammario, condotto da ALTEMS (Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari dell'Università Cattolica di Roma), che analizza l'impatto dell'utilizzo del test Oncotype DX nelle pazienti con tumore al seno ormonoresponsivo in stadio iniziale.
I risultati parlano chiaro: meno chemioterapie inutili, meno spesa per il Servizio Sanitario Nazionale, meno peso per le famiglie e i caregiver. Ridurre i costi sì, ma soprattutto ridurre il carico emotivo e fisico della malattia.
È una rivoluzione silenziosa, ma potentissima, che viene raccontata oggi a Roma durante il convegno nazionale "*Next Perspectives, Dalla costellazione dei sistemi sanitari regionali ad un nuovo scenario di applicazione dei test genomici in Italia*".
L'evento, che vede la partecipazione di oltre 100 specialisti ed è promosso, tra gli altri, anche da Foce (ConFederazione degli Oncologi, Cardiologi e Ematologi), rappresenta un'occasione per riflettere su come portare i test genomici fuori dalle nicchie di eccellenza e renderli accessibili a tutte le donne che possono beneficiarne.

Un risparmio del 57% per il Ssn
Nel corso dell'evento, sono stati presentati i dati preliminari del primo studio di costo della patologia sul carcinoma mammario, condotto da ALTEMS sull'utilizzo del test Oncotype DX.
Dati che evidenziano come l'utilizzo dei test genomici nel percorso di cura per le pazienti con carcinoma mammario ormonoresponsivo in stadio precoce, oltre ad evitare un numero consistente di chemioterapie inutili, porti ad una significativa riduzione dei costi a carico del Sistema Sanitario Nazionale, ma anche di quelli a carico della società e dei caregiver.

Nello specifico, si è verificato come l'utilizzo del test genomico comporti una riduzione della spesa sanitaria e sociale da 2.106 a 906 euro (-57%), includendo tutti i livelli di rischio clinico (alto, intermedio, basso), ovvero 1.200 euro di risparmio per singolo paziente. Per quanto riguarda i costi totali si è verificato come l'utilizzo del test genomico comporti una riduzione della spesa sanitaria e sociale da 53.517.836 a 23.044.420 euro con un risparmio di 30.473.416 euro.

Test genomici nei Lea

Dunque, l'evidenza è palese: cosa manca per far sì che le pazienti possano usufruire di questi vantaggi? "I test genomici per il tumore del seno entreranno al più presto nei Livelli Essenziali di Assistenza che sono in corso di aggiornamento", risponde Francesco Cognetti, presidente di Foce e Responsabile Scientifico dell'evento di Roma.

"Così potranno finalmente trovare una reale applicazione nella pratica clinica quotidiana e soprattutto diventare disponibili per tutte le pazienti che potranno trarne beneficio.

Si segnalano, infatti, ancora difficoltà nell'accesso a esami che potrebbero essere utili a circa 13mila donne ogni anno in Italia.

Nel 2024 però non a tutte le pazienti è stato effettivamente prescritto il test all'inizio del percorso di cura e una parte consistente di queste pazienti, in Europa, dichiarano di non essere state sufficientemente informate sull'esistenza ed utilità di questi test.

Come dimostra lo studio presentato oggi il test Oncotype DX è uno strumento non solo clinicamente molto efficace ma anche economicamente sostenibile.

Si tratta di un esame che deve essere considerato come parte integrante della gestione del carcinoma mammario in stadio precoce e che contribuisce ad una migliore allocazione delle risorse sanitarie. Consente di ridurre significativamente i costi complessivi associati al trattamento grazie ad una gestione più mirata delle risorse e alla diminuzione delle terapie non necessarie".

A quali pazienti può essere d'aiuto il test genomico

Ogni anno in tutto il mondo si registrano oltre 2,3 milioni di nuovi casi di tumore al seno mentre in Italia interessa complessivamente più di 900mila donne.

I test genomici sono esami molecolari in grado di analizzare l'espressione di un gruppo di geni allo scopo di fornire un profilo più specifico del singolo tumore.

"Ci consentono di identificare, con maggiore precisione, le donne che possono davvero beneficiare della chemioterapia da quelle invece che non avrebbero vantaggi clinici", prosegue Cognetti. "Il tumore del seno è di gran lunga il più diffuso e frequente nel nostro Paese dove solo lo scorso anno ha fatto registrare oltre 53.600 nuovi casi. Di questi circa il 70% presenta recettori ormonali positivi (HR+) e recettori del fattore di crescita epidermico umano 2 negativi (HER2-).

È un sottogruppo di neoplasie a loro volta molto eterogenee e con i test genomici otteniamo informazioni più precise su quali donne sono a rischio incerto. Solo per quelle ad alto rischio la chemioterapia, in aggiunta all'ormonoterapia, diventa inevitabile per prevenire il rischio di recidiva di cancro dopo un primo trattamento chirurgico".

Perché è importante evitare chemioterapie inutili

Da tempo i clinici sottolineano quanto sia importante evitare anche alle giovani donne chemioterapie inutili. "Sono farmaci che possono avere numerosi effetti collaterali sgraditi con conseguenze sulla funzione ovarica e, quindi, sulla fertilità femminile che invece va preservata il più possibile", afferma Fabio Puglisi, direttore del Dipartimento di Oncologia Medica dell'Irccs Centro di Riferimento Oncologico di Aviano e professore ordinario presso l'Università di Udine.

"È fondamentale, a seguito di una diagnosi di carcinoma mammario, valutare l'espressione dei recettori ormonali, insieme ad altri fattori biologici che possano guidare la scelta terapeutica. Oggi, grazie ai test genomici, disponiamo di uno strumento molto accurato per definire l'opportunità di ricevere o di omettere la chemioterapia".

Test genomici utili anche prima dell'intervento chirurgico

A supportare la necessità di estendere l'uso dei test genomici è anche Riccardo Masetti, direttore Uoc Chirurgia Senologica Fondazione Policlinico A. Gemelli Irccs di Roma: "In una malattia molto complessa e variabile, come il cancro del seno, sono ormai evidenti e indiscutibili i vantaggi clinici dei test genomici.
Uno degli ultimi studi scientifici condotti ha evidenziato come l'esame possa essere svolto prima dell'intervento chirurgico. In questo caso si riducono notevolmente i tempi di avvio della terapia adiuvante con conseguenti benefici psico-fisici per la donna.
La genomica è quindi un'arma che dobbiamo maggiormente sfruttare nella gestione del carcinoma mammario e nella personalizzazione dei trattamenti".

Il ruolo delle Breast Unit
Tutto ciò ribadisce per l'ennesima volta un principio fondamentale dell'oncologia moderna che è la gestione multidisciplinare del malato.
"Questa può avvenire solo all'interno di Breast Unit che siano in grado di assicurare i protocolli previsti dalle linee guida approvate dalla Conferenza Stato Regioni nel 2014 - sottolinea Rosanna D'Antona, presidente di Europa Donna Italia.
Le Breast Unit sono Centri di Senologia altamente specializzati, in cui le pazienti sono seguite da un'équipe multidisciplinare composta da radiologo, anatomo-patologo, chirurgo senologo e oncoplastico, radioterapista, oncologo, tecnici di radiologia, infermiere di senologia e data manager.
Da anni Europa Donna Italia è attivamente impegnata perché sull'intero territorio nazionale questi centri rispettino tutti i requisiti previsti e includano, tra gli altri servizi, anche i test genomici. In quest'ottica, è importante che i test genomici siano inseriti al più presto nei LEA, così da offrire a tutti i cittadini le stesse possibilità di eccellenza".

https://www.repubblica.it/salute/dossier/oncoline/2025/04/09/news/tumore_al_seno_con_i_test_genomici_-_57_di_spesa_pubblica_e_meno_chemio_inutili-424116194/?ref=RHVS-BG-P7-S4-T1-IniziativeSpeciali

la Repubblica

La rivoluzione delle batterie al litio zolfo: durano tre volte di più e costano meno. Ecco perché

Barbara Crimaudo

MILANO - L'ultima ricetta per le batterie auto arriva dalla start-up tedesca Theion, che ha sviluppato una nuova tecnologia a base di zolfo, destinata a rivoluzionare il settore degli accumulatori. Queste pile, con una densità energetica di 1.000 Wh/kg, superano quelle tradizionali con celle al nichel-manganese-cobalto (NMC); e promettono di offrire prestazioni eccezionali in termini di autonomia, che dai primi test risulta essere tre volte superiore rispetto a quelle in commercio.
La ricerca non si limita solo alla progettazione, ma strizza l'occhio anche all'abbattimento significativo dei costi di produzione e in una riduzione dell'impatto ambientale. Infatti, le batterie a zolfo non richiedono l'uso di nichel o cobalto, due materiali che comportano processi di estrazione invasivi e dannosi per l'ambiente, con conseguenti alte emissioni di CO_2.
Un altro aspetto chiave di questa formulazione è il lavoro svolto da Theion sull'anodo proprietario, sviluppato per affrontare una delle principali problematiche delle batterie allo zolfo: la durata.
Le batterie a zolfo, infatti, tendono a presentare una vita utile inferiore rispetto ad altre tecnologie. Grazie a questo anodo innovativo, l'azienda è riuscita a migliorare la stabilità chimica e la resistenza alla corrosione degli accumulatori, permettendo di estendere il loro ciclo di vita e di incrementare le prestazioni in modo duraturo.

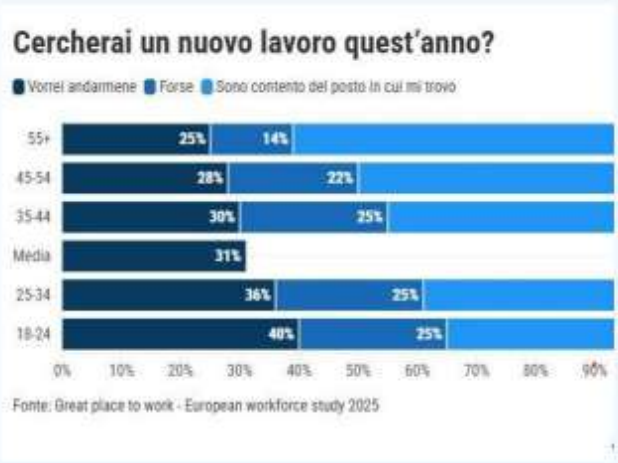
Quindi la tecnologia a base di zolfo non solo è vantaggiosa dal punto di vista delle prestazioni e dell'ambiente, ma offre anche una notevole opportunità in termini di riciclo. Infatti, le batterie sviluppate da Theion sono progettate per essere facilmente riciclabili a costi contenuti, un aspetto che rende questa tecnologia particolarmente interessante in un'ottica di economia circolare e sostenibilità a lungo termine.
I test sui prototipi sono già iniziati e prevedono una fase evolutiva graduale. Il primo step mira a raggiungere una densità di 500 Wh/kg con 500 cicli di ricarica, con l'obiettivo finale di arrivare a 1.000 Wh/kg e a 1.000 cicli di ricarica. Questi risultati segneranno una vera e propria svolta nel settore della produzione delle batterie, migliorando notevolmente l'autonomia dei veicoli elettrici e l'efficienza dei sistemi di accumulo energetico in generale.
Theion ha l'ambizione di portare questa tecnologia sul mercato in tempi relativamente brevi. Per farlo, l'azienda ha pianificato la creazione di impianti di produzione flessibili e adattabili alle esigenze del mercato, permettendo così di rispondere in modo agile alla crescente domanda di soluzioni energetiche sostenibili e ad alte prestazioni.
Il progetto attualmente è supportato da investitori di alto profilo, tra cui Team Global e Geschwister Oetker Beteiligungen, che hanno già stanziato 15 milioni di euro per finanziare la ricerca e lo sviluppo di questa tecnologia. Inoltre, i fondi saranno utilizzati per la produzione delle batterie, partendo dalle celle a moneta fino a quelle a sacchetto, con un'attenzione particolare alla produzione delle batterie a zolfo di nuova generazione, che potrebbero rappresentare una delle soluzioni più promettenti nel panorama dell'accumulo energetico.
Theion con le sue batterie allo zolfo non solo mira a offrire una soluzione altamente performante per i veicoli elettrici, ma anche a creare un'alternativa sostenibile e economica per un'ampia gamma di applicazioni, inclusi i sistemi di stoccaggio

https://www.repubblica.it/motori/2025/04/06/news/auto_elettrica_la_rivoluzione_delle_batterie_al_litio_zolfo_durano_tre_volte_di_piu_e_costano_meno_ecco_perche-424110676/?ref=RHLM-BG-P29-S9-T1-MAGAZINE


I Paesi più ricchi di terre rare
500.000 tonnellate
44.000.000 tonnellate
Russia
21.000.000 t
Canada
830.000 t
Groenlandia
1.500.000 t
Cina
44.000.000 t
Vietnam
22.000.000 t
USA
1.800.000 t
India
6.900.000 t
Tanzania
890.000 t
Brasile
21.000.000 t
Australia
4.000.000 t
Sudafrica
790.000 t


I più grandi giacimenti al mondo
La cina ha ben 9 tra i siti più attivi nell'estrazione di bastnasite, laterite e xenotite
Bayan Obo
Nangang
Reyda
Longnan
Dechang
Maoniuping
Weishan
Mountain Pass
Xuhuvu
Xinfeng
Southeast
Guangdong
Manavalakurichi
Mount Weld
Central

CORRIERE DELLA SERA



LA CLASSIFICA UE

Perché le aziende italiane non sanno trattenere i dipendenti: stipendi bassi e manager incapaci, siamo i peggiori in Europa

di Sara Tirrito

Secondo lo European workforce study 2025 di Great place to work l'Italia è la peggiore d'Europa per capacità di trattenere i lavoratori e il 40% degli italiani sta pensando di cambiare impiego contro una media del 31% dei Paesi Ue

Forbes

Il 40% dei lavoratori italiani pronto a cambiare azienda entro l'anno

La redazione di Forbes.

Le aziende italiane fanno fatica a trattenere talenti. Secondo *l'European Workforce Study 2025*, condotto a livello europeo da Great Place to Work, emerge un dato significativo: il 40% dei dipendenti italiani intende cambiare lavoro entro l'anno. Lo studio si basa sulle opinioni di quasi 25mila collaboratori provenienti da 19 Paesi del continente europeo, offrendo uno spaccato chiaro sulle tendenze e le aspettative del mondo del lavoro in Italia e nel resto d'Europa.

Lo studio

Con il 40% dei lavoratori intenzionati a cambiare impiego entro l'anno, l'Italia guida – in negativo – la classifica europea sulla fidelizzazione dei dipendenti. La media UE si ferma al 31%. Seguono Francia e Polonia (38%), Portogallo (37%), Irlanda (35%), mentre Regno Unito, Grecia e Cipro si attestano al 33%.

PUBBLICITÀ

Tra i Paesi con maggiore stabilità lavorativa spiccano Norvegia (25%), Paesi Bassi e Germania (23%), e Austria, fanalino di coda con solo il 21%.

A livello generazionale, è la Gen Z (18-24 anni) a registrare il tasso più alto di mobilità (40%), complice la maggiore attenzione verso leadership e coerenza manageriale. La propensione a cambiare diminuisce con l'età: 36% tra i 25-34 anni, 30% tra i 35-44, 28% tra i 45-54, fino al 25% tra gli over 55.

La fidelizzazione dei dipendenti

La fidelizzazione dei dipendenti è una sfida concreta per le organizzazioni europee. Secondo Gartner, l'87% dei responsabili HR indica il miglioramento della retention come priorità assoluta per il 2025. Sebbene gli investimenti in questo ambito non diano risultati immediati, generano benefici duraturi, riducendo i costi legati al turnover.

Una simulazione di Great Place to Work Italia mostra che un'azienda con 100 dipendenti e un tasso di turnover del 10% – nella media del Nord Italia – può arrivare a sostenere fino a 200mila euro l'anno in costi indiretti. "I costi nascosti del turnover sono difficili da individuare, ma impattano direttamente sull'efficienza – spiega Beniamino Bedusa, Presidente di Great Place to Work Italia –. Una strategia efficace di employer branding, basata sull'ascolto attivo e sul coinvolgimento, rafforza il senso di appartenenza e riduce sia il turnover sia i costi di assunzione, soprattutto tra le nuove generazioni".

Il lavoro ibrido

Le modalità di lavoro ibride, che combinano presenza in ufficio e smart working, si confermano una delle leve strategiche più efficaci per migliorare la fidelizzazione dei dipendenti. Secondo l'European Workforce Study 2025 di Great Place to Work, solo il 24% dei lavoratori ibridi dichiara l'intenzione di cambiare lavoro, contro il 34% di chi lavora esclusivamente in sede e il 37% di chi opera da remoto. Un vantaggio competitivo evidente, soprattutto nei settori tecnologico, finanziario e dei servizi professionali, dove i collaboratori hanno maggiore libertà di scelta: in quasi 6 casi su 10 (57%), optano per il modello ibrido. Al contrario, in comparti come retail, ospitalità e manifattura, dove il lavoro da remoto è poco praticabile, questa flessibilità resta ancora un obiettivo difficile da raggiungere.

Le strategie

Secondo gli esperti di Great Place to Work Italia, le aziende dovrebbero adottare otto strategie fondamentali per migliorare la employee retention: garantire un buon equilibrio tra vita privata e lavoro, offrire una retribuzione competitiva, implementare benefit e riconoscimenti efficaci, e promuovere una relazione di fiducia tra manager e dipendenti. È importante anche rimuovere le barriere organizzative, supportare l'avanzamento di carriera e offrire formazione professionale continua. Infine, le politiche di smart working sono cruciali per attrarre e trattenere talenti, grazie alla flessibilità e al miglior equilibrio tra lavoro e vita privata che offrono.

https://forbes.it/2025/04/16/il-40-dei-lavoratori-italiani-pronto-a-cambiare-azienda-entro-lanno/

FiscoEquo
la rivista online di LEF

Guerra dei dazi: la normalizzazione dei mercati e la ripresa passano anche per il fisco

Luciano Cerasa

L'inaspettata comunicazione, arrivata via social, di una sospensione per novanta giorni degli annunciati dazi sulle esportazioni verso gli Stati Uniti, ma solo a beneficio dei paesi che, a insindacabile giudizio del presidente Donald Trump, si sono mostrati più "disponibili", non ha fatto altro che confermare l'inizio di un'era di caos e di erraticità in cui sono stati precipitati i mercati finanziari e commerciali mondiali dalla prima economia del globo.

La tempistica con cui sono state fatte sprofondare e poi risalire in poche ore con picchi a due cifre le quotazioni delle principali Borse dei 5 continenti, proietta anche l'ombra di una grossolana e facile speculazione da parte di chi detiene le leve del potere, che si aggiunge all'inaffidabilità delle strampalate teorie che sembrano guidare le scelte dell'attuale inquilino dello studio ovale a Washington.

L'economia statunitense è stata portata dallo scellerato ping-pong con Pechino a un passo dalla soglia critica, facendo crollare contemporaneamente, in un modo del tutto inusuale, sia gli indici di Borsa che il mercato

dei titoli di Stato, utilizzato in genere come una “comfort zone” dagli investitori spaventati dalle temperie passate di Wall Street.
La variabile impazzita che in questo caso ha scombinato le teorie e le consuetudini dell’economia fin qui sperimentate ruota intorno ai massicci investimenti nel debito pubblico statunitense operati dalla Cina nell’ultimo decennio. Attualmente nel portafoglio titoli di Pechino vi sarebbero quasi 800 miliardi di dollari in bond a stelle e strisce che lo pone al secondo posto dopo quello del principale sottoscrittore estero, il Giappone.
L’ondata di vendite che ha investito nelle scorse ore il Tesoro americano facendo impennare i tassi d’interesse e il costo del servizio del debito dei titoli pubblici sarebbe stata compensata dallo “strong buy” lanciato dalle altre banche centrali a sostegno di Washington. Quanto questo soccorso forzato sia costato all’istituto di emissione europeo e quanto debba essere considerato a rischio, viste le oscure prospettive, non è ancora dato sapere.
L’Europa, fino a poche ore fa, ha preparato un menù di reazioni all’entrata a gamba tesa di Trump poggiato su due piatti forti: contro-dazi sui beni importati e sostegno finanziario ai bilanci delle imprese investite dalle misure protezionistiche. Il secondo provvedimento, accettato e sollecitato anche in Italia da governo e opposizioni, ha però il non piccolo difetto di trasferire il costo dei dazi dai consumatori americani ai bilanci pubblici europei. In questo modo Trump coglierebbe come si suol dire due piccioni con una fava: fare cassa a spese del resto del mondo ma senza reazioni negative nell’opinione pubblica interna, che ne trarrebbe solo benefici.
“Un tale intervento da parte dei paesi europei rappresenterebbe un grave errore, e sarebbe autolesionistico” spiega a Fiscoequo.it l’ex ministro delle Finanze e del Tesoro, Vincenzo Visco.
“I dazi hanno in prima battuta un duplice effetto: aumentano il prezzo dei beni importati per il Paese importatore e ne riducono le quantità domandate – sottolinea Visco – inoltre, rendendo disponibile, a parità di produzione, una maggiore quantità dei beni per il mercato domestico, tendono a ridurre i prezzi nel Paese esportatore. A più lungo termine si raggiungerà un nuovo equilibrio, che comporta minore produzione complessiva e un prezzo tanto più elevato, quanto più rigida è la domanda del paese importatore. Il dazio viene quindi pagato dai consumatori che importano i beni (gli americani), mentre il costo per gli esportatori consiste in una minore produzione dei beni esportati, e quindi meno occupati, minori redditi”.
“Se in questa situazione si interviene a sussidiare le imprese esportatrici colpite dai dazi, il risultato sarà che esse potranno produrre e vendere a costi e prezzi più bassi, e quindi difendere la loro quota di mercato a spese, però, dei contribuenti dei Paesi che elargiscono il sussidio e a beneficio dei consumatori americani” conclude l’ex ministro.
Se questo è il quadro di breve periodo, diventerebbe allora necessario e lungimirante cercare di porre basi macro economiche diversificate che, al di là della contingenza, possano condurre le nostre società a lidi meno infidi e più sicuri dell’economia di guerra e del protezionismo, in un sentiero di crescita sociale e economica solida, al riparo dai capricci di oltre oceano.
I cinesi, principali avversari di questa guerra di lungo periodo che non si fermerà alle schermaglie sui dazi, puntano ora sul gigantesco mercato interno e pensano che per prima cosa sarà necessario aumentare il reddito e distribuire più ricchezza ai consumatori. Sul piano finanziario Pechino annuncia di voler tagliare i tassi e inietterà più liquidità a lungo termine nel sistema bancario “ogni volta che sarà necessario”. La Cina ha anche spazio per espandere la spesa pubblica, dichiarano a Pechino. L’altra arma a disposizione è svalutare lo yuan rispetto al dollaro. Quel che possono offrire i cinesi al mercato mondiale, oltre alla loro tradizionale funzione deflazionistica, è una classe media composta ormai da oltre 400 milioni di consumatori, che si aggiungono ai miliardi di consumatori di area Brics.
In Giappone prima della bufera da ovest si stava valutando la reintroduzione di sussidi per assorbire almeno in parte gli aumenti delle bollette di luce e gas, mentre continua il percorso di una normalizzazione dell’economia troppo stagnante con una moderata inflazione, robusti aumenti salariali e progressivi rialzi dei tassi d’interesse.
In Europa e in particolare in Italia – paese esportatore e con un margine assai ristretto di manovra per ulteriori esposizioni debitorie – oltre all’apertura o al consolidamento di mercati energetici e commerciali alternativi alla rotta atlantica, si presenta la necessità di una robusta iniezione di risorse pubbliche e private per far

ripartire, dopo venti anni di stagnazione, la domanda interna, da convertire in consumi, salari, investimenti in infrastrutture sociali e fisiche. Con quali soldi?
Nel nostro paese, esaurito il serbatoio del Pnrr, portatore anch'esso di indebitamento e preclusa la strada di ulteriore spesa in deficit, assume particolare rilevanza lo strumento fiscale come supporto alla riconversione produttiva e allo sviluppo. Due i sentieri da battere: rendere più ripida la curva della progressività dell'imposizione su redditi e profitti di persone fisiche e società e intercettare gli enormi profitti delle multinazionali del web realizzati sul mercato interno chiudendo la sponda dei paradisi fiscali.
Trasformare le digital tax nazionali esistenti in un'unica normativa europea antielusiva, o in alternativa lavorare su una nuova "accisa digitale" valida in tutta l'Unione, è la proposta che si sta facendo strada a Bruxelles anche in chiave pressoria e ritorsiva, visti i profili dei principali sostenitori di Trump.
La fiscalizzazione dei grandi oligopolisti dell'economia digitale è sicuramente un nervo sensibile sia per l'attuale che per le passate amministrazioni statunitensi, ma anche una fonte di risorse, equità e giustizia fiscale per i cittadini europei.
"L'idea di una digital tax su base unionale è appropriata – dice al Sole 24 ore Giuseppe Marino, ordinario di Tributario alla Statale di Milano, avvocato e commercialista – ma ancor più affascinante è la proposta di un'accisa digitale che replica quella "fisica" sulle estrazioni minerarie: in fondo il principio è il medesimo, estrazione di ricchezza da un territorio con un'imposta trattenuta alla fonte». Secondo Marino l'obiettivo da perseguire, a prescindere dallo strumento giuridico, è il medesimo, intercettare per via tributaria il valore trasferito alle big-tech. "Tra l'altro – chiosa il docente milanese – l'accisa è già un tributo armonizzato e quindi è già nel raggio d'azione della Commissione".
Sebbene l'idea sia affascinante, la sua concreta realizzazione non è banale, perché richiede la condivisione di tutti gli Stati membri.
Tra i dazi di Trump e l'instabilità economica, l'Italia ha già chiesto un miliardo a Meta, X e Linkedin per Iva non versata. Queste somme coprono l'intero periodo d'indagine, dal 2015 al 2022, ma l'avviso di accertamento per ora notificato riguarda esclusivamente gli anni 2015 e 2016.
Mark Zuckerberg rifiuta per ora di saldare i conti con il Fisco italiano, forse alla ricerca di un accordo.
A parere della GdF, che ha condotto l'attività di verifica, la gestione dei social media sarebbe già assoggettabile ad Iva in applicazione dello schema della permuta, ossia l'utilizzo delle piattaforme social da parte degli utenti, dietro la concessione dell'analisi (e monetizzazione) dei loro dati personali e sensibili. Rispetto a questo teorema, Meta ha sempre dichiarato il proprio totale disaccordo.

https://www.fiscoequo.it/guerra-dei-dazi-la-normalizzazione-dei-mercati-e-la-ripresa-passano-anche-per-il-fisco/

FiscoEquo
la rivista online di LEF

Contenzioso tributario: nel 2024 controversie aumentate del 30,9%

Redazione

Il Ministero dell'economia e delle finanze ha recentemente pubblicato i dati ufficiali relativi all'andamento del contenzioso tributario nel quarto trimestre del 2024, a completamento di quelli relativi ai precedenti trimestri. Secondo quanto emerso, nel decorso anno si è registrato un incremento significativo del numero di controversie fiscali, superiore del 30,9% rispetto al 2023.
A giudizio del Ministero, tale aumento è stato influenzato dall'abolizione dell'istituto della mediazione tributaria, un meccanismo che in passato aveva contribuito a ridurre il ricorso alla giustizia tributaria attraverso la risoluzione preventiva delle dispute.

La decisione di eliminare la mediazione tributaria, presentato come uno dei punti di forza della recente riforma, si sta quindi rivelando un errore strategico, con effetti negativi sulla gestione del contenzioso e un possibile aggravio per il sistema giudiziario.
Ancor prima di questa pubblicazione, il rappresentante del Governo aveva affermato, in occasione dell'inaugurazione dell'anno giudiziario tributario, che nei primi due mesi del 2025 si sarebbe registrata una inversione di tendenza, con una riduzione del 19% delle controversie rispetto al corrispondente periodo del 2024.
Considerato che il Ministero dell'economia e delle finanze, quale ente ufficialmente deputato alla raccolta e diffusione di questi dati, ad oggi, ha reso noti solo quelli relativi all'ultimo trimestre del 2024, non risulta chiaro su quali basi siano stati diffusi i dati provvisori del 2025. Emerge la necessità di una maggiore chiarezza nella diffusione delle informazioni sull'andamento del contenzioso tributario.

https://www.fiscoequo.it/contenzioso-tributario-nel-2024-controversie-aumentate-del-309/

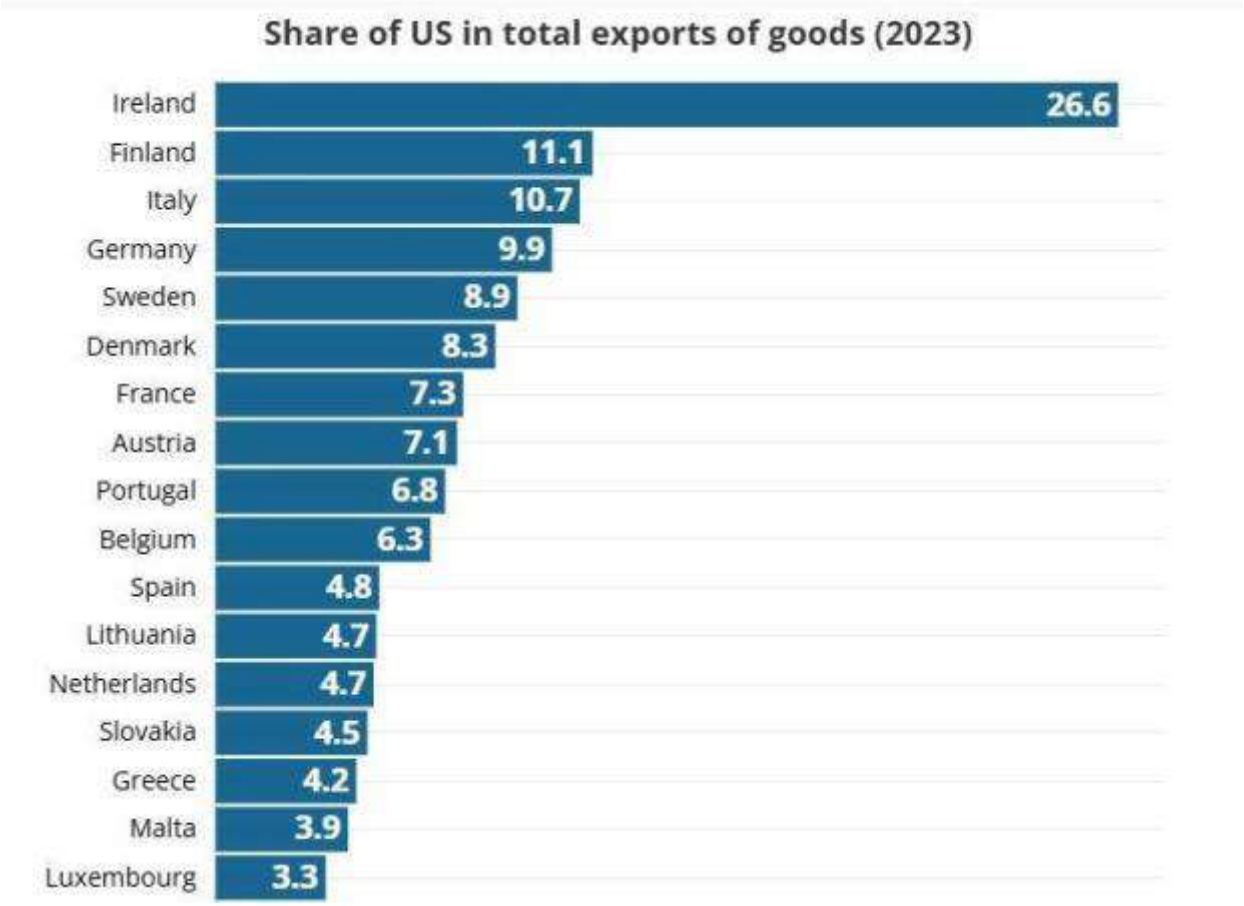
CORRIERE DELLA SERA

I DATI

Ecco quali sono i Paesi europei che subiscono più danni dai dazi (e l'Italia è tra questi): tutti i numeri

di Claudio Del Frate

Le economie di Berlino e Roma sono quelle che dipendono maggiormente dai mercati Usa. Fattore che può spingere per un atteggiamento più morbido verso Trump



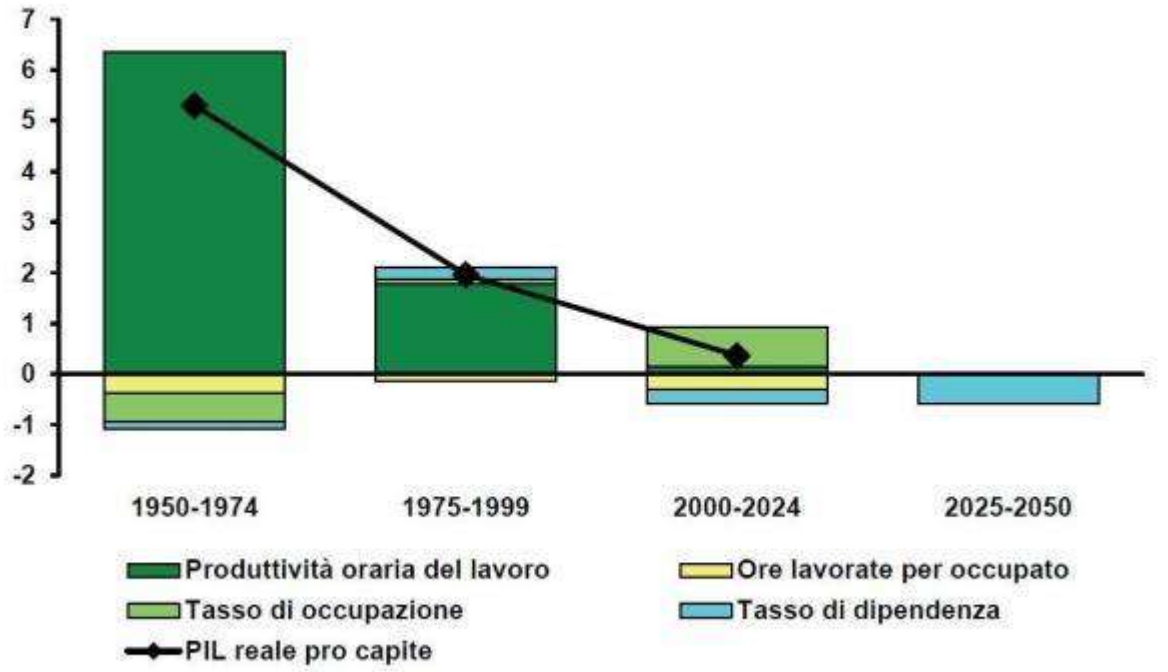
CORRIERE DELLA SERA

Bankitalia: il Pil sprofonderà del 9% entro il 2050 se non aumenta l'occupazione di giovani e donne

Figura 2

Contabilità della crescita del PIL reale pro capite in Italia, 1950-2050

(punti percentuali)



Fonte: elaborazione su dati Istat e altri fonti; cfr. A. Brandolini, op. cit.
Il grafico mostra le variazioni medie annue (approssimate con le differenze logaritmiche) del PIL reale pro capite e la

[Bankitalia: il Pil sprofonderà del 9% entro il 2050 se non aumenta l'occupazione di giovani e donne]