

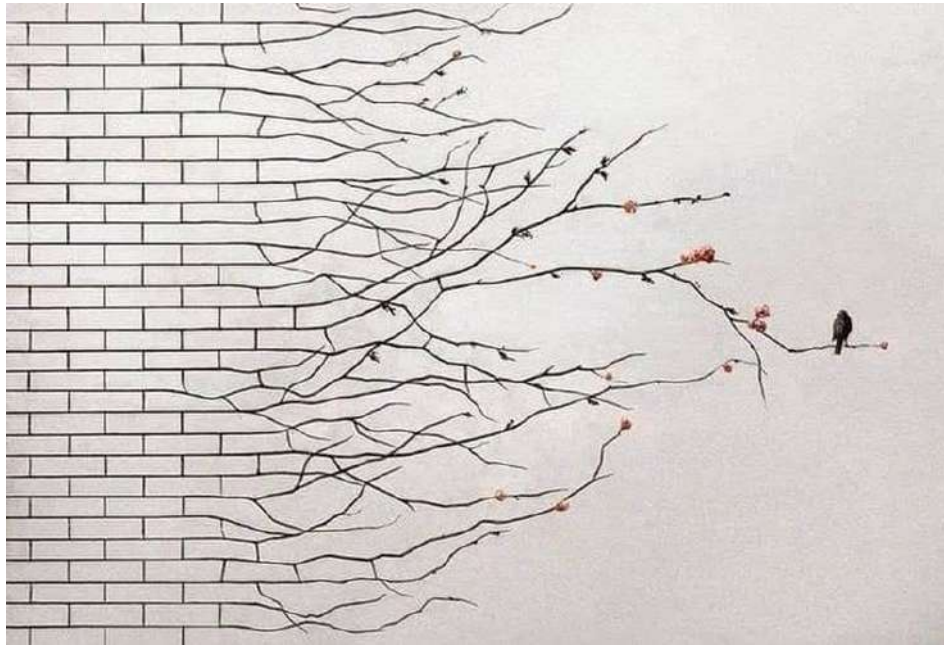


Associazione Italiana per la  
Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

# ASIQUAS Review

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

***“Per una sanità pubblica ... anche dopo la pandemia”***  
n. 28 del 1.07.2025



*Banksy*

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

Review realizzata in collaborazione con:

DIPARTIMENTO  
DI SCIENZE SOCIALI  
ED ECONOMICHE



SAPIENZA  
UNIVERSITÀ DI ROMA

## **Nota redazionale.**

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

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

### **Per le Istituzioni:**

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

### **Per i dati:**

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

### **Criteri di selezione:**

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

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

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

## **I curatori**

### **Giorgio Banchieri**

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

### **Antonio Giulio de Belvis**

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

### **Maurizio Dal Maso**

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

**Emanuele Di Simone**

Socio di ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale. Laureato in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, ha conseguito nel 2020 il Dottorato di Ricerca in Scienze Infermieristiche e Sanità Pubblica. Dopo aver lavorato per diversi anni nella sanità privata è poi passato al Servizio Sanitario Nazionale (Policlinico Universitario di Ferrara). 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 ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale. Infermiera pediatrica presso l'IRCCS Istituto G. Gaslini di Genova. Conseguito il Dottorato di Ricerca in Scienze della Salute, Curriculum Nursing presso il Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università di Genova. Membro di ANIARTI, Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica, e della SISI, Società Italiana di Scienze Infermieristiche

**Lidia Goldoni**

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

**Francesco Medici.**

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

**Maria Piane**

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

### **Mario Ronchetti**

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

### **Andrea Vannucci**

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

### **Contatti.**

[giorgio.banchieri@gmail.com](mailto:giorgio.banchieri@gmail.com); [Antonio.DeBelvis@unicatt.it](mailto:Antonio.DeBelvis@unicatt.it); [maurizio.dalmaso@gmail.com](mailto:maurizio.dalmaso@gmail.com); [emanueledisimone@gmail.com](mailto:emanueledisimone@gmail.com); [nicolettadasso@gmail.com](mailto:nicolettadasso@gmail.com); [fam.medici@mac.com](mailto:fam.medici@mac.com); [maria.piane@uniroma1.it](mailto:maria.piane@uniroma1.it); [mario.ronchetti@gmail.com](mailto:mario.ronchetti@gmail.com); [andrea.gg.vannucci@icluod.com](mailto:andrea.gg.vannucci@icluod.com); [perlungavita@gmail.com](mailto: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](http://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](http://www.asiquas.net)

- “ASQUAS Covid 19 Review” 2021-22, numeri 1-30
- “ASQUAS Review”, numeri pregressi 1-26

Per leggere le monografie “Covid 19 Review 2020”: [www.asiquas.net](http://www.asiquas.net)

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

Per leggere le Monografie – “ASQUAS Covid19 Review”: [www.asiquas.net](http://www.asiquas.net)

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

Per leggere le Monografie – “ASQUAS Review”: [www.asiquas.net](http://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”
- Monografia “La Comunità come alternativa alla solitudine e per supportare la salute”

## Indice

|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Articoli di apertura</b>                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>10</b> |
| Quotidiano sanità - <i>Salute, sanità e comunità</i> – Silvia Scelsi, Giorgio Banchieri, Laura Franceschetti, Andrea Vannucci -                                                                                                                                                        | 10        |
| Quotidiano sanità - <i>Per una volta chiediamoci perché le case della comunità da qualche parte funzionano?</i><br>Claudio Maria Maffei                                                                                                                                                | 16        |
| Frontiers un Public Health – <i>The italian public health response during the pandemic Emergency: from qualitative data to the “performance index” of case provvidee by Spoleto Hospital</i> – Sialvia Caroselli, Stefano Raffa, Maria Piane, Rita Mancini, Giorgio Banchieri e altri. | 18        |
| <b>Comunità, solitudini e salute</b>                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>29</b> |
| ASIQUAS Review, Monografia sul Convegno “Comunità, Solitudini e salute”, Roma 19 giugno 2025                                                                                                                                                                                           | 29        |
| Quaderni Medical Humanities – <i>Solitudini</i> – Bernardino Fantini e altri                                                                                                                                                                                                           | 31        |
| Reti Solidai - <i>Le comunità, alternativa alla solitudine e supporto alla salute</i> - <a href="#">Ilaria Dioguardi</a>                                                                                                                                                               | 33        |
| NHS – <i>Health connections MenDip</i> – Report 2024                                                                                                                                                                                                                                   | 36        |
| ParmaToDay - <i>Parma avvia la sperimentazione della prescrizione sociale nel welfare culturale</i> -                                                                                                                                                                                  | 56        |
| <b>Diseguaglianze</b>                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>58</b> |
| Quotidiano sanità - <i>Sanità globale a rischio: l’Oms lancia l’allarme su una crisi finanziaria senza precedenti</i> -                                                                                                                                                                | 58        |
| Il Magazine - <i>Universalismo: un termine da declinare</i> - Elio Borgonovi                                                                                                                                                                                                           | 59        |
| The Lancet - <i>La solitudine dei rifugiati: una crisi trascurata che necessita di innovazione scalabile</i> - <a href="#">Shuyan Liu</a> , <a href="#">J. Bromberg</a>                                                                                                                | 60        |
| Fisco Equo - <i>UBS report 2025: la crescita della ricchezza accelera e si concentra sempre più, in Italia il 5% possiede metà della ricchezza nazionale</i> - <a href="#">Luciano Cerasa</a>                                                                                          | 62        |
| <b>Sanità USA e Governo Trump</b>                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>63</b> |
| msn - <i>Il Senato USA intende tagliare 1.000 miliardi di dollari da Medicaid. Ecco chi ne risentirebbe di più.</i> - Chris Matthews                                                                                                                                                   | 63        |
| Transform.it - <i>La legge di bilancio USA approvata alla Camera ma ora comincia un percorso ad ostacoli</i> - Alessandro Scassellati                                                                                                                                                  | 65        |
| Science - <i>Le Accademie Nazionali degli Stati Uniti adottano un nuovo modello di business per resistere alla tempesta finanziaria</i> - <a href="#">Jeffrey Mervis</a>                                                                                                               | 70        |
| Science - <i>Il giudice ordina al NIH di ripristinare centinaia di sovvenzioni tagliate sotto Trump</i> - Sara Reardon                                                                                                                                                                 | 72        |
| Science - <i>Senatori fanno pressione sul direttore del NIH per le sovvenzioni soppresse e la proposta di tagliare i finanziamenti dell'agenzia</i> - <a href="#">Jocelyn Kaiser</a>                                                                                                   | 74        |
| Il Sole 24 Ore - <i>Dagli inventori pentiti dell’mRna ai fautori dell’immunità naturale: il nuovo volto del comitato vaccini Usa</i> - <a href="#">Francesca Cerati</a>                                                                                                                | 75        |
| The Lancet - <i>L’esclusione silenziosa: ripensare l’ammissibilità e la generalizzabilità negli studi clinici</i> - <a href="#">Jens-Ulrik Jensen</a> , <a href="#">Niklas Dyrby Johansen</a>                                                                                          | 77        |
| <b>Scenari della sanità</b>                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>79</b> |
| <i>Papa Francesco ha scritto questo in ospedale.</i>                                                                                                                                                                                                                                   | 79        |
| The Lancet - <i>Lettera aperta a sostegno dell’OMS</i> - <a href="#">Ivana Bozicevic</a> , <a href="#">Rieke van der Graaf</a> , <a href="#">Martin McKee</a> per i <a href="#">479 Centri Collaboratori dell’OMS firmatari</a>                                                        | 80        |
| The Lancet - <i>Genocidio a Gaza: fallimenti morali ed etici delle istituzioni mediche</i> - <a href="#">Helena Niu</a> , <a href="#">Marella Bedggood</a>                                                                                                                             | 81        |
| Corriere della sera - <i>Centri di Ricerca Italiani terzi in graduatoria nel mondo.</i>                                                                                                                                                                                                | 82        |
| The NEJM - <i>Assistenza sanitaria in un panorama migratorio in evoluzione: fornire assistenza nel rispetto della legge</i> - Holland Kaplan, Anna Cabot e Peter Ubel                                                                                                                  | 83        |
| Accademia dei Lincei – <i>Perché l’Italia deve aderire all’accordo Pandemico WHO.</i>                                                                                                                                                                                                  | 86        |
| OECD – <i>Best Practices in Institutionalising Health Accounts, 2025</i>                                                                                                                                                                                                               | 90        |
| <b>Scenari del SSN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>93</b> |
| Quotidiano sanità - <i>Il paradosso dell’articolo 32: tra identità smarrite e la necessità di un nuovo diritto alla salute</i> - Ivan Cavicchi                                                                                                                                         | 93        |
| UBS – <i>Global Health Report 2025</i>                                                                                                                                                                                                                                                 | 97        |
| <b>Sostenibilità della sanità</b>                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>99</b> |
| <i>La terza rivoluzione industriale</i> - <a href="#">Jeremy Rifkin</a>                                                                                                                                                                                                                | 99        |

|                                                                                                                                                                                                                                                |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Quotidiano sanità - <i>Cos'è il Triangolo della Salute: un modello per l'umanizzazione e la sostenibilità</i> - Vincenzo La Regina                                                                                                             | 99         |
| Il Sole 24 Ore - <i>La spesa sanitaria privata resta stabile sul Pil. Aiop: nessun rischio di privatizzazione del Ssn</i> - <a href="#">Barbara Gobbi</a>                                                                                      | 102        |
| Il Sole 24 Ore - <i>Un Welfare integrato richiede scelte coraggiose e il superamento del dualismo pubblico-privato</i> - <a href="#">Cesare Damiano</a>                                                                                        | 103        |
| ISTAT – <i>Noi Italia in breve 2025</i>                                                                                                                                                                                                        | 104        |
| Quotidiano sanità - <i>479 centri collaboratori dell'Oms: "Con interruzione finanziamenti salute globale a rischio milioni di vite"</i>                                                                                                        | 109        |
| <b>Liste di attesa</b>                                                                                                                                                                                                                         | <b>111</b> |
| Presidenza del Consiglio – <i>DM Liste di attesa.</i>                                                                                                                                                                                          | 111        |
| Il Sole 24 Ore - <i>Liste d'attesa: il decreto non decolla e 4 milioni di persone rinunciano alle cure (+51%)</i>                                                                                                                              | 113        |
| Quotidiana sanità – <i>Liste di attesa</i> – Luciano Fassari                                                                                                                                                                                   | 115        |
| Quotidiana sanità – <i>Liste d'attesa. Gimbe: "Decreto nel pantano: dopo un anno mancano metà dei sei decreti attuativi. Nel 2024 quasi 6 milioni di persone hanno rinunciato alle prestazioni"</i>                                            | 121        |
| <b>One Health e clima</b>                                                                                                                                                                                                                      | <b>124</b> |
| Euro Health Net - <i>Un appello urgente per una strategia dell'UE su clima e salute</i>                                                                                                                                                        | 124        |
| La Repubblica - <i>Il Mediterraneo è già estremamente caldo, +5 gradi rispetto alla media</i> - <a href="#">Giacomo Talignani</a>                                                                                                              | 126        |
| Quotidiana sanità – <i>Emergenza climatica. "E' anche e soprattutto una crisi sanitaria". Oms Europa crea commissione che produrrà nuove raccomandazioni</i>                                                                                   | 128        |
| Swissinfo.it - <i>Rifugiati climatici, le vittime dimenticate del diritto internazionale</i> - Rachel Barbara Häubi                                                                                                                            | 129        |
| <b>Pandemie in essere e in arrivo</b>                                                                                                                                                                                                          | <b>132</b> |
| Salute Internazionale - <i>Antimicrobico resistenza (Prima parte)</i> - Fabrizio Gemmi                                                                                                                                                         | 132        |
| Salute Internazionale - <i>Antimicrobico resistenza (Seconda parte)</i> - Fabrizio Gemmi                                                                                                                                                       | 135        |
| The Lancet - <i>Cos'è una preossigenazione adeguata?</i> - <a href="#">Nirvik Pal</a> · <a href="mailto:nirvik.pal@vcuhealth.org">nirvik.pal@vcuhealth.org</a> · <a href="#">Bryant W Tran</a>                                                 | 139        |
| WHO – <i>Implementation Guidance on Transitioning to midwifery models of care</i> -                                                                                                                                                            | 140        |
| La Repubblica - <i>In Italia sempre meno figli, Blangiardo: «I nati stranieri non sono la soluzione al problema delle culle vuote»</i> - <a href="#">Alessandra Ricciardi</a>                                                                  | 142        |
| OECD – <i>What worked well in social protection during the Covid-19 pandemic.</i>                                                                                                                                                              | 144        |
| Il Sole 24 Ore - <i>Car-T pubbliche, tra accesso e sostenibilità: il modello spagnolo e la sfida italiana</i> - <a href="#">Michela Moretti</a>                                                                                                | 148        |
| Quotidiano sanità - <i>Malattie tropicali neglette. Un mld di persone colpite e i tagli agli aiuti pubblici mettono a rischio i progressi. Allarme Oms</i>                                                                                     | 149        |
| La Statale News - <i>Rivelata la genetica del "long Covid"</i>                                                                                                                                                                                 | 150        |
| Nature genetics - <i>Studio di associazione genomica del COVID lungo</i> - <a href="#">Vilma Lammi</a> , <a href="#">T. Nakanishi</a> , e altri                                                                                                | 151        |
| The Lancet - <i>Il consorzio del genoma dell'ASEAN: promuovere una medicina di precisione equa attraverso la solidarietà regionale</i> - <a href="#">Teguh Haryo Sasongko</a> · <a href="#">Gunadi</a> · <a href="#">Boon Peng Hoh</a> e altri | 155        |
| The Lancet - <i>La salute sul lavoro nell'era del cambiamento climatico e della transizione verde: un invito alla ricerca</i> - <a href="#">Michelle C. Turner</a> , <a href="#">Xavier Basagaña</a>                                           | 156        |
| <b>PNRR e sua implementazione</b>                                                                                                                                                                                                              | <b>166</b> |
| Quotidiano sanità - <i>PNRR. Risoluzione Parlamento europeo punta a estendere i finanziamenti oltre il 2026 per garantire il completamento degli investimenti chiave</i>                                                                       | 166        |
| <b>L'ospedale che cambia</b>                                                                                                                                                                                                                   | <b>167</b> |
| La Repubblica - <i>Chiudono i pronto soccorso: 115 in meno in 12 anni</i>                                                                                                                                                                      | 167        |
| Il Sole 24 Ore - <i>Medici gettonisti in via di esaurimento e ferie in arrivo: per l'estate è già allarme in pronto soccorso</i> - <a href="#">Marzio Bartoloni</a>                                                                            | 168        |
| <b>Medicina territoriale</b>                                                                                                                                                                                                                   | <b>170</b> |
| Quotidiano sanità - <i>Due medici a Dublino</i> - Ornella Mancin, Laura Viotto                                                                                                                                                                 | 170        |
| Medicina Generale - UK                                                                                                                                                                                                                         | 171        |
| Royal College of General Practitioners - <i>Principi di partnership tra medici di base</i> - Maggio 2025                                                                                                                                       | 173        |
| Quotidiano sanità - <i>La colata piroclastica inarrestabile</i> - Bruno Agnetti                                                                                                                                                                | 180        |
| Il Sole 24 Ore - <i>La telemedicina avanza in farmacia: 5mila urgenze cardiache scoperte grazie all'Ecg o all'holter sotto casa</i> - <a href="#">Marzio Bartoloni</a>                                                                         | 181        |
| <b>Digitalizzazione</b>                                                                                                                                                                                                                        | <b>183</b> |
| GIAM – <i>Informatica Medica Telemedicina, IA</i>                                                                                                                                                                                              | 183        |

|                                                                                                                                                                                     |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Correre della sera - « <i>Stay hungry, stay foolish</i> »: il discorso di Steve Jobs ha 20 anni fa. La nuova versione in Hd, i segreti su come fu scritto                           | 184        |
| Quotidiano sanità - Cervello e Chat-GPT: rischio di un “debito cognitivo”? Lucio Romano                                                                                             | 185        |
| Il Sole 24 Ore - Intelligenza artificiale, preoccupa nei posti di lavoro ma piace in Sanità: «Migliora le cure e taglia la burocrazia» - <a href="#">Marzio Bartoloni</a>           | 187        |
| Msm - ChatGPT fa male al cervello? I sorprendenti risultati di uno studio del MIT di Boston sul «debito cognitivo»<br>Federico Fubini                                               | 188        |
| Fisco Equo - Big tech in confusione: in perdita per le politiche di Trump contro la Cina sperano in “the Donald” per rimanere fuori da ogni regolamentazione fiscale                | 190        |
| <b>Sanità, sociale e Long Term Care</b>                                                                                                                                             | <b>192</b> |
| The Lancet - Risultati sulla salute e determinanti psicosociali nei giovani caregivers: una revisione sistematica Aoife Bowman Grangel, Jennifer McMahon e altri ,                  | 192        |
| Il Sole 24 Ore - Anziani fragili, gli esperti lanciano l’allarme: riforma nell’impasse ma in 10 mln l’aspettano- <a href="#">Barbara Gobbi</a>                                      | 195        |
| Quotidiano sanità - Anziani. In Italia 3 over 65 su 10 hanno una fragilità o una disabilità, uno su 4 ha un problema sensoriale. I dati della sorveglianza Passi d’Argento dell’Iss | 196        |
| Quotidiano sanità - Salute mentale. In Europa la situazione è allarmante una persona su 6 soffre di un disturbo, ma una su 3 non riceve cure adeguate                               | 199        |
| Scienza in rete - Fine vita: te la do io la legge - Eva Benelli                                                                                                                     | 200        |
| SOS Sanità.it – La maggioranza delle Regioni non spende i fondi per la prevenzione – Franco Pesaresi                                                                                | 201        |
| SOS Sanità.it – La gestione associata dei servizi sociali. Le forme e gli incentivi – Franco Pesaresi                                                                               | 204        |
| <b>Nursing</b>                                                                                                                                                                      | <b>212</b> |
| Quotidiano sanità - Nursing Action”: in Europa si lavora per trattenere la forza lavoro e rafforzare la sanità pubblica                                                             | 212        |
| FNOPi - Decreto attuativo sull’accesso a Medicina, FNOPi: “Necessaria interlocuzione per garantire la qualità della formazione in Infermieristica                                   | 213        |
| Quotidiano sanità - Un PDTA per la gestione della fragilità biopsicosociale a livello territoriale - Giuseppe Liotta, Ferdinando Romano e Maddalena Illario                         | 214        |
| Quotidiano sanità - Percorso nascita. Oms: “Necessario implementare e diffondere modelli di assistenza ostetrica in tutto il mondo”. Pubblicate le nuove Linee Guida                | 216        |
| <b>Economia e sanità</b>                                                                                                                                                            | <b>218</b> |
| Il Sole 24 Ore - UBS: ricchezza globale in crescita. In Italia ci sono poco più di 1,3 milioni di milionari                                                                         | 218        |
| Milano Finanza - UBS: ricchezza globale in crescita. In Italia ci sono poco più di 1,3 milioni di milionari                                                                         | 219        |
| UPB – Nota sulla congiuntura 2025                                                                                                                                                   | 221        |
| UPB - Audizione sulla riforma dell’Irpef e altri aspetti del sistema tributario                                                                                                     | 224        |



quotidianosanità.it

### Salute, sanità e comunità

**Silvia Scelsi**, *Presidente Nazionale ASQUAS, Presidente ANIARTI, Responsabile Professioni Sanitarie Istituto "Gaslini", Genova,*

**Giorgio Banchieri**, *Segretario Nazionale ASQUAS, Docente DiSSE, Università "Sapienza", Roma*

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

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

*Sanità e salute, talvolta, vengono utilizzate nel gergo comune come sinonimo mentre, benché legate l'una con l'altra, sono due concetti ben distinti con differenze significative. La principale? La salute esiste per definizione da quando c'è l'uomo proprio perché insita nel concetto di umanità. La nascita della sanità, intesa come sistema sanitario organizzato e diffuso sul territorio, è avvenuta a cavallo tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento, dunque da poco più di un secolo*

**16 giugno 2025**

#### **Dalla malattia alla salute della persona: un cambiamento di paradigma**

Nell'antichità, malattia e salute erano concetti quasi sovrapposti. Con la nascita della medicina moderna e dei sistemi sanitari, l'attenzione si è focalizzata sulla diagnosi e cura delle singole patologie, un modello efficace finché la vita media era breve e le malattie si manifestavano in forma acuta.

Oggi, l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle cronicità e delle pluri patologie rendono obsoleto questo approccio. Come affermato da Mary Tinetti nel celebre articolo del 2004 "The End of the Disease Era", il paradigma centrato sulla singola malattia è "anacronistico se non dannoso", perché ignora comorbidità, fattori psicosociali e culturali, e le priorità individuali dei pazienti – specie anziani – che spesso privilegiano la qualità della vita rispetto alla sua durata.

Ne deriva che la persona non può essere valutata solo per la presenza di malattia o la perdita di funzione. Serve un approccio capace di affrontare la complessità, tanto nell'anziano quanto nei giovani affetti da disturbi del neuro sviluppo, come DAI, DNA o sindromi dello spettro autistico. La salute dipende anche dal contesto di vita, dalle relazioni, dall'ambiente e dal lavoro: è il risultato dell'ecosistema in cui la persona è immersa.

L'OMS già nel 1948 definiva la salute come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplice assenza di malattia".

Nel 2011 ha aggiornato la definizione come "capacità di adattamento e di autogestione di fronte alle sfide fisiche, sociali ed emotive", riconoscendo la convivenza con la malattia e la valorizzazione delle capacità residue, aprendo così al concetto di "salute possibile".

La salute oggi si misura anche su scala collettiva: aspettativa di vita, stili di vita, condizioni socio-economiche, patrimonio genetico, cultura, ambiente e qualità dei servizi sanitari. Fondamentale è l'atteggiamento individuale verso la prevenzione.

E la sanità? Charles-Edward Winslow (MIT, 1915) la definiva già nel 1920 come la "scienza e arte di prevenire le malattie, prolungare la vita e promuovere la salute", attraverso sforzi collettivi per migliorare l'ambiente, controllare le infezioni, promuovere l'igiene personale, organizzare i servizi sanitari e garantire condizioni di vita adeguate a tutti i membri della comunità.

## **Il concetto di salute e la sua evoluzione**

Nel tempo, il concetto di salute si è evoluto: oggi si riferisce non solo allo stato individuale, ma anche alle condizioni generali di salute di una popolazione o comunità in un dato periodo. Per misurarla si utilizzano indicatori come l'aspettativa di vita – in cui l'Italia è seconda al mondo dopo la Spagna – e le sue principali determinanti: stile di vita, condizioni socio-economiche, patrimonio genetico, cultura, ambiente e qualità dei servizi sanitari. A fare la differenza è soprattutto l'atteggiamento verso la prevenzione, sia primaria che secondaria, anche se una parte resta legata a fattori imprevedibili.

## **Sanità: una definizione ancora attuale**

Per comprendere il significato di sanità, è utile richiamare la definizione di Charles-Edward Winslow, accademico dell'MIT e fondatore del Dipartimento di Sanità Pubblica a Yale nel 1915. Nel 1920 scriveva: "La sanità pubblica è la scienza e l'arte di prevenire le malattie, prolungare la vita e promuovere la salute fisica e mentale ed efficienza, attraverso sforzi organizzati della comunità." Questi sforzi comprendono: il miglioramento delle condizioni igieniche, il controllo delle infezioni, l'educazione all'igiene personale, l'organizzazione dei servizi sanitari per la diagnosi precoce e la prevenzione, e la creazione di condizioni sociali che garantiscano a tutti uno standard di vita sufficiente a mantenere la salute.

## **Che cos'è la sanità oggi?**

Oggi, per "sanità" si intende l'insieme delle regole, delle risorse umane, strutturali e tecnologiche organizzate per tutelare la salute delle persone. Il funzionamento di un sistema sanitario viene solitamente misurato secondo tre dimensioni:

- la struttura: numero di operatori, servizi, tecnologie e strutture disponibili;
- le attività: ad esempio il tasso di ospedalizzazione o il volume di prestazioni erogate;
- la spesa: calcolata in termini pro-capite e come percentuale del PIL.

In tutti i Paesi industrializzati, la sanità rappresenta uno dei settori più complessi: coinvolge ingenti risorse economiche, milioni di persone – tra professionisti, pazienti e stakeholder – ed è profondamente influenzata da fattori culturali, politici ed etici.

## **Sanità e salute: un rapporto da chiarire**

Sanità e salute sono concetti strettamente connessi, ma non sovrapponibili. Se è vero che un sistema sanitario efficiente può incidere positivamente sullo stato di salute di una popolazione, è altrettanto vero che quest'ultimo dipende in larga parte da determinanti esterni al sistema sanitario stesso: condizioni socio-economiche, ambiente, istruzione, reti di relazione, stili di vita, fattori genetici.

Negli ultimi anni, l'equilibrio tra domanda di cure e capacità dei sistemi sanitari è stato messo alla prova da due dinamiche strutturali: da un lato le restrizioni di bilancio pubblico (in particolare nei Paesi con sistemi sanitari a prevalente finanziamento statale, come l'Italia), dall'altro il progressivo invecchiamento della popolazione, che comporta un aumento della domanda di assistenza sanitaria e sociosanitaria.

## **La salute come "ecosistema"**

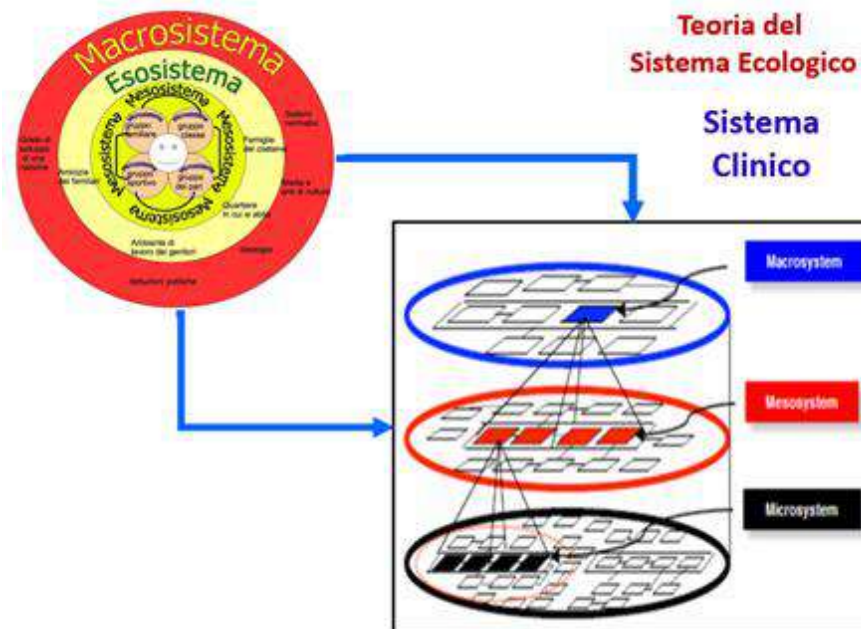
Il tema relativo alla salute degli ecosistemi risulta di notevole importanza e pare essere in grado di fornire diverse spiegazioni circa i prerequisiti ed i determinanti della salute. Potremmo descrivere un ecosistema come "*un'unità funzionale naturale che combina comunità biotiche ed abiotiche interagenti*".

Per essere in salute questo sistema deve essere caratterizzato almeno da tre componenti: vigore, resilienza ed organizzazione. In altri termini, un ecosistema in salute è una componente sostenibile della biosfera che è in grado di mantenere nel corso del tempo la sua struttura (*organizzazione*) e la sua funzionalità (*vigore*) a dispetto di sollecitazioni esterne (*resilienza*).

Ovviamente è complicato misurare la "*salute*" di un ecosistema. Diversi Autori hanno elaborato il concetto di *Ecosystem Distress Syndrome* (Rapport e Odum), una sindrome che include diversi disturbi quali alterazione nella composizione biotica e nei flussi d'energia, perdita di biodiversità e di nutrienti e, più in generale, perdita d'equilibrio tra gli elementi dell'ecosistema.

Applicando questa definizione agli ecosistemi, è agevole riconoscere in molte condizioni di degrado una patologia dell'ecosistema, pronta a sua volta a degenerare in un problema di salute per l'uomo. In questo schema, sottolineano diversi studiosi, sono implicate anche le attività umane, alcune delle quali danneggiano l'ecosistema influenzando negativamente sulle relazioni psico-sociologiche, fisiologiche, culturali ed economiche che legano l'uomo stesso al proprio ambiente.

Tra queste attività quella che attualmente genera una maggior "tensione" nel sistema è l'attività mineraria ed estrattiva che produce ripercussioni su vaste aree geografiche con effetti nocivi per la salute stessa dell'uomo.



L'“ecosistema” salute può essere letto in base ad un approccio “olistico” come suddivisibile in tre livelli: “macro”: le decisioni da parte degli stakeholder istituzionali; quello “meso”: il livello delle decisioni di holding regionali e aziendali; quello “micro”: il rapporto tra operatori sanitari, sociosanitari e sociali e persone.



### One Health: salute condivisa tra persone, animali e ambiente

“One Health” è un approccio innovativo che riconosce l’interconnessione profonda tra la salute umana, animale e dell’ambiente. Nato dalla collaborazione tra OMS, FAO, WOAHA e UNEP, è oggi un punto di riferimento globale per affrontare sfide complesse come le zoonosi, la resistenza agli antibiotici, la sicurezza alimentare e i cambiamenti climatici.

L’idea è semplice e potente: per proteggere la salute delle persone serve anche prendersi cura degli animali e degli ecosistemi. Questo implica lavorare insieme – medici, veterinari, ecologi, enti pubblici – superando le barriere tra discipline e istituzioni

Anche in Europa e in Italia si stanno facendo passi avanti. L’EFSA, insieme ad altre agenzie europee, promuove valutazioni integrate dei rischi e una rete di collaborazione tra sanità umana, animale e ambientale. Nel 2024 l’UE ha lanciato un Quadro d’azione congiunto per rafforzare prevenzione, comunicazione e ricerca. In Italia è stato istituito un Dipartimento “One Health” presso il Ministero della Salute. “One Health” non è solo una strategia globale: è un invito concreto a costruire **salute sostenibile** e **prevenzione efficace**, a partire dai territori, dalle comunità e da chi lavora ogni giorno per il benessere collettivo.

### Sistema Sanitario e Servizio Sanitario Nazionale

E’ utile evidenziare le differenze tra altri due concetti e cioè tra Sistema Sanitario e Servizio Sanitario Nazionale. Il primo è l’insieme degli elementi che costituiscono e caratterizzano l’organizzazione sanitaria di un Paese (indipendentemente dal modello adottato). Il secondo, invece, è un particolare modello sanitario in cui lo Stato si occupa (integralmente o in parte) di gestire e regolamentare gli aspetti della sanità. È il caso, per esempio, di Italia, Spagna e Regno Unito.

Più in generale, nella sanità ci sono due tipi di modelli: quello *solidaristico* (più diffuso in Europa) e quello *individualistico* (spesso identificato con gli Stati Uniti). In quest’ultimo ogni cittadino è libero di scegliere a quale struttura sanitaria rivolgersi in caso di necessità e secondo le proprie risorse economiche. Nel modello solidaristico, invece, ciascun cittadino è chiamato a pagare una tassa allo Stato, indipendentemente dalla frequenza e dall’entità delle prestazioni che riceve, e gli viene garantita un’assistenza sanitaria pubblica che, solo in taluni casi, coincide con il Servizio Sanitario Nazionale, ma può coinvolgere strutture private “*accreditate*” o altre presenze “*convenzionate*” con Assicurazioni e Mutue.

Gran parte dei Paesi OECD dalla fine degli anni '90 si sono orientati a un approccio integrato alla produzione della salute, in un’accezione d’insieme delle politiche del welfare per il mantenimento dello stato di benessere psicofisico dei cittadini.

Con il “*New Paradigm of Health Care*” (OECD, 1999) si afferma una svolta culturale nella concezione dei sistemi sanitari: la prevenzione assume un ruolo primario rispetto al trattamento, l’assistenza (*care*) viene privilegiata rispetto alla sola cura (*cure*), e si riconosce la necessità di politiche integrate e coordinate tra tutti gli attori – pubblici, privati e del terzo settore. I sistemi sanitari e le aziende che li compongono sono chiamati a rendere conto non solo dei risultati clinici, ma anche del valore sociale prodotto per le comunità che ne affidano il mandato. Questo nuovo approccio riflette il più ampio passaggio da un modello di welfare centralizzato a un sistema fondato sul “welfare di comunità federate”, dove la salute non è più solo una responsabilità istituzionale, ma un bene condiviso, costruito insieme ai cittadini e agli attori del territorio. In questo scenario, si consolidano due concetti chiave: **autonomia**, intesa come capacità delle persone e delle comunità di partecipare attivamente alla costruzione del proprio benessere; e **sussidiarietà**, come principio guida per la cooperazione tra livelli di governo e società civile nella risposta ai bisogni complessi.

### La relazione di cura: una questione di persone e comunità

Prendersi cura non è solo una questione clinica. È un incontro tra persone, dove il sapere del medico si intreccia con l’esperienza di vita del paziente e della sua famiglia. In questo dialogo – che è continuo, reciproco e umano – si costruisce una vera **relazione di cura**, fatta di ascolto, fiducia e scelte condivise.

Parlare oggi di **assistenza centrata sulla persona** significa mettere al centro i valori, i bisogni e le preferenze di chi vive una condizione di malattia. Ma anche aiutarlo – insieme ai suoi familiari o caregiver – a orientarsi, scegliere consapevolmente, accedere alle cure giuste e, se serve, cambiare abitudini per stare meglio.

Questo approccio non è solo etico, è anche efficace: comunicare bene con i pazienti migliora la qualità della vita, allunga la sopravvivenza, evita cure inutili e contribuisce a ridurre le disuguaglianze. Ma perché funzioni davvero, serve un contesto favorevole: **una comunità che si prende cura**.

Una comunità è viva quando i cittadini partecipano, si attivano, collaborano per affrontare i bisogni comuni. Quando c'è **empowerment**, le persone diventano protagoniste della propria salute: conoscono meglio la loro condizione, capiscono le opzioni di cura, prendono decisioni informate e adottano comportamenti coerenti. Perché ciò accada, anche il linguaggio e le competenze contano. I cittadini devono essere messi in grado di capire le informazioni sanitarie, di valutarle e usarle. Questo è ciò che chiamiamo **alfabetizzazione sanitaria**. Allo stesso tempo, i professionisti devono saper comunicare in modo semplice, chiaro, rispettoso.

In questo equilibrio tra sapere e comprensione, tra professionisti preparati e cittadini consapevoli, nasce una **cura** che funziona davvero. E quando tutto questo accade dentro una comunità attenta e inclusiva, allora la relazione di cura non resta un fatto individuale: diventa una responsabilità collettiva.

### **Partire dalle esperienze**

In Europa, l'iniziativa *Social Prescribing-EU* e diversi programmi nazionali stanno promuovendo la prescrizione sociale. Il progetto *Social Prescribing-EU* promuove la prescrizione sociale per migliorare l'accesso ai servizi sanitari e assistenziali per le popolazioni vulnerabili. Abbiamo registrato esperienze, insieme ai colleghi del WHO EU in Inghilterra (Frome e altre), in Scozia, nelle Fiandre in Belgio, in Olanda, in Spagna e in Finlandia e anche in Islanda, tutte basate su la centralità della persona, la prevenzione l'inclusione sociale e l'integrazione nelle comunità. Ormai la "*prescrizione sociale*" è riconosciuta a livello internazionale come un elemento chiave per migliorare la salute e il benessere delle persone. Anche nel nostro Paese si stanno sviluppando diverse esperienze di "*social prescription*", "*inclusione sociale*" e integrazione nelle comunità.

Abbiamo raccolto decine di progetti sviluppati da Regioni, ASL, Comuni e loro articolazioni, Associazioni di malati e di cittadini, Cooperative sociali, Terzo Settore aggregabili per macro aree tematiche quali:

- le comunità come antidoto alla solitudine;
- intercettare la solitudine di giovane e anziani;
- ripensare la centralità della persona attraverso l'approccio One Health;
- digitalizzazione e IA a supporto della persona e delle comunità.

Ogni realtà ha le sue specificità e caratteristiche che sono una ricchezza del tessuto sociale dei nostri territori. 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.

### **Considerazioni conclusive e proposta di incontro**

Tutte queste esperienze non sono però ancora oggetto di confronto e di valutazione condivisi tra operatori di contesti diversi e rischiano di restare circoscritte nelle loro realtà locali. E' per questo motivo che si è avviato un progetto di rete denominato "*Le comunità come alternativa alla solitudine e per supportare la salute*", che vede coinvolte organizzazioni datoriali delle imprese sanitarie, singole Asl e AO, associazioni di volontariato, Enti del Terzo Settore, cooperative sociali, società scientifiche e associazioni professionali per avviare un confronto tra i protagonisti delle esperienze italiane, con anche il contributo tramite WHO EU e WONCA EU di esperienze internazionali. L'obiettivo è quello di trovare convergenze sulla progettazione e la gestione delle esperienze in essere, la loro valutazione e validazione, la loro diffusione nei territori. Questo vuole essere un percorso condiviso che porti anche alla individuazione di raccomandazioni utili per chi vuole impegnarsi su questi temi.

## Riferimenti bibliografici

1. Mary Tinetti. The End of the Disease Era. The American Journal of Medicine, 2004.
2. Giuseppe Armocida. Storia della medicina. Jaca Book, 1993.
3. Giancarlo Signore. Storia della Farmacia. Edra Masson, 2013.
4. Claude Lévi-Strauss. Antropologia strutturale. Trad. Paolo Caruso, Il Saggiatore, Milano, 1966 (ed. orig. 1958).
5. International Journal of Applied Sociology, 2012, 2(6): 71–77. DOI: 10.5923/j.ijas.20120206.03.
6. Mauro Niero. Qualità della vita e della salute. Strategie di analisi e strumenti di misurazione. Franco Angeli, Milano.
7. Glossario O.M.S. della Promozione della Salute, 1998 – Health Promotion Glossary.
8. Carta di Ottawa per la promozione della salute, 1986. Su [azioniperunavitainasalute.it](http://azioniperunavitainasalute.it) (consultato il 23 marzo 2019).
9. Documenti OMS sulla strategia della Salute per Tutti. Su [ppsmodena.it](http://ppsmodena.it) (consultato il 23 marzo 2019).
10. WHO, FAO, WOA, UNEP. One Health Joint Plan of Action (2022–2026). Disponibile su: <https://www.fao.org/one-health>
11. One Health High-Level Expert Panel (OHHLEP). Annual Report 2021.
12. European Food Safety Authority (EFSA). One Health in Action: How EU agencies are tackling environmental and public health together. Video e comunicati, maggio 2024.
13. New Paradigm of Health Care. OECD, 1999.
14. Giorgio Banchieri, Laura Franceschetti. L'approccio "One Health" e le policy per la sua gestione. Quotidiano Sanità, 2024.
15. Giorgio Banchieri, Laura Franceschetti, Andrea Vannucci. Nuovi approcci per sviluppare politiche integrate di One Health. Quotidiano Sanità, 2024.
16. Giorgio Banchieri, Luigi Bertinato, Laura Franceschetti, Andrea Vannucci. One Health. Come una strategia globale può essere messa in atto in un sistema sanitario gestito da realtà geodemografiche limitate. Quotidiano Sanità, 2024.
17. Giorgio Banchieri, Laura Franceschetti, Andrea Vannucci. One Health, salute e clima: cosa è cambiato e cosa cambierà. Quotidiano Sanità, 2024.
18. Rita Longo, Marina Penasso, Claudio Tortone. L'arte e la cultura hanno un impatto positivo sulla salute e il benessere della popolazione: il Report dell'University College di Londra. Su Dors.it, 19 dicembre 2023.
19. Rapport, D.J. & Odum, E.P. (1986). Ecosystem Health: New Goals for Environmental Management. Environmental Management, Springer.
20. Kickbusch, I. (2006). Health literacy: engaging in a political debate. International Journal of Public Health.

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=130318](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=130318)

## Per una volta chiediamoci perché le case della comunità da qualche parte funzionano?

Claudio Maria Maffei

16 GIU -

*Gentile direttore,*

la lettura di un bell'articolo di Maurizio Bonati sull'ultimo numero di Ricerca e Pratica ([La casa della felicità, della libertà... della comunità](#)) mi ha stimolato alcune riflessioni che partono ancora una volta dai [dati dell'ultimo monitoraggio dell'Agenas sullo stato di avanzamento nelle Regioni del DM 77](#), dati impietosi con solo il 3% delle Case della Comunità (CdC) dotate di tutti i servizi e con una presenza continuativa di medici e infermieri come previsto dal DM 77 per le case della comunità hub e quelle spoke.

È evidente in quel monitoraggio il grosso divario tra l'Emilia-Romagna e tutte le altre Regioni con le sue 164 CdC operative, anche se a un diverso livello, sulle 177 previste.

Anziché chiederci perché altrove non funzionano proviamo per una volta a chiederci perché in questa Regione invece funzionano.

La risposta la troviamo nel sito stesso della Regione in cui leggiamo come [le Cdc siano state la naturale evoluzione delle Case della salute](#) e [come e quando sono nate in quella Regione le Case della Salute](#). Le [prime indicazioni regionali risalgono al 2010](#) e questa è la prima frase con cui esse iniziano: "I sistemi sanitari dovranno affrontare, nei prossimi anni, scenari sempre più caratterizzati da un divario tra risorse disponibili e domanda di salute, destinata a crescere a causa dell'allungamento dell'aspettativa di vita e della maggior incidenza di patologie croniche."

Poi la evoluzione delle Case della Salute è stata in Emilia-Romagna accompagnata da ulteriori documenti di indirizzo, come quello del 2016 per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa, e da progetti formativi come [quello relativo alla formazione professionale](#).

In sostanza la Regione Emilia-Romagna ha anticipato con quelle tre prime righe riprese sopra la realizzazione delle indicazioni del [Piano Nazionale della Cronicità del 2016](#), come aveva del resto anticipato molte delle indicazioni del DM 70 del 2015 sul riordino delle reti ospedaliere, avviato in Emilia-Romagna sin dal Piano Sanitario Regionale 1999-2001, approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 1235 del 22 settembre 1999. In questa stessa Regione i Distretti sono forti, così come è forte la integrazione degli interventi nell'area sociale, sociosanitaria e sanitaria, supportata storicamente dai Piani di zona distrettuali.

Poi anche lì i problemi ci saranno, ma siamo comunque dentro un percorso ragionevolmente consolidato.

Nascono spontanee due domande: è necessario un Decreto per far nascere le Case della Comunità?

E poi, basta un Decreto per far nascere le Case della Comunità?

O più in generale: servono e/o bastano i Decreti per introdurre le innovazioni organizzative più significative in un sistema sanitario regionale? Il discorso fatto per le Case delle Comunità e il riordino delle reti ospedaliere valgono anche per le reti cliniche, i PDTA (o come li si vuole chiamare), gli infermieri di famiglia, le ambulanze con i soli infermieri, le forme intelligenti di task shifting, la introduzione della telemedicina, i centri per la gestione delle urgenze con i codici minori, la gestione sociale delle demenze, la oncologia di prossimità, la cultura della assistenza al fine vita e così via.

**Dove i sistemi sono maturi non servono i decreti o i piani nazionali (come quello Demenze) e dove non lo sono i decreti non bastano.**

Per far funzionare il Chronic care model e quindi le Case della Comunità serve una politica matura, una cultura di sanità pubblica che fiorisca diffusa quasi in modo spontaneo (compresi Università e Ordini professionali) e che sia condivisa coi cittadini.

Dove queste condizioni non esistono vanno create progressivamente anche attraverso i Decreti che però vanno contestualizzati, applicati con il sostegno di iniziative formative e monitorati con un approccio di sistema e quindi facendo in modo che il territorio cresca perché l'ospedale diminuisce e facendo in modo di far aumentare la *public health literacy* (e quindi la competenza sui temi della sanità pubblica) a tutti i livelli e in tutti gli ambienti (politica e media compresi). Poco di tutto questo è stato fatto nella stragrande

maggioranza delle Regioni e questo spiega ritardi e vuoti in queste stesse Regioni, a partire dalla mia (le Marche).

PS Non ho interessi né legami familiari con l'Emilia-Romagna. Mia mamma è nata in un Comune (Castel delci) poi passato con un referendum dalle Marche alla Emilia-Romagna, ma per me quel territorio è ancora e sempre sarà un pezzo della Regione Marche.

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=130319](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=130319)





## OPEN ACCESS

EDITED BY  
Giulio Nittari,  
University of Camerino, ItalyREVIEWED BY  
Vincenzo Marcotrigiano,  
Azienda Sanitaria Locale BT della Provincia di  
Barietta-Andria-Trani - Dipartimento di  
Prevenzione, Italy  
Mostafa Javanian,  
Babol University of Medical Sciences, Iran  
Demetris Savva,  
Nicosia General Hospital, Cyprus\*CORRESPONDENCE  
Maria Piane  
✉ maria.piane@uniroma1.it\*These authors have contributed equally to  
this work.RECEIVED 12 November 2023  
ACCEPTED 29 May 2025  
PUBLISHED 16 June 2025CITATION  
Caroselli S, Roselli M, Germani A, Fabiani M,  
Micolonghi C, Visco V, Raffa S, Mancini R,  
Petrucchi S, Cardone A, Rossi O, Banchieri G,  
Napoli C and Piane M (2025) The Italian  
public health response during the pandemic  
emergency: from qualitative data to the  
"performance index" of care provided by  
Spoleto Hospital.  
Front. Public Health 13:1337375.  
doi: 10.3389/fpubh.2025.1337375COPYRIGHT  
© 2025 Caroselli, Roselli, Germani, Fabiani,  
Micolonghi, Visco, Raffa, Mancini, Petrucci,  
Cardone, Rossi, Banchieri, Napoli and Piane.  
This is an open-access article distributed  
under the terms of the [Creative Commons  
Attribution License \(CC BY\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/). The use,  
distribution or reproduction in other forums is  
permitted, provided the original author(s) and  
the copyright owner(s) are credited and that  
the original publication in this journal is cited,  
in accordance with accepted academic  
practice. No use, distribution or reproduction  
is permitted which does not comply with  
these terms.

# The Italian public health response during the pandemic emergency: from qualitative data to the "performance index" of care provided by Spoleto Hospital

Silvia Caroselli<sup>1,2†</sup>, Martina Roselli<sup>3†</sup>, Aldo Germani<sup>4</sup>,  
Marco Fabiani<sup>1,5</sup>, Caterina Micolonghi<sup>1</sup>, Vincenzo Visco<sup>4,6</sup>,  
Salvatore Raffa<sup>4,6</sup>, Rita Mancini<sup>4,6</sup>, Simona Petrucci<sup>4,6</sup>,  
Alexander Cardone<sup>3</sup>, Orietta Rossi<sup>3</sup>, Giorgio Banchieri<sup>7,8</sup>,  
Christian Napoli<sup>5,9</sup> and Maria Piane<sup>4,6\*</sup><sup>1</sup>Department of Experimental Medicine, Sapienza University of Rome, Rome, Italy, <sup>2</sup>Juno Genetics, Reproductive Genetics, Rome, Italy, <sup>3</sup>San Matteo degli Infermi Hospital of Spoleto, Spoleto, Italy, <sup>4</sup>Department of Clinical and Molecular Medicine, Sapienza University of Rome, Rome, Italy, <sup>5</sup>ALTAMEDICA, Human Genetics, Rome, Italy, <sup>6</sup>San'Andrea University Hospital, Rome, Italy, <sup>7</sup>Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale (ASQUAS), Largo Konrad, Adenauer 1/B, Rome, Italy, <sup>8</sup>DISSE, Department of Economic and Social Sciences, Sapienza University of Rome and LUISS Business School, Rome, Italy, <sup>9</sup>Department of Medical Surgical Sciences and Translational Medicine, Sapienza University of Rome, Rome, Italy

**Background:** The public health emergency was one of the most severe consequences of the COVID-19 pandemic outbreak, which occurred in successive waves since March 2020. In this scenario, the Hospital of Spoleto "San Matteo degli Infermi" (located in the Umbria region, Italy) became a COVID-19 referral center and therefore had to make organizational changes. This study aims to evaluate the quality of care provided during the pandemic and to explore what the hospital management should focus on.

**Methods:** An online survey related to ten topics across the five pandemic waves that took place in Italy from March 2020 to February 2022, was administered to the hospital unit referents. The qualitative responses collected were analyzed quantitatively using a recognized tool, called "Streetlight Priority Swot" (SPRIS) system and based on a new and multilevel "strengths, weaknesses, opportunities, threats" (SWOT) matrix.

**Results:** It was highlighted that the demand for continuity of care for patients and an increase in personal protective equipment were the issues that should have been the focus of the intervention after the first wave. Taking this into account, an improvement in performance was observed in the subsequent waves. Therefore, the results described a more than good quality of care provided among the hospital units, although with the need to improve the orthopedic services, emerged as the most critical area.

**Limitations, reasons for caution:** Due to practical limitations, the study population was limited to the hospital unit referents. Future broader surveys may enrich the information from the hospital experience. The SPRIS system uses a general-to-specific approach which can lead to a complex outcome assessment. However, careful and continuous application supports the analytical validity and utility of this method.

**Conclusion:** The analysis based on the SPRIS system showed the effective response of Spoleto Hospital after the first sudden wave for the following four pandemic waves, driven by the implementation of safety measures. The perspective adopted and the scenario tested can be seen as a starting point for an educational tool to monitor and evaluate health management strategies during emergency periods.

#### KEYWORDS

COVID-19, SWOT analysis, healthcare management, Streetlight Priority Swot system (SPRIS), priority score, performance index

## 1 Introduction

The SARS-CoV-2-related disease has negatively impacted our society in all its spheres, without precedent in contemporary history (1, 2). It was first reported at the end of December 2019, during an outbreak that emerged in China and rapidly spread around the world (3). On 30th January 2020, the World Health Organization (WHO) declared the COVID-19 outbreak as a public emergency of international concern (4) and as a pandemic on 11th March 2020, alerting all countries to immediate notice and action (5). In Italy, the COVID-19 pandemic occurred from late February to early March 2020 (6), resulting in subsequent up and down periods (waves) in the number of cases (i.e., time-points of spread and containment of infections, respectively) (7, 8). To date, the global impact of the pandemic has been profound, with over 770 million confirmed cases and more than 7 million deaths reported worldwide, including over 26.9 million cases and approximately 198,638 deaths in Italy (9). At the beginning of the pandemic, five waves have been distinguished (10, 11): (i) March – June 2020; (ii) October 2020 – January 2021; (iii) February – June 2021; (iv) July – October 2021; (v) November 2021 – March 2022. During this period, the pandemic crisis particularly strained the Italian National Health System (I-NHS) at several levels and proved one of the most demanding challenges it ever faced (12). The spread of the pandemic caused prolonged periods of stress and high emotional load on human resources. All of this also affected the health status and the psycho-physical well-being of healthcare workers through extended working hours and continuous exposure to the virus (13, 14). In terms of health-care resources, the growing demand for COVID-19 treatment exceeded “normal” emergency surge capacity, defined as the ability of a hospital to expand care for a sudden dynamic influx of patients. This had to be managed in a short period of time (15), while maintaining the health-care support for non-SARS-CoV-2-related diseases (16). To address this emergency, the I-NHS redesigned its network, resulting in the conversion of hospitals and local health centers. Moreover, structural (e.g., increasing treatment space) and organizational (e.g., cancellation of elective surgeries) changes (17) were made to ensure the well-being of both patients and staff. Several studies assessed the impact of the COVID-19 pandemic on specific areas, such as neuromuscular (18) and chronic liver (19) care units and surgical services (20, 21). Currently, there is a lack of evidence on how problems were manifested during the COVID-19 pandemic, or what was done to address these challenges at the hospital-care level, as a complex network involving multiple medical facilities. To support this need, the experience of those working in the hospital is a very valuable contribution to the policy-making process. Therefore, gathering this evidence through interviews or survey

results is one of the best ways to evaluate the quality of care and the policy itself (22). Quality of care is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes. To achieve the highest possible quality of care, a framework for improving the ways care is delivered to patients is essential. Therefore, specific tools and methods have been proposed for interpreting the survey results and drawing meaningful conclusions (23). Among these, the SPRIS (Streetlight Priority Swot) system, based on a multilevel “strengths, weaknesses, opportunities, threats” (SWOT) matrix, has recently been developed (24, 25).

Our objectives were to evaluate the quality of health services provided over the first pandemic waves by the hospital of Spoleto “San Matteo degli Infermi” and to highlight the improvement actions needed to respond to the challenges posed by the COVID-19 pandemic. Indeed, this hospital has been converted into a center dedicated to COVID-19 by regional ordinance (26), playing a strategic role in the regional health network and representing an interesting case study.

## 2 Methods

### 2.1 Study setting, design and participants

This observational study was conducted at Spoleto Hospital, which is located in Umbria, a region in central Italy. It is composed of three Organizational Articulations (OA): Inpatient Units, Diagnosis and Care Services and Hospital Polyclinics, respectively divided into 7, 14 and 7 Operational Units (OUs) (Table 1).

The period analyzed runs from February 2020 to March 2022, divided into five pandemic waves, identified in Italy by the *Istituto Superiore di Sanità* (7) and the Italian Department of Civil Protection (8) on the basis of the incidence and prevalence of cases recorded at the national level (10, 11): (i) 27th February 2020 – 28th June 2020; (ii) 1st October 2020 – 2nd February 2021; (iii) 26th February 2021 – 5th July 2021; (iv) 14th July 2021 – 11th October 2021; (v) 23rd October 2021 – 31st March 2022.

From October to November 2022, 28 referents for each OU of Spoleto Hospital were invited to participate in a cross-sectional survey, to obtain a complete snapshot of the experience. As supervisors or coordinators, these referents were also information-rich and more available respondents (27, 28).

#### 2.1.1 Ethical considerations

The study was conducted according to the guidelines of the Declaration of Helsinki and approved by the Institutional Review Board

TABLE 1 Medical facilities enrolled.

| Organizational Articulations (OAs) |                           |           |                                          |           |                                                 |
|------------------------------------|---------------------------|-----------|------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------|
| UOs (OA1)                          | Inpatient units (OA1)     | UOs (OA2) | Diagnosis and care services (OA2)        | UOs (OA3) | Hospital polyclinics (OA3)                      |
| A                                  | General Medicine          | A         | Pathological Anatomy                     | A         | Audiology, Phoniatrics and Ear-nose-throatology |
| B                                  | Oncology-hematology       | B         | Anesthesiology                           | B         | General Surgery                                 |
| C                                  | General Surgery           | C         | Angiology                                | C         | Orthopaedics                                    |
| D                                  | Obstetrics and Gynecology | D         | Cardiology                               | D         | Pediatrics                                      |
| E                                  | Ophthalmology             | E         | Dietetics                                | E         | Hospital Polyclinics                            |
| F                                  | Orthopaedic-Traumatology  | F         | Gastrointestinal Endoscopy               | F         | Accident and Emergency                          |
| G                                  | Reanimation               | G         | Hepatology                               | G         | Pain Therapy                                    |
|                                    |                           | H         | Analysis Laboratory                      |           |                                                 |
|                                    |                           | I         | Nephrology and Dialysis                  |           |                                                 |
|                                    |                           | J         | Neurophysiopathology                     |           |                                                 |
|                                    |                           | K         | Radiology                                |           |                                                 |
|                                    |                           | L         | Radiotherapy                             |           |                                                 |
|                                    |                           | M         | Cardiovascular Rehabilitation            |           |                                                 |
|                                    |                           | N         | Transfusional and Immunological Medicine |           |                                                 |

The Organizational Articulations (OAs) network is subdivided into several Operational Units (OUs). The 28 respondents to the survey are referents of each of the OUs listed in the table with correspondence of their reference alphanumeric identifiers.

(or Ethics Committee) of Sapienza University of Rome, Italy (RIE CE 5773\_2020, Prot. #52SA\_2020, and Prot. #171SA\_2020). We have taken all necessary measures to ensure the anonymity and confidentiality of the participating physicians' data. No personally identifiable information was included in our research and will not be disclosed to third parties. Data has been handled in accordance with art. 13 reg. EU 679/2016 (GDPR). Specifically, on the first page of the questionnaire, the respondents were informed about the purpose of the study and the data policy, after which they gave their informed consent for access.

## 2.2 Survey questionnaire — methodological approach and data collection

The questionnaire was specifically developed based on guidance from government documents, published literature, and best practices (23, 29–31). It provided multiple-choice answers for each query, with a worded rating scale for feedback options: yes, enough, not enough, not at all and “not applicable” if the item was not relevant. Respondents were asked to indicate the qualitative category that comes closest to their position, coding the responses in a more homogeneous manner. Later, these qualitative results were converted into quantitative data using a Likert scale from 4 to 1 (32); excluding responses marked as “not applicable.”

To ensure the scientific appropriateness of the questionnaire prior to its administration, an effective yet concise validation process was implemented (Figure 1). First, the questionnaire was reviewed by domain experts (an epidemiologist and two healthcare executives) to assess the relevance and completeness of the items. Their feedback confirmed that the content covered key areas related to hospital response during the COVID-19 pandemic, thus establishing expert-based content validity. Second, informal face validity was assessed by

piloting the questionnaire with a nurse and a laboratory technician not involved in the study. Their suggestions helped to improve the clarity and readability of some items. Third, internal consistency was evaluated using Cronbach's alpha calculated on the full set of items using IBM SPSS Statistics for Windows (version 19). It reached a value of 0.917, indicating excellent internal consistency reliability. The standardized item alpha was 0.913, further confirming that the items provided highly consistent responses across subjects.

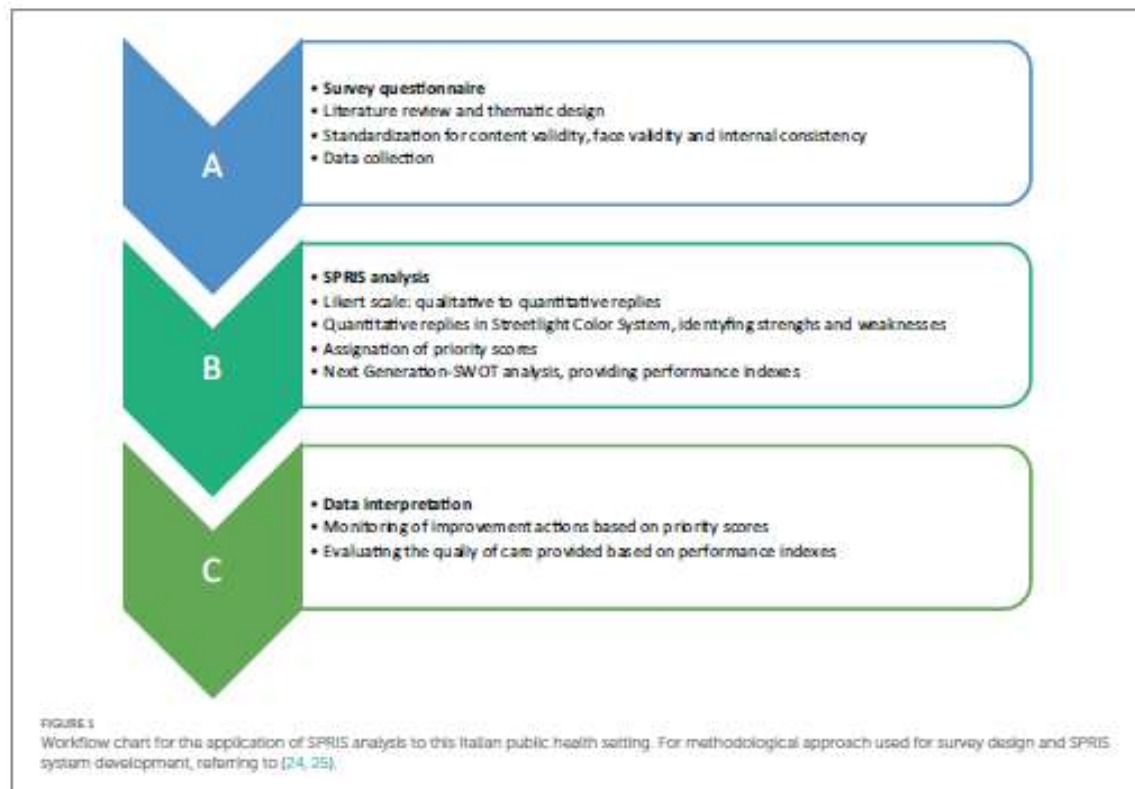
The final version of the questionnaire consisted of 81 items divided into ten sections according to thematic areas. For the sake of completeness, this version translated from Italian into English, is presented in Table 2. It was administered to the 28 referents of each of the OUs of the three Organizational Articulations of Spoleto Hospital using the “Microsoft Forms” platform (Microsoft Office 365, 2021).

## 2.3 Data analysis

The collected quantitative dataset was analyzed using the SPRIS system (24, 25), as summarized in Figure 1. First, the Streetlight color system is a graphic model with a colored scale, namely green for values of 4 and 3, yellow for 2, red for 1 and gray for 0. This tier thus displays the results, providing an immediate snapshot of the experience of Spoleto hospital and allowing users to identify the critical issues. Later, the SPRIS system processes the quantitative data collected from the questionnaire to assign and calculate two parameters: the Priority Score and the Performance Index, both of which can be used in strategic planning for improvement and monitoring.

### 2.3.1 Priority score

The Priority Score is a value assigned to each weakness or strength emerging from the survey, using a conversion scale (24) where there



is a corresponding score for each range of quantitative results. In this way, it is possible to highlight whether improvement actions are needed and to indicate where and when to intervene (e.g., which section/OAs/UOs and in which order). In other words, the priority score numerically defines how important the query is in the strategic planning: (i) to prioritize improvement actions to be taken for weaknesses, (ii) to indicate the valuable impact for strengths, (iii) to build a decision matrix and timeline of interventions to improve the quality of the services provided.

### 2.3.2 Performance index

The performance index is a measure of the quality of the activity/service provided by the OAs/UOs during the pandemic and is obtained by entering the Priority score in the *Next Generation SWOT Analysis* (23). As the survey is based on objective items only, the SWOT analysis presents two sets of elements (i.e., strengths and weaknesses). Finally, five ranges of the performance index were considered to evaluate the responses (23): (i)  $< 5$  corresponds to "null," (ii)  $> 5$  and  $< 30$  to "low," (iii)  $> 30$  and  $< 60$  to "good," (iv)  $> 60$  and  $< 80$  to "high" and (v)  $> 80$  to "very high."

Overall, we performed the analysis at two levels of query aggregation: the deeper one for items and the shallower one for sections, thus obtaining two performance indexes for each respondent. In terms of respondents, the results were released cumulatively for all the Organizational Articulations, while for each Organizational Articulation and Operational Unit they were released separately.

## 3 Results

### 3.1 Survey findings and streetlight color system

We collected 27 out of 28 completed questionnaires from the referents enrolled (*Neurophysiopathology*, OA2-I, was not available, "na"). For all queries, the qualitative results for each participant were converted into quantitative data and formatted using the *Streetlight colour system* (Figure 2).

### 3.2 Priority scores and the monitoring of improvement actions

By calculating the *priority scores*, we identified each section as a weakness or a strength. In particular, the survey sections 2, 3, 5, 6, 7, 8 and 9 resulted in strengths. In other words, "Patient Access to the hospital" was optimal by applying safety protocols and social distancing; "The taking charge of NON-COVID-19 patients" was sufficient by adapting their management (e.g., rescheduling appointments, telemedicine); "Patient management" was good by ensuring therapeutic continuity; "Experience as COVID-19 referral center" was sufficient; "Procedures and recommendations for healthcare personnel/users" and "Education-Information-Training: healthcare professionals' management" were well applied; and finally "Factors internal to organization" had a positive influence in

TABLE 2 Structure and content of the survey administered.

| Section number | Section title                                                        | Sub-sections | Items     |
|----------------|----------------------------------------------------------------------|--------------|-----------|
| 1              | Context Analysis                                                     | 1            | 5         |
| 2              | Patient Access to the hospital                                       | 2            | 10        |
| 3              | Impact on taking charge of non-COVID-19 patients                     | 2            | 2         |
| 4              | Impact on taking charge of COVID-19 patients                         | 2            | 10        |
| 5              | Impact on patient management                                         | 2            | 10        |
| 6              | Experience at COVID-19 referral centre                               | 6            | 6         |
| 7              | Procedures and recommendations for healthcare personnel/users        | 2            | 10        |
| 8              | Education-Information-Training: healthcare professionals' management | 2            | 10        |
| 9              | Analysis of factors internal to the organization                     | 10           | 10        |
| 10             | Analysis of factors external to the organization                     | 8            | 8         |
|                |                                                                      |              | Total: 81 |

responding to the challenges of the pandemic (e.g., staff rotation, teamwork). The remaining sections (survey sections 1, 4, and 10) showed faint weaknesses. In particular, "Context Analysis" and "The taking charge of COVID-19 patients" showed that the volume of procedures was not increased excessively; and finally, "Factors external to organization" had a negative impact on the management of the public health emergency (e.g., mass vaccination, lack of stuff and funding). Considering the whole pandemic period, the results related to sections for each OA are described in Figure 3. In addition, Supplementary Tables 1–3 show the results related to items for both OAs and OUs individually. However, by applying the priority score system retrospectively, we were able to look at the results for each 'wave' (time-point) separately. In particular, we focused on six out of ten sections (i.e., survey sections 1, 2, 4, 5, 7 and 8), that could be examined during each pandemic wave, for a total of 11 sub-sections and 55 items. In this way, the priority scores obtained were evaluated in the context of strategic planning. As a result, it was proposed to the executive board to implement policies to ensure continuity of patient care and adoption of Personal Protective Equipment (PPE) after the first wave. By monitoring their impact, an improvement in the priority scores for section 5 and section 8 was noted, turning from faint weaknesses to strengths (Figure 4).

### 3.3 Performance indexes as evaluation of the conduct of medical facilities

Later, we defined the performance of the enrolled medical facilities by calculating *performance indexes (PI)* through the *Next-Generation SWOT Analysis* (Supplementary Figures 1–4). Cumulatively, Spoleto Hospital showed "very high" performance in both settings (i.e., query aggregation for items and sections), with PI equal to 87% and 86.8%, respectively, (Table 3).

Looking at the OAs, *Inpatient Units, Diagnosis and Care Services* and *Hospital Polyclinics* also individually achieved "very high" performance range in both analyses, as well. The results for each OA are shown in Table 3. Considering the OUs, the results varied from "good" (>30–60%) to a "very high" performance range; highlighting

the best and the worst nosocomial ward: *Angiology* and *Orthopaedic-Traumatology*, respectively. In addition, Table 3 shows the performance results for individual OUs.

Regarding the evolution over the waves, the improvement of the priority scores was reflected in an improving trend of the performance indexes for each OA during the subsequent pandemic waves (Figure 5, colored dots). Although the first sudden pandemic event resulted in an acceptable cumulative performance index of 73.2%; the situation was rapidly improved (Figure 5, dashed arrow), with "very high" performance always being achieved (i.e., overall performance indexes of 91.7%; 90.9%; 92.3% and 87.9% per time-point respectively). In addition, Supplementary Table 4 shows the results for individual OUs.

## 4 Discussion

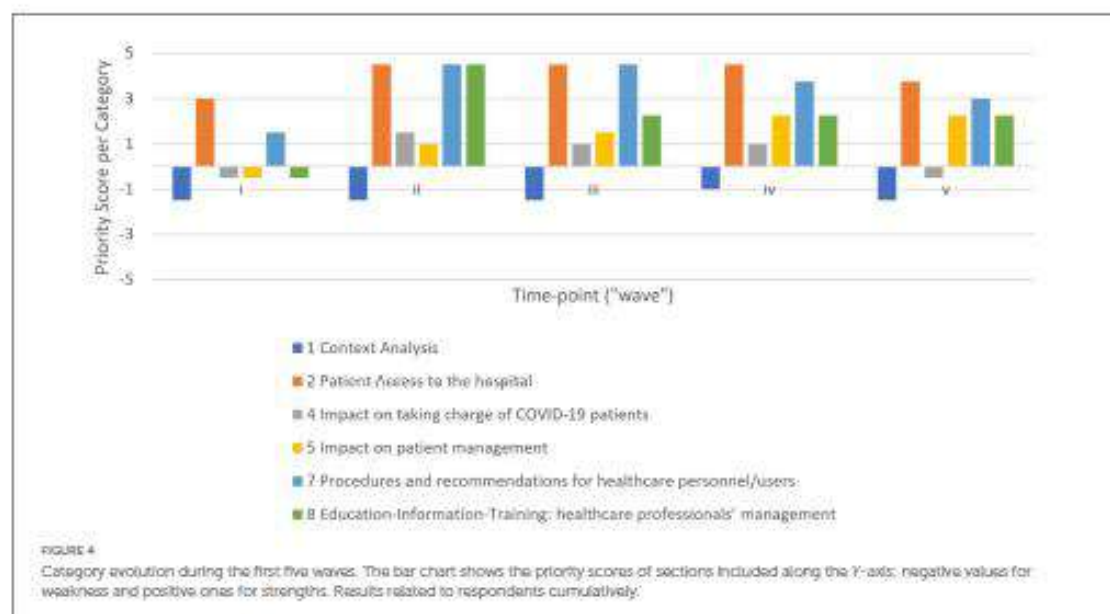
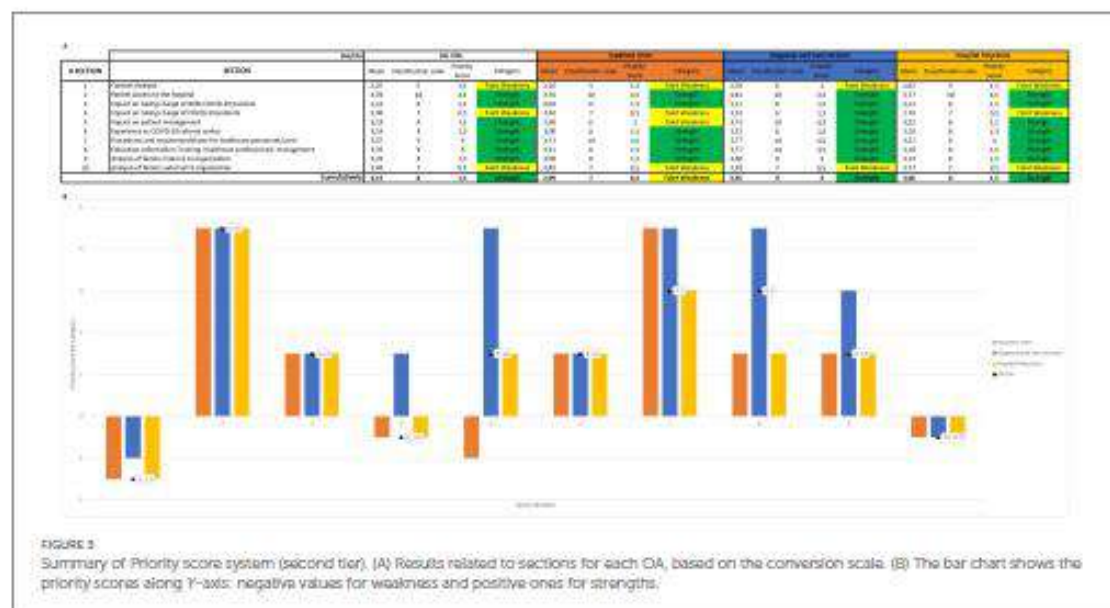
In this study, we report an evaluation of the quality of care provided by Spoleto Hospital and of what the hospital management should have focused on during an emergency such as the COVID-19 pandemic.

Spoleto Hospital is an Italian public hospital belonging to the local health system USL-2 (i.e., *Azienda Unità Sanitaria Locale*) of the Umbria region with a catchment area of approximately 45,000 people. In this area, only one other hospital in Foligno, called "San Giovanni Battista," was involved in pandemic management, with a mixed-care model and for the first wave. Conversely, Spoleto Hospital underwent a more comprehensive and prolonged reconfiguration, with most departments being dedicated to COVID-19 care over time. This marked structural and organizational change provided a consistent and well-defined context for analysis.

Since the COVID-19 pandemic is a multifaceted and rapidly evolving phenomenon, it was important to study its impact at the level of hospital-care (33, 34), as a complex network of several medical facilities, and during each of the five waves (35, 36).

First, it was possible to highlight how care pathways functioned during the overall COVID-19 pandemic, identifying strengths, weaknesses and needed interventions. The OAs achieved an optimal level of care (Table 3), indicating the appropriateness of the





approaches taken. Considering the results for each OU, *Angiology* (ward C of OA2) performed best and *Orthopaedic-Traumatology* (ward F of OA1) performed worst (Table 3). This reflects the pathogenesis of COVID-19 disease and its epidemiology. Indeed, Coronavirus disease predisposes patients to arterial and venous thrombotic complications (37), and therefore the management of patients with pre-existing cardiovascular disease and infected patients who develop thrombosis, had to be dramatically faced and protected by the *Angiology Unit* (38, 39). On the contrary, orthopedic and

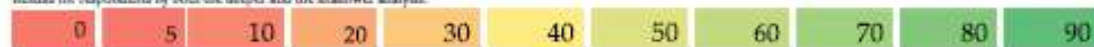
trauma surgery are not disciplines directly involved in the clinical management of COVID-19 patients. Moreover, the rate of trauma and fragility fractures appeared to decrease during the pandemic era (40), showing significant temporal associations with daily population mobility and social distancing measures. Nevertheless, strategic planning of improvement actions in orthopedic services is needed, as confirmed by the literature (41–43).

A comparison of conditions over time was also made (Figure 2). Briefly, the first wave had a lower prevalence and duration than the

TABLE 3 Summary of performances (third tier).

| Respondent aggregation level | Respondent                  | Query aggregation level | Strengths | Weaknesses | Performance index (%) |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------|-----------|------------|-----------------------|
| (a) All the OAs              | –                           | for items               | 174       | 26         | 87                    |
|                              |                             | for sections            | 16        | 2.5        | 86.8                  |
| (b) for each OA              | Inpatient Units             | for items               | 166.5     | 42         | 79.9                  |
|                              |                             | for sections            | 15        | 3.5        | 81.1                  |
|                              | Diagnosis and Care Services | for items               | 234       | 12         | 95.1                  |
|                              |                             | for sections            | 25.5      | 1.5        | 92.7                  |
|                              | Hospital Polyclinics        | for items               | 174       | 29         | 85.7                  |
|                              |                             | for sections            | 15        | 2.5        | 85.7                  |
| (c) for each OU              | Orthopaedic-Traumatology    | for items               | 135       | 142        | 48.7                  |
|                              |                             | for sections            | 9         | 13.5       | 40                    |
|                              | Reanimation                 | for items               | 226.5     | 54.5       | 80.6                  |
|                              |                             | for sections            | 16.5      | 2.5        | 86.8                  |
|                              | Radiotherapy                | for items               | 225       | 65.5       | 77.5                  |
|                              | Pathological Anatomy        | for sections            | 25.5      | 11         | 69.9                  |
|                              | Angiology                   | for items               | 309       | 10.5       | 96.7                  |
|                              |                             | for sections            | 37.5      | 0.5        | 98.7                  |
|                              | Orthopaedics                | for items               | 148.5     | 134.5      | 52.5                  |
|                              | Hospital Polyclinics        | for sections            | 7.5       | 10.5       | 41.7                  |
|                              | Accident and Emergency      | for items               | 283.5     | 21.5       | 93                    |
|                              |                             | for sections            | 27        | 3.5        | 88.5                  |

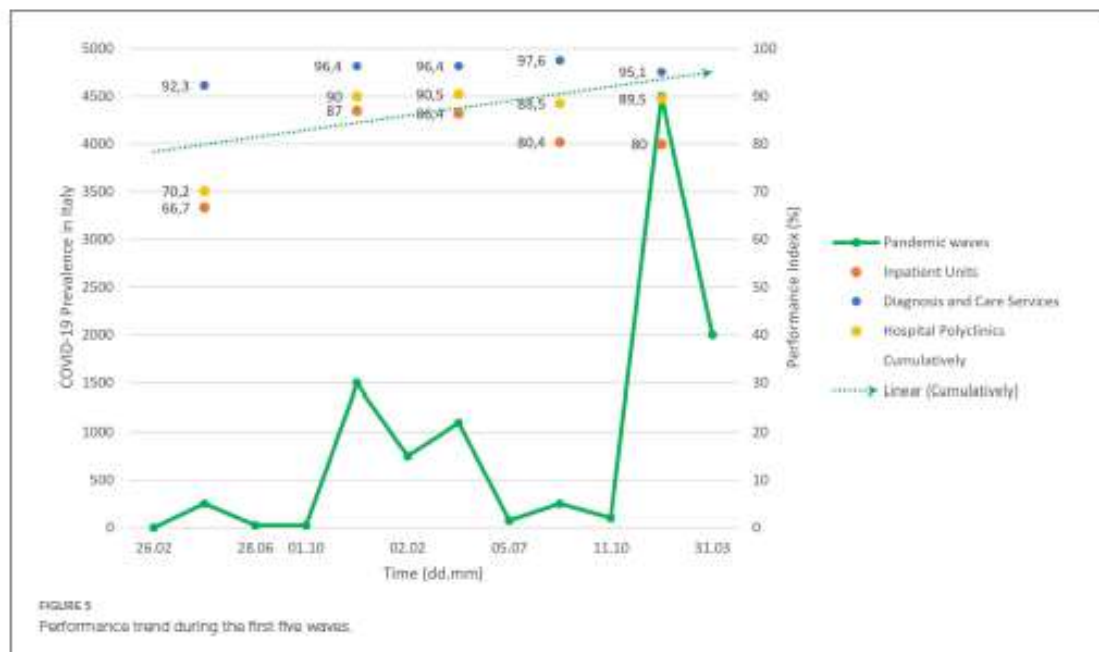
Results for respondents by both the deeper and the shallower analysis.



others (10), although it was the wave that placed the greatest burden on the health-care system because it was caught off guard and did not have emergency management protocols and procedures in place (44). In light of this, the national lockdown was introduced as a containment strategy (30). After the loosening of containment measures, there were two tight and higher waves between autumn 2020 and spring 2021 (10). However, a lower case-fatality rate (CFR, i.e., the number of confirmed deaths divided by the number of confirmed cases) was observed (45), due to a more effective COVID-19 case tracking system (which identified asymptomatic cases more often than in the first wave) and the refinement of the quality of care provided (46). In Italy, a large vaccination campaign was launched in January 2021 (47), and subsequently the fourth wave showed fewer cases, deaths, and hospitalizations (10, 35). Starting in autumn-winter 2022, the fifth wave reached the highest prevalence values and the lowest lethality rate, due to the emergence of new, less aggressive viral variants, in addition to all the factors mentioned above (10, 36). Finally, on 31st March 2022, the Italian government declared the end of the emergency status (48), and from then on, the subsequent waves became less definable and perceptible, even if more frequent (49). To date, the WHO has announced the end of the COVID-19 pandemic in 2023 because of the reduction in viral morbidity and mortality (50). These temporal dynamics demonstrate the strong contribution of governmental measures and multiple interventions, including pharmaceutical and non-pharmaceutical ones, to pandemic control (51, 52). Our results are consistent with this evidence, showing an improvement in

clinical-organizational management after the first wave (Figure 2). In addition, several previous studies confirmed that the implementation of concrete actions in hospitals during the first wave was beneficial for increasing surge capacity and reducing staff workload (53–55). In particular, non-pharmaceutical approaches helped to mitigate the outbreaks; however, their impact may be dynamic, due to variations in implementation and degree of compliance (56).

In this sense, the impact of this study lies in the actions implemented by Spoleto Hospital, that may offer a replicable framework for preparedness planning in future health emergencies, such as: hospitals should develop flexible models for material and human resources that can quickly adapt to fluctuations in demand for care, such as telemedicine and staff rotation (Section 3, 5 and 9); hospitals should design contingency protocols for the transformation of spaces and the separation of clinical pathways (Section 4); hospitals should implement education and training programs for health-care workers on the management of emergencies and the use of PPE (Section 7 and 8). It is important to highlight how the individual and combined effects of these five specific interventions have led to improvements in health system performance. Interestingly, the literature also reports that telemedicine (e.g., email, voice call, video call, text message) can effectively reduce the physical burden on healthcare facilities (57). Along with designing safety pathways (58, 59), maintaining routine primary care (60) and using PPE (61), telemedicine is one of the most effective interventions for preventing the transmission of nosocomial infections (62).



Finally, we developed a multiple-choice hospital worker experience survey for these items. This type of survey is quick, reliable, and easy to code, and captures the meaning behind the experience with accurate responses and reduced bias (63). We then used the SPRIS system. This is an organizational analysis tool previously validated (24), that converts the qualitative survey results into quantitative data, providing a single performance indicator and allowing for direct and objective comparison that can be extended to other subjects studied in different systems and scenarios. In particular, we carried out the analysis at two levels of depth, the first for items and the second for sections, obtaining two performance indexes for each respondent. It should be noted that the performance indexes obtained for the items were similar to those calculated for the sections, but they could not have been the same. This is because the section aggregation level hides the impact of the items. As an example, when the worst items are aggregated into a single section, their impact is smaller and the performance index for the section is higher than that for the item. However, the performance range was always the same. Therefore, the shallower analysis is faster but less accurate, while the deeper analysis is more accurate but less immediate, and the choice depends on the analysis context.

In conclusion, using the SPRIS system we have identified key issues in the response of Spoleto Hospital during the COVID-19 pandemic. Similar elements that influenced the birth of organizational learning have been highlighted by an analysis involving ten hospitals in central and northern Italy (64), in particular: availability of resources (spaces, materials, personnel), consolidated professional relationships, and standardization of protocols and procedures. Moreover, preparedness planning and training and managerial openness are also conducive to a successful COVID-19 pandemic response in six hospitals across Brazil,

Canada, France and Japan (65). By this comparison, the perspective adopted and the scenario tested fit current healthcare contexts.

## 4.1 Limitations and future perspectives

Nevertheless, this study has some limitations. First, we considered the study periods as the first to fifth “waves” to simplify the setting of the **observational study, which inevitably cannot cover the complex** epidemiologic phenomenon. Second, only the hospital unit referents were invited to respond, which were easily accessible. This can be considered a starting point and an acceptable approach when using a qualitative design (28); however, all health-care workers should participate in the interviews. Future wider surveys are needed to fully describe the hospital experience. Third, we used the Likert scale because it allows for quicker and more detailed interpretation of the level of agreement/disagreement than information from open-ended or binary questions, respectively. In addition, as a worded scale, it can capture the respondent’s opinion better than a numerical scale because it has more emotional connotation and objectivity in the meaning of each category. However, the use of the Likert scale is controversial because of the statistical treatment of its data and the level of precision that can be achieved. Finally, the SPRIS system has several limitations (24) (i.e., standardization, not friendly use), but they can be overcome by the continuous application of the SPRIS system contributing to its validation and improvement process.

## 5 Conclusion

This study contributed to the understanding of how a medium-sized hospital can maintain and even improve the quality of care, by

revealing a changing pattern in the management of medical facilities during the first five successive waves of COVID-19 pandemic. In the hospital of Spoleto, the health management protocols and processes were successfully monitored and reviewed through performance-based indicators provided by the SPRIS system. This study could be considered as a starting point for the analysis, monitoring and evaluation of new strategies for the management of health-care units during emergency periods.

## Data availability statement

The original contributions presented in the study are included in the article/Supplementary material, further inquiries can be directed to the corresponding author.

## Author contributions

SC: Data curation, Methodology, Visualization, Writing – original draft. MR: Investigation, Methodology, Resources, Writing – review & editing. AG: Data curation, Investigation, Resources, Writing – review & editing. MP: Investigation, Resources, Writing – review & editing. CM: Investigation, Resources, Writing – review & editing. VV: Supervision, Writing – review & editing. SR: Supervision, Writing – review & editing. RM: Funding acquisition, Supervision, Writing – review & editing. SP: Investigation, Resources, Writing – review & editing. AC: Formal analysis, Project administration, Writing – review & editing. OR: Formal analysis, Project administration, Writing – review & editing. GB: Conceptualization, Supervision, Writing – review & editing. CN: Supervision, Writing – review & editing. MP: Conceptualization, Formal analysis, Methodology, Project administration, Writing – review & editing.

## References

- Kumar V, Alshazly H, Miris SA, Bourouis S. Evaluating the impact of covid-19 on society, environment, economy, and education. *Sustainability (Switzerland)*. (2021) 13:13642. doi: 10.3390/s132413642
- Jiang B, Klemel J, Fan Y, Van, Hu X, Boe YM. More is not enough: a deeper understanding of the covid-19 impacts on healthcare, energy and environment is crucial. *Int J Environ Res Public Health*. (2021) 18:684. doi: 10.3390/ijerph18020684
- Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med*. (2020) 382:1708–20. doi: 10.1056/nejmc2002032
- Ghebreyesus TA. WHO director-general's statement on IHR emergency committee on novel coronavirus (2019-nCoV). Available online at: [https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihc-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihc-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)) (2020).
- Ghebreyesus TA. WHO director-general's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. Available online at: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-march-2020> (2020).
- Riccardo F, Ajelli M, Andrianou XD, Iella A, Del Manno M, Pabiani M, et al. Epidemiological characteristics of COVID-19 cases and estimates of the reproductive numbers 1 month into the epidemic, Italy, 28 January to 31 March 2020. *Euro Surveill*. (2020) 25:2000790. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.49.2000790
- Istituto Superiore di Sanità (ISS). Sorveglianza Integrata COVID-19: I principali dati nazionali. (2022) Available online at: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-sorveglianza-dati> [Accessed October 31, 2022]
- Italian Civil Protection Department. Data from Italian civil protection department. (2022). Available online at: <https://opendatadpc.maps.arcgis.com/apps/dashboard/b0c68b0c2ccc478e2ac82f638d4138b1> [Accessed October 31, 2022]

## Funding

The author(s) declare that financial support was received for the research and/or publication of this article. This research was supported by Ateneo (RG123188B3C9EC04) to RM.

## Acknowledgments

The authors would like to thank all the respondents for the time given to this study.

## Conflict of interest

The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.

## Publisher's note

All claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, the editors and the reviewers. Any product that may be evaluated in this article, or claim that may be made by its manufacturer, is not guaranteed or endorsed by the publisher.

## Supplementary material

The Supplementary material for this article can be found online at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2025.1337375/full#supplementary-material>

- World Health Organization (WHO). COVID-19 epidemiological update (2024). Available online at: <https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-epidemiological-update--24-december-2024>
- Cicchetti A, Di Brino E. Analisi dei modelli di risposta al Covid-19 in Italia: Instant Report ALTEMS # 2020-2022. Una fotografia a due anni dal primo caso in Italia. Milano (2022). Available online at: <https://altemi.unical.it/altemi-INSTANT%20REPORT%20ALTEMS%2020-22.pdf> [Accessed December 17, 2022]
- Bertani G, Guerra F, De Ponti R, D'Onofrio A, Accogli M, Bertini M, et al. Five waves of COVID-19 pandemic in Italy: results of a national survey evaluating the impact on activities related to arrhythmias, pacing, and electrophysiology promoted by AIAC (Italian Association of Arrhythmology and Cardiac Pacing). *Intern Emerg Med*. (2023) 18:137–49. doi: 10.1007/s11739-022-03140-4
- Garattini L, Zanetti M, Proemantele N. The Italian NHS: what lessons to draw from COVID-19? *Appl Health Econ Health Policy*. (2020) 18:463–6. doi: 10.1007/s40258-020-00594-5
- Anelli F, Leoni G, Morano R, Numa C, Rossi RC, Martinotti G, et al. Italian doctors call for protecting healthcare workers and boosting community surveillance during covid-19 outbreak. *BMJ*. (2020) 368:m1254. doi: 10.1136/bmj.m1254
- Wynier K, Holton S, Trueman M, Bruce S, Sweeney S, Crowe S, et al. Hospital clinicians' psychosocial well-being during the COVID-19 pandemic: longitudinal study. *Occup Med (Lond)*. (2022) 72:215–24. doi: 10.1093/occmed/kqac003
- Fagugoli S, Lorini FI, Remuzzi GCovid-19 Bergamo Hospital Crisis Unit. Adaptations and lessons in the province of Bergamo. *N Engl J Med*. (2020) 382:e71. doi: 10.1056/NEJMc2011599
- Lazzerini M, Harbi E, Apicella A, Marchetti F, Cardinale E, Trobia G. Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health*. (2020) 4:e10–1. doi: 10.1016/S2352-4642(20)30108-5

17. Peters AW, Chawla KS, Turnbull ZA. Transforming ORs into ICUs. *N Engl J Med*. (2020) 382:e52. doi: 10.1056/NEJMc2010853
18. Mauri E, Abeti F, Musumeci O, Rodolico C, D'Angelo MG, Mirabella M, et al. Estimating the impact of COVID-19 pandemic on services provided by Italian neuromuscular centers: an Italian Association of Myology survey of the acute phase. *Acta Myol*. (2020) 39:57–66. doi: 10.36185/2532-1900-088
19. Guarino M, Cosella V, Fiorentino A, Pontillo G, Morisco F. Use of telemedicine for chronic liver disease at a single care center during the COVID-19 pandemic: prospective observational study. *J Med Internet Res*. (2020) 22:e20874. doi: 10.2196/20874
20. Palfi A, Balocchi GL, Calena F, Marini P, Calzani M, FACSet al. Emergency general surgery in Italy during the COVID-19 outbreak: first survey from the real life. *World J Emerg Surg*. (2020) 15:36. doi: 10.1186/s13017-020-00314-3
21. Pignatti M, Pisto V, Miralles MEL, Giorgini FA, Cannamela G, Cipriani R. How the COVID-19 pandemic changed the plastic surgery activity in a regional referral center in northern Italy. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. (2020) 73:1348–56. doi: 10.1016/j.jpra.2020.05.002
22. Klein R. Evidence and policy: interpreting the Delphic oracle. *J R Soc Med*. (2003) 96:429–31. doi: 10.1177/014107680309600903
23. Domahedon A. Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Q*. (2005) 83:691–729. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x
24. Piani M, Bianco L, Mancini R, Fornelli P, Gabriele A, Medici F, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on clinical pathways for non-SARS-CoV-2 related diseases in the Lazio region, Italy. *Int J Environ Res Public Health*. (2022) 19:635. doi: 10.3390/ijerph19020635
25. Bianco L, Raffa S, Fornelli P, Mancini R, Gabriele A, Medici F, et al. From survey results to a decision-making matrix for strategic planning in healthcare: the case of clinical pathways. *Int J Environ Res Public Health*. (2022) 19:7806. doi: 10.3390/ijerph19137806
26. Regione Umbria (2020) Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 – Riconversione temporanea e parziale Ospedale di Spoleto in struttura dedicata covid-19
27. Creswell JW. Educational research: planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research. (4th ed.). (2012) Boston, MA: Pearson.
28. Stratton SJ. Population research: convenience sampling strategies. *Prepub Disaster Med*. (2021) 36:373–374. doi: 10.1017/S1049023X21000649
29. Presidency of the Italian Council of Ministers. Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 maggio 2020, n. 35, del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, e del decreto-legge 23 febbraio 2021, n. 15.
30. Presidency of the Italian Council of Ministers. Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 maggio 2020, n. 35, del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, e del decreto-legge 23 febbraio 2021, n. 15.
31. Walker PGT, Whitlatch C, Wilson OJ, Baguio M, Winkler P, Hamlet A, et al. The impact of COVID-19 and strategies for mitigation and suppression in low- and middle-income countries. *Science*. (2020) 369:413–422. doi: 10.1126/science.abc035
32. Drinkwater BL. A comparison of the direction-of-perception technique with the Likert method in the measurement of attitudes. *J Soc Psychol*. (1965) 67:189–96. doi: 10.1080/0022454.1965.9922270
33. Janke AT, Mei H, Rothenberg C, Becker RD, Lin Z, Venkatesh AK. Analysis of hospital resource availability and COVID-19 mortality across the United States. *J Hosp Med*. (2021) 16:211–4. doi: 10.12788/jhm.3539
34. Klein R, Zenilovic AC, Joseph D, Zahedi M, Hu M, Copenhaver MS, et al. Forecasting hospital-level COVID-19 admissions using real-time mobility data. *Commun Med*. (2023) 3:25. doi: 10.1038/s43856-023-4260253-5
35. Rano C, Santamichi F, Sisto MA, Fanini MP, Lenzi J, Gonnelli D. The impact of health policies and vaccine rollout on the COVID-19 pandemic waves in Italy. *Health Policy Technol*. (2022) 11:100604. doi: 10.1016/j.hlpt.2022.100604
36. Ferrante P. The first 2 years of COVID-19 in Italy: incidence, lethality, and health policies. *Front Public Health*. (2022) 10:986743. doi: 10.3389/fpubh.2022.986743
37. Clerkin KL, Fried JA, Halkhelkar J, Sayer G, Griffin JM, Masoumi A, et al. COVID-19 and cardiovascular disease. *Circulation*. (2020) 141:1648–55. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.120.046941
38. Arruado G, Adamo A, Tonello C, Baracco E, Nalli F, Scarpazzo O, et al. Wound care during the COVID-19 emergency in Padua hospital. *Disaster Med Public Health Prep*. (2022) 16:199–202. doi: 10.1017/dmp.2020.448
39. Ramacciotti E, Macedo AS, Ilagioni RH, Calhoro RA, Lopes RJ, Guerra JC, et al. Evidence-based practical guidance for the antithrombotic Management in Patients with Coronavirus Disease (COVID-19) in 2020. *Clin Appl Thromb Hemost*. (2020) 26:1076029620936350. doi: 10.1177/1076029620936350
40. Migliorini F, Weber CJ, Pappalardo C, Schenker H, Hofmann UK, Eschweiler J, et al. Orthopaedic, trauma surgery, and Covid-2019 pandemic: clinical panorama and future perspective in Europe. *Eur J Trauma Emerg Surg*. (2022) 48:4385–402. doi: 10.1007/s00068-022-01978-z
41. Jensen RD, Ble M, Gundie AP, Schmid JM, Juelsgaard J, Gamborg ML, et al. Preparing an orthopaedic department for COVID-19. *Acta Orthop*. (2020) 91:e44–9. doi: 10.1080/17453674.2020.1817305
42. Wang Y, Zeng L, Yao S, Zhu F, Liu C, Di Laura A, et al. Recommendations of protective measures for orthopaedic surgeons during COVID-19 pandemic. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. (2020) 28:2027–35. doi: 10.1007/s00167-020-06092-4
43. Haddad FS. COVID-19 and orthopaedic and trauma surgery. *Bone Joint J*. (2020) 102-B:545–6. doi: 10.1302/0301-620X.102B5.BJ-2020-0552
44. Benzi D, Schiavetti I, Manacorda T, Franzoni G, Battaglia MA. First wave of COVID-19 pandemic in Italy: data and evidence. *Adv Exp Med Biol*. (2021) 1353:91–113.
45. Ferrante P. The first year of COVID-19 in Italy: incidence, lethality, and health policies. *J Public Health Res*. (2022) 11:2201. doi: 10.4081/jphr.2021.2201
46. Voza A, Desai A, Luzzi S, Lucifora AG, Azzolini E, Kogan M, et al. Clinical outcomes in the second versus first pandemic wave in Italy: impact of hospital changes and reorganization. *Appl Sci*. (2021) 11:9342. doi: 10.3390/app11199342
47. Italian Ministry of Health (2021) Approvazione del Piano strategico nazionale dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2 costituito dal documento recante «Elementi di preparazione della strategia vaccinale», di cui al decreto 2 gennaio 2021 nonché dal documento recante «Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19»
48. Presidency of the Italian Council of Ministers. Disposizioni urgenti per il superamento delle misure di contrasto alla diffusione dell'epidemia da COVID-19, in conseguenza della cessazione dello stato di emergenza (2022)
49. Mathieu E, Ritchie H, Roda-Guirao L, Appel C, Chittimo C, Haseil J, et al. Italy: coronavirus pandemic country profile. (2023) Available online at: <https://ourworldindata.org/coronavirus/country/italy> [Accessed March 26, 2023]
50. Ghebreyesus TA (2023) WHO director-general's opening remarks at the media briefing – 5 May 2023. Available online at: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-5-may-2023>
51. Giordano G, Colaneri M, Di Filippo A, Bianchini F, Bolzano P, De Nicolao G, et al. Modeling vaccination rollouts, SARS-CoV-2 variants and the requirement for non-pharmaceutical interventions in Italy. *Nat Med*. (2021) 27:993–8. doi: 10.1038/s41591-021-01334-5
52. Ricci G, Pallotta G, Sirignano A, Amenta E, Nittari G. Consequences of COVID-19 outbreak in Italy: medical responsibilities and governmental measures. *Front Public Health*. (2020) 8:588852. doi: 10.3389/fpubh.2020.588852
53. Savelle KC, Copenhaver MS, Moore A, Bravard MA, Britton O, Dunn P. Impact of a hospital policy to redistribute admission flow across clinical services for capacity relief during COVID-19 surges. *J Hosp Med*. (2023) 18:568–575. doi: 10.1002/jhm.13058
54. Iltis S, López-Azcuna AJ, Valverde I, Hernández-Rix S, de Fiebre G, Parra S, et al. First and second waves of coronavirus disease-19: a comparative study in hospitalized patients in Reus, Spain. *PLoS One*. (2021) 16:e0248029. doi: 10.1371/journal.pone.0248029
55. Lindsey III, Villabona-Arenas CJ, Campbell E, Keady AJ, Parker MD, Shah DR, et al. Characterizing within-hospital SARS-CoV-2 transmission events using epidemiological and viral genomic data across two pandemic waves. *Nat Commun*. (2022) 13:671. doi: 10.1038/s41467-022-28291-y
56. Ge Y, Zhang W-H, Liu H, Hu H, Hu H, Hu H, et al. Impacts of worldwide individual non-pharmaceutical interventions on COVID-19 transmission across waves and space. *Int J Appl Earth Obs Geogr*. (2022) 106:102649. doi: 10.1016/j.jag.2021.102649
57. Nittari G, Ricci G, Savva D, Gibelli F, Ballo P, Ausimio F, et al. Telemedicine in diabetic ulcer management: a pilot study with exploration of medico-legal aspects. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. (2023) 33:2280–6. doi: 10.1016/j.numecd.2023.07.021
58. Montella E, Caputi EM, Del Core M, Guida A, Triassi M. Safety pathway Design for Patients not Affected by COVID-19 during the SARS-CoV-2 pandemic in an Italian university hospital. *Risk Manag Health Policy*. (2020) 13:2621–6. doi: 10.2147/RMH.2019.042
59. Alqahtani F, Alnazzari M, Alsaif W, Alkhatib FS, Aljohani M, Joseph M, et al. Preventing SARS-CoV-2 transmission in the emergency department by implementing a separate pathway for patients with respiratory conditions. *J Complement Integr Med*. (2022) 19:383–4. doi: 10.1515/jcim.2020-0422
60. Malenge S, Shargie E, Desborough I, Hall Dykgraaf S, Duf G, Kidd M. Ensuring the continuation of routine primary care during the COVID-19 pandemic: a review of the international literature. *Fam Pract*. (2022) 39:747–61. doi: 10.1093/fampra/cnab115
61. Pham TM, Tahir H, van de Wijngaert JHHM, Van der Roost BR, Elkerbroek P, Bonin MJM, et al. Interventions to control nosocomial transmission of SARS-CoV-2: a modelling study. *BMC Med*. (2021) 19:211. doi: 10.1186/s12916-021-02060-y
62. Iltis S, Pallotta G, Nittari G, Amenta E. Telemedicine framework to mitigate the impact of the COVID-19 pandemic. *J Tabak Univ Med Sci*. (2021) 16:300–2. doi: 10.1016/j.jtms.2020.12.010
63. Stedjeck SL, Butler RS, Burchill CN. Survey design research: a tool for answering nursing research questions. *Clin Nurse Spec*. (2015) 29:E1–8. doi: 10.1097/NUL.0000000000000134
64. Gambirasio M, Magalli D, Barbella V, Brena S, Lizzola G, Pandolfini C, et al. Organizational learning in healthcare contexts after COVID-19: a study of 10 intensive care units in central and northern Italy through framework analysis. *Int J Environ Res Public Health*. (2023) 20:6699. doi: 10.3390/ijerph20176699
65. Gaultier L, Noda S, Chabrol H, David PM, Dahour A, Hou R, et al. Hospital governance during the COVID-19 pandemic: a multiple country case study. *Health Syst Reform*. (2023) 9:2. doi: 10.1080/23288604.2023.2173551



## **ASIQUAS Review**

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

***"Per una sanità pubblica ... anche dopo la pandemia"***

**Monografia sul Convegno 16 giugno 2025  
Supplemento al numero 27/2025**

DIPARTIMENTO DI SCIENZE SOCIALI  
ED ECONOMICHE



**SAPIENZA**  
UNIVERSITÀ DI ROMA



**MIAS**  
Master in  
Management e Innovazione  
nelle Aziende Sanitarie



**Wonca**



Associazione Italiana per la  
Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale



**ALLEANZA  
LA RIFORMA  
CURE PRIMARIE**



**Social Prescribing and  
Community Orientation  
Special Interest Group**



**Giornata di confronto**

**LE COMUNITÀ COME ALTERNATIVA ALLA SOLITUDINE  
E PER SUPPORTARE LA SALUTE**

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES  
Y ECONOMICAS



**SAPIENZA**  
UNIVERSITÀ DI ROMA



Master in  
Management e Innovazione  
nelle Aziende Sanitarie



**Wonca**  
EUROPE



Associazione Nazionale per la  
Qualità e Sicurezza dell'Assistenza Sanitaria e Sociale



**ALLEANZA  
LA RIFORMA**  
CURE PRIMARIE



Social Prescribing and  
Community Orientation  
Special Interest Group



**Giornata di confronto**

# LE COMUNITÀ COME ALTERNATIVA ALLA SOLITUDINE E PER SUPPORTARE LA SALUTE

*Con il patrocinio di*



**ROMA**  
Municipalità alla Promozione Sociale e alla Salute

*In collaborazione con:*




*Iscrizione all'evento*



**9:00 Accoglienza**

**9:15 Saluti istituzionali**  
Emma Galli, Dipartimento DISSE  
Laura Franceschetti, Master MIAS, DISSE  
Giorgio Banchieri, ASIQUAS

**9:45 Esperienze internazionali**  
Christine Brown (WHO European Office for Investment for Health and Development), *Le esperienze in Europa*  
Jenny Hartnoll, (UK), Helen Kingston (UK), *Frome Medical Practice*  
Ferdinando Petrazzuoli (WONCA-EU), *I progetti europei della rete*  
Domenico Pompili (CEI) *Solitudini e comunità*

**11:15 Coffee break**

**11:45 Overview dall'Italia**  
Cristina Tamburini, Ministero della Salute, Dipartimento One Health  
Giovanni M. Pirone, AGENAS, Comitato di Medicina Sociale  
Marco Ingrosso, Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia  
Paolo Petralia, FIASO  
Silvia Scelsi, ASIQUAS  
Francesca Moccia, Cittadinanzattiva  
Ignazio Grattagliano, SIMG, Società Italiana MMG e Cure Primarie  
Barbara Funari, Roma Capitale, Assessorato alle Politiche Sociali e alla Salute

**13:00 Light Lunch**

**14:00 Tavoli di lavoro**  
comunità | solitudini | inclusione | one health | tecnologie

**16:00 Tea break**

**16:30 Presentazione in plenaria dei risultati dei Tavoli**





**Giovedì 19.06.2025**

Per partecipare all'evento  
da remoto  
clicca oppure



Il Comitato Scientifico: *per MIAS-DISSE* Laura Franceschetti; *per WHO* Christine Brown e Luigi Bertinato; *per WONCA* Ferdinando Petrazzuoli; *per ASIQUAS* Silvia Scelsi, Giorgio Banchieri, Silvia Boni, Andrea Vannucci; *per Alleanza per le Cure Primarie* Fulvio Lonati e Marco Ingrosso.

Il Comitato organizzativo: Massimo Bonforti, Roberta Coluccia, Giulia Lang, Francesco Ettore Mantia, Tiziana Nupieri, Martina Nuti, Barbara Porcelli, Elisabetta Rossi, Francesca Rossi.

Tutti i materiali del Convegno, comprensivi di interventi dei relatori in diretta o da remoto o registrati sono inseriti sul sito: [convegno "Comunita'&#039;, solitudini, salute"; | Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche](#)

# Quaderni delle Medical Humanities

Giugno 2025

Esattamente due anni e mezzo fa, nel dicembre 2022, nasceva la piattaforma online Sentieri nelle Medical Humanities: uno spazio dinamico e vivace, che conduce il lettore alla scoperta dei temi più attuali nel campo delle Medical Humanities e dell'etica clinica.

In parallelo, vedeva la luce una nuova serie cartacea, i Quaderni delle Medical Humanities: in una veste agile e contemporanea, i Quaderni si dedicano a sondare "le parole della cura", approfondendo il significato di tutti quei termini che ruotano attorno alla cultura della cura. La Rivista per le Medical Humanities, pubblicata nell'arco di oltre quindici anni dalla Fondazione Sasso Corbaro in collaborazione con l'Ente Ospedaliero Cantonale, diventava così il risultato di un dialogo inter-temporale tra l'Archivio, i Sentieri e i Quaderni delle Medical Humanities.

Oggi, a oltre due anni di distanza, siamo felici di presentarvi un nuovo Quaderno: dopo quattro pubblicazioni dedicate, rispettivamente, alle parole-chiave Voce, Segreto, Umiltà e Giustizia, il numero V si dedica alla Solitudine. Un ulteriore tassello per instaurare un dialogo tra cartaceo, lettore e online, svelando riflessioni dinamiche, radicate e proiettate nell'esistenza della persona che legge.



### Solitudine, matrice della Cura

---

Solitudine come sentirsi soli, come condizione psico-fisica sociale, come malattia. Solitudine come tema narrativo-poetico, segno mitologico, postura esistenziale. Oppure solitudine come spazio creativo, rigenerativo, fondativo per la Cura? Sono molteplici le sfumature di una parola che vogliamo conoscere bene, perché parte del nostro vivere quotidiano, eppure sfuggente, mai compresa nella sua totalità. Allora, in questo numero non cerchiamo di ripristinare un'analisi etimologica della parola "solitudine", quanto piuttosto offrire un'indagine vissuta di cosa questa parola possa significare. Troverete contributi letterari, sociologici, clinici, storici, etici, poetici, artistici in senso ampio, per invitarvi a raccontare la vostra stessa solitudine in queste pagine di quaderno che vi aspettano per accogliere i vostri pensieri.

Dopo Voce, Segreto, Umiltà, Giustizia, arriva Solitudine a fungere quasi da sottotraccia di tutti i numeri dei Quaderni delle Medical Humanities fino ad ora pubblicati; non solo dal punto di vista tematico, ma anche creativo: ogni autore che ha contribuito a questo numero e ad altri, ha conosciuto la portata generatrice della solitudine, anche nel riconoscimento doloroso del limite espressivo che le parole, come altre forme d'arte, vivono. Non riusciamo mai a dire veramente tutto, a raccontare pienamente ciò che abbiamo nella mente e nel cuore. In questo scoprirci limitati si svela anche il nostro essere esistenzialmente soli: non riuscire mai a cogliere pienamente ciò che l'Altro sta vivendo, sentendo, pensando. Eppure, da questa solitudine partiamo ogni giorno per incontrare l'Altro, per prendercene cura, per provare ancora una volta a sentirlo, sfiorarlo, abbracciarlo. È a questa matrice di umanità comune che i nostri Quaderni si ispirano, con le pagine a vostra disposizione, per non lasciarci soli quando la Cura ci chiama.

La Redazione

### Sommario

---

Introduzione  
Quadranti  
Noè Albergati

Approfondimento • Solitudine  
Piattaforma di solitudine Giovani  
soli ai tempi del digitale  
Sebastiano Caroni

Solitudine e persone anziane  
Stefano Cavalli, Anna Maria  
Brambilla, Stefano Cereghetti

Dalla solitudine decisionale  
una nuova cultura della decisione  
clinica  
Marta Fadda e Mattia Lepori

La solitudine del medico perfetta  
Apollo greco, dio della medicina  
Lucia Orelli Facchini

Solitudine  
Romanzo grafico  
Andrea Voglino e Paolo Cantarano

Intervista  
«La solitudine come spazio  
di responsabilità e ascolto»  
Intervista con Glauco Martinetti  
Michele Corengia

Curare i curanti  
La cura che cura  
Là, dove le gocce della pioggia  
sussurrano alle anime  
Graziano Martignoni

Immagini per le Medical Humanities  
Portfolio  
Claudio Confalonieri



## LE COMUNITÀ, ALTERNATIVA ALLA SOLITUDINE E SUPPORTO ALLA SALUTE

*Rimettere al centro la comunità come risorsa viva e generativa, capace di prevenire l'isolamento e rafforzare i servizi di cura. È questa la proposta della giornata di confronto promossa dal Master Mias e DISSE della Sapienza con ASQUAS*

[Ilaria Dioguardi](#)

**Le comunità come alternativa alla solitudine e per supportare la salute** è il titolo della giornata di confronto che si è svolta a Roma promossa dal Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche della Sapienza, il [Master Mias DISSE dell'Università La Sapienza](#), in collaborazione con [Wonca Europe](#), [Asiquas](#), [Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie e Social Prescribing and Community Orientation Special Interest Group](#). Un'occasione di riflessione e dialogo intorno al tema delle comunità, «parola entrata prepotentemente nella sanità dal Covid in poi», ha detto **Laura Franceschetti** del Master Mias, DiSSE. «Abbiamo deciso di utilizzare una declinazione plurale nel titolo del nostro convegno. La nostra sfida è quella di provare a ricostruire cosa è comunità nei diversi livelli istituzionali, nei territori, nell'insieme degli attori della comunità scientifica».

### Un'urgenza sociale e sanitaria

La giornata è nata per rispondere a una delle fragilità emergenti più gravi: la solitudine, riconosciuta ormai come urgenza sociale e sanitaria, capace di compromettere il benessere psicologico, fisico e relazionale delle persone. La proposta è chiara: rimettere al centro la comunità come risorsa viva e generativa, capace di prevenire l'isolamento e rafforzare i servizi di cura.

«Operiamo dall'84 sui temi della sanità con Asiquas», ha detto **Giorgio Banchieri**, presidente dell'associazione. «Abbiamo formato tante persone che sono nelle aziende. I temi del convegno di oggi fanno parte di un percorso di riflessione avviato da anni», ha continuato. **«Il Pnrr è un grande terreno di sfida per il cambiamento sulla sanità. È importante il tema dell'integrazione, ovvero di come la sanità debba riposizionare l'offerta in base ai bisogni delle persone. Il Covid ha fatto esplodere il problema delle nuove fragilità, delle solitudini, diventate dirompenti per il numero degli anziani. Le solitudini nuove sono quelle dei giovani, bisogna ragionare sulla capacità delle scuole di fare i conti con le problematiche delle famiglie ed approfondire le tematiche della partecipazione e dell'inclusione»**, ha proseguito. «C'è una grande ricchezza di esperienze nei territori italiani. Siamo un Paese in cui le famiglie danno un contributo fondamentale al sociosanitario, con i caregiver, le badanti, ci sono svariati miliardi di sommerso. **C'è l'esigenza di un pensiero strutturato sul patrimonio di progetti e iniziative dell'Italia, siamo per fortuna un Paese ricco di associazioni di volontariato: un mondo che va valorizzato e incoraggiato**». Asiquas partecipa all'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia, che si è allargata a una trentina di associazioni, alcune di queste sono a loro volta network, ha illustrato Banchieri, «abbiamo messo insieme tante realtà e ci siamo resi conto che, se esiste una grande esperienza diffusa, i soggetti coinvolti non si conoscevano tra di loro, con una dispersione di potenziale che, messo a sistema, poteva invece fare massa critica. La giornata di oggi permette a questo mondo di ritrovarsi, di condividere progettualità, analisi di contesto, capacità di costruire partenariati attivi. Questo è l'elemento connettivo, non solo in Italia ma anche all'estero». Ne sono stati una testimonianza i contributi dei colleghi internazionali.

Banchieri: «La solitudine dei giovani si sta sviluppando moltissimo, con caratteristiche pericolose

### Verso Linee guida condivise

«Non siamo indietro, rispetto all'Europa, siamo in linea, ma **manca condivisione, conoscenza reciproca, rete, lavoro comune**. E ci mancano le indicazioni delle linee guida nazionali, che aiutino uno sviluppo di questa esperienza. **Lo scopo di questo percorso è quello di arrivare, in autunno, alla redazione delle linee guida condivise tra tutte le organizzazioni coinvolgendo (speriamo) anche le istituzioni**», ha continuato Banchieri. «Questi temi sono politicamente borderline, possono essere al di là della nostra volontà, in modo divisivo. Ci auguriamo che essere in rete aiuti tutti ad avere maggiore autopercezione di sé e del proprio contributo». Tra i tanti temi che Asiquas e le altre realtà affrontano c'è quello della solitudine degli anziani, «il più scontato, quello che invece non è scontato per niente è il tema della solitudine dei giovani, che si sta sviluppando moltissimo, con caratteristiche pericolose. Siamo un Paese che ha molti **giovani neet**, che possono essere il volano di ulteriori fragilità. Le nostre esperienze servono a capire quali possono essere i punti di condivisione per proporre nuove forme di inclusione».

### Uno sforzo sociale collettivo

«Nella sanità pubblica le prassi sono attuate attraverso uno sforzo sociale collettivo organizzato e scelte informate delle comunità e degli individui», afferma **Cristina Tamburini**, Ministero della Salute, Dipartimento della Salute umana, della salute animale e dell'ecosistema (One Health) e dei rapporti internazionali. «È stato pensato un Dipartimento che racchiude in sé la componente della salute degli ecosistemi, quella degli animali, della salute umana e tutti gli aspetti connessi agli organismi internazionali che si occupano di questi temi». Tamburini ha parlato dell'approccio *life course*, «che prevede anche azioni preventive a partire dai primi 1000 giorni di vita utili a ridurre i fattori di rischio e a rafforzare i fattori di protezione della salute dei bambini. L'Italia è tra i maggiori Paesi con un tasso di povertà minorile. Il nostro Paese si è dotato di politiche intersettoriali».

La funzione della medicina sociale «è mirata a restituire la società alla persona, e non solo la persona alla società», ha detto **Giovanni Pirone, Agenas, Comitato di Medicina sociale**. «Oggi siamo ancora a discutere della esigibilità del diritto fondamentale alla salute. Mi piacerebbe realizzare le Case della Medicina sociale».

### **Welfare di prossimità**

“Come promuovere la salute di comunità nelle case di comunità?” è stato l’interrogativo posto da **Marco Ingrosso**, sociologo della salute e della cura, **Alleanza per la riforma delle cure primarie**, che associa una quarantina di associazioni, con una grande fetta di volontariato e molti operatori sanitari e sociosanitari. «Siamo in una transizione epocale, siamo passati da una situazione generale di orientamento al welfare di cittadinanza a un welfare depotenziato e ridotto, a responsabilità individuale. Oggi siamo in una situazione di forte difficoltà, chiamato welfare di prossimità che ripropone un welfare a partire dalle reti di comunità. La comunità è un’attività da costruire e una forte risorsa che non può essere sostituita da altri elementi. Nelle case della salute mancava il tema della comunità, la salute va promossa puntando su una forte responsabilizzazione della persona durante i suoi percorsi. **Abbiamo bisogno di interventi sul piano istituzionale, solidale e culturale, per fare in modo che la comunità diventi insostituibile rispetto ad altri elementi.** È importante affiancare le persone che hanno bisogno con un’equipe diversificata». «Quello che viene fuori da questa giornata è che la risposta alla domanda del sistema è possibile con un lavoro di rete di tutti gli stakeholder», ha affermato **Silvia Scelzi**, presidente Asiquas.

Funari: «Crediamo sia importante lavorare sui progetti intergenerazionali e far sì che, nei nostri centri anziani, nelle case sociali, possano esistere esperienze di incontro tra i giovani e gli anziani»

### **A Roma più del 40% delle persone vivono da sole**

«Questo convegno è un’occasione per parlare del tema della solitudine, che abbiamo messo anche nel Piano sociale cittadino come una delle azioni da mettere in campo anche in un’ottica più ampia di promozione della salute», ha detto a Reti Solidali **Barbara Funari**, assessora alle Politiche sociali e alla salute del Comune di Roma. «L’obiettivo è contrastare gli effetti dell’isolamento sociale attraverso i nostri progetti, soprattutto per gli anziani, ma sappiamo che è un tema trasversale. A Roma più del 40% delle persone vivono da sole, un dato che ci interroga. Le proposte già messe in campo? «L’attivazione di **cohousing per anziani**, per proporre un vivere insieme che ci porterà, nei prossimi mesi, a fare un lavoro di attività di sensibilizzazione sul valore del vivere insieme, con i fondi Pnrr. Abbiamo attivato, anche nei mesi estivi, delle azioni per rispondere al tema dell’emergenza caldo. Ad esempio, con momenti aggregativi, accessi gratuiti alle piscine comunali, gite per contrastare l’isolamento degli anziani», ha continuato Funari. «E, ancora, progetti di assistenza leggera nei municipi per intercettare chi non esce, così come crediamo sia importante lavorare sui progetti intergenerazionali e far sì che, nei nostri centri anziani, nelle case sociali delle persone anziane e del quartiere, possano esistere esperienze di incontro tra i giovani e gli anziani».

### **Paola Capoleva: «Co progettare insieme per dare risposte sempre più efficaci»**

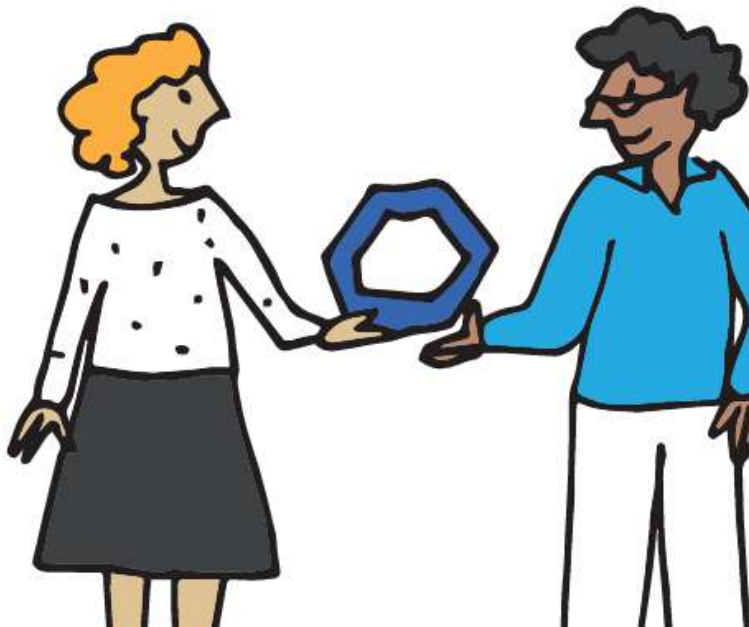
I tavoli pomeridiani hanno approfondito punti di forza e criticità che emergono nei molti e importanti progetti dove sempre più volontari, associazioni e pubbliche amministrazioni operano insieme per sostenere anziani soli o giovani in difficoltà. «Dai confronti attivati sui circa 20 progetti, tra cui quello di Città Futura sostenuto dal CSV Lazio, di Frà Albenzio ma anche del CSV di Parma, sono emerse indicazioni a co progettare insieme, per dare risposte sempre più efficaci», ha detto **Paola Capoleva**, consigliera CSVnet e attuale vice presidente vicaria CSV Lazio. «Allo stesso tempo, la necessità di risorse costanti, che supportino nel tempo i progetti, è stato sottolineato come altrettanto importante. È emerso che sono fondamentali partnership tra soggetti diversi per rafforzare la responsabilità delle istituzioni e delle comunità nel dare risposte nuove ai bisogni delle persone nel territorio».

[FacebookWhatsAppCondividi](#)

### **LE COMUNITÀ, ALTERNATIVA ALLA SOLITUDINE E SUPPORTO ALLA SALUTE**

# HEALTH CONNECTIONS MENDIP

Annual Report 2024



## **Prefazione del Dott. Kingston**

La nostra resilienza e la nostra speranza per il futuro dipendono dal supporto che abbiamo intorno a noi e dalla nostra consapevolezza interiore e dalla fiducia che ci permette di ricercarlo. La cattiva salute e il disagio vengono vissuti nel contesto più ampio della nostra vita. Sapere di non essere soli e di avere il supporto di cui abbiamo bisogno può aiutarci a superare i momenti difficili. È stato un privilegio per me aver trascorso gli ultimi 12 anni lavorando con Jenny Hartnoll nella creazione e nello sviluppo del servizio.

Il team di Health Connections Mendip ha lavorato come parte integrante dell'assistenza primaria in tutta Mendip.

È stato un piacere lavorare a fianco del team. Hanno portato consapevolezza e accesso alla ricchezza che tutte le nostre comunità possono offrire nell'assistenza primaria di routine. Questo ha aiutato i medici ad avere conversazioni diverse durante le loro visite e ha avuto un impatto trasformativo per l'intero team. Facilitando approcci non medici, hanno permesso all'intero team di concentrarsi su un approccio realmente personalizzato all'assistenza. Questo team di prescrizione sociale, maturo e affidabile, continua a lavorare a stretto contatto con il resto dell'assistenza primaria. È cresciuto da un singolo operatore nel 2013 a un team di 26 persone.

I servizi Health Connections Mendip sono stati un progetto che ha riunito tutti gli 11 studi, costruendo relazioni e fiducia tra gli studi e promuovendo la condivisione di innovazioni e nuovi modi di lavorare.

Abbiamo potuto imparare insieme attraverso approcci di miglioramento della qualità e integrarli nella nostra resilienza ad altre sfide che l'assistenza primaria deve affrontare. La loro presenza contribuisce a garantire che l'assistenza primaria sia efficace, sostenibile e focalizzata sul benessere e sulla prevenzione. Supporta i team nel fornire un'assistenza equa, supportando coloro che sono più vulnerabili e a rischio di disuguaglianze sanitarie. I nostri Health Connectors sono esperti nel supporto disponibile nelle comunità di Mendip e svolgono un ruolo chiave nel contribuire a sensibilizzare e attivare la comunità.

I nostri Health Connectors sono esperti nel supporto disponibile nelle comunità di Mendip e svolgono un ruolo chiave nel contribuire a sensibilizzare e attivare la comunità.

La loro formazione innovativa per Community Connectors, i loro punti di accesso consolidati, la directory web regolarmente aggiornata e le campagne pubblicitarie garantiscono che la nostra comunità possa trovare aiuto quando ne ha bisogno. Hanno infuso freschezza, entusiasmo e un approccio positivo nell'assistenza primaria. Il team di assistenza primaria è molto più forte grazie alla loro presenza. Ci aiutano a sentirci orgogliosi dell'assistenza che possiamo fornire e a sentirci supportati per continuare a fare la differenza.

Grazie al loro networking con il settore del volontariato e la comunità più ampia, sono stati in grado di identificare e colmare le lacune nell'offerta. Il team agisce come una risorsa esperta per il resto dell'assistenza primaria. La loro presenza ha trasformato la ricchezza e la portata di ciò che il personale dell'assistenza primaria può offrire alle nostre comunità.

La formazione continua del personale dell'assistenza primaria e la promozione interna del servizio all'interno degli studi medici hanno permesso di integrare gli approcci comunitari con i modelli di assistenza medica. La loro facilitazione di consulenze di gruppo e competenze di networking consente il supporto tra pari e contribuisce a sviluppare solidi approcci alternativi non medici al dolore cronico.

I nostri pazienti e il nostro personale ci hanno parlato dei benefici che questo comporta, consentendo approcci olistici personalizzati all'assistenza e concentrandosi su ciò che conta davvero per ogni individuo. Il nostro rapporto contribuisce ad articolare questi benefici sia attraverso statistiche che casi di studio individuali per dimostrare la profondità e la portata dell'impatto del servizio Health Connections.

Siamo grati al Somerset ICS per il continuo supporto e finanziamento che ha reso possibile questa trasformazione dell'assistenza primaria. Ora che lascio la partnership e cedo la leadership dei medici di base al mio collega, il Dott. Jos Selwyn-Gotha, attendo con ansia l'ulteriore sviluppo del team di Health Connections e sono grato e orgoglioso di aver preso parte a questo percorso.

*Dott.ssa Helen Kingston*

## **Indice**

4 Introduzione

5 Condivisione di informazioni su supporto, risorse e opportunità nella nostra comunità

12 Community Connectors

16 Supporto individuale Health Connectors

20 Lavoro di gruppo e programmi Health Connections

23 Assistenza personalizzata e lavoro di squadra

25 Sviluppo della comunità

27 Leadership strategica con un approccio dal basso

29 Impatto ecologico

32 Migliorare il reclutamento, la fidelizzazione e la soddisfazione del personale medico di base, incluso il sondaggio sul personale

35 Il nostro impatto più ampio a livello nazionale e internazionale

37 Conclusione

39 Appendice

40 Punti salienti del lavoro di Health Connections Frome PCN

42 Punti salienti del lavoro di Health Connections Mendip PCN

43 Punti salienti del lavoro di Health Connections West Mendip PCN

45 Focus su Glastonbury Talking Cafe + Wellbeing Monday

49 Supportare la gestione del dolore attraverso la sospensione della prescrizione

50 Contattaci

## Introduzione

Health Connections Mendip (HCM) rimane al centro dell'impegno per consentire alle nostre comunità locali di vivere vite più sane e più connesse. Attraverso un approccio olistico, proattivo e basato sulle relazioni, contribuiamo a ridurre le disuguaglianze sanitarie, a promuovere il lavoro di quartiere, a sostenere il programma di prevenzione e ad affrontare i determinanti sociali della salute. Lavoriamo a fianco di individui e comunità per sviluppare conoscenze, risorse e supporto per mantenere una buona salute e benessere e prevenire le malattie.

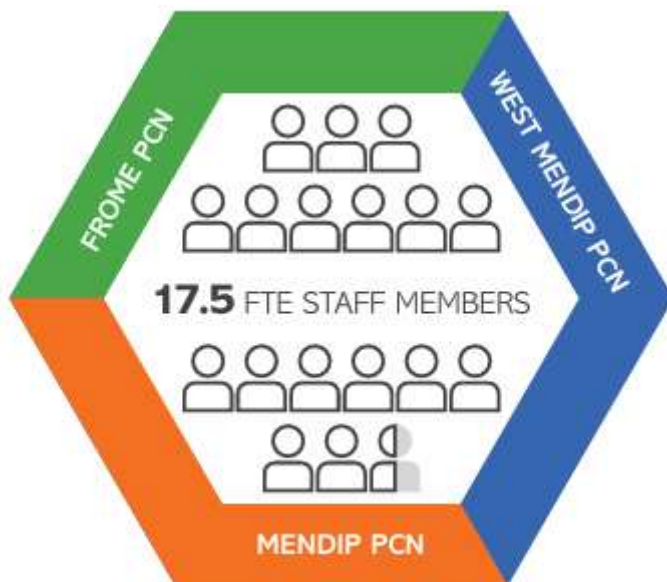
## WEST MENDIP PCN

Adottiamo un approccio comunitario al nostro servizio, con l'obiettivo di essere inclusivi e offrire alle persone opportunità di coinvolgimento nel modo più adatto a loro. Questo può includere un supporto individuale, in cui ci prendiamo il tempo per comprendere le complessità della vita di una persona comprese le sfide che affronta, i suoi punti di forza e il supporto che potrebbe già ricevere da sé, da amici, familiari o dalla comunità. Offriamo anche lavoro di gruppo, che può essere svolto insieme ai colleghi medici di base in consulenze di gruppo, programmi per stili di vita più sani e gestione del dolore o supporto tra pari, in cui attingiamo alle conoscenze e alle competenze di coloro che soffrono di patologie croniche.

Il nostro sviluppo comunitario include il supporto alla creazione di gruppi di supporto, la creazione di connessioni attraverso i nostri Talking Café e Talking Benches, la promozione dell'uguaglianza nell'erogazione dei servizi, la formazione dei cittadini per indirizzare altri verso il supporto e la fornitura di un sito web con l'elenco dei servizi a tutta la comunità.

nostro team dedicato di 26 membri dello staff (17,5 equivalenti a tempo pieno) è impiegato in tre Reti di Assistenza Primaria (PCN): Frome PCN, Mendip PCN e West Mendip PCN. Insieme, supportiamo una popolazione di 120.762 professionisti attraverso la prescrizione sociale, il coaching sanitario e lo sviluppo della comunità. Il nostro modello consolidato è attivo dal 2013 e il team è composto da: Health Connectors/ Senior Health Connectors (10,5 FTE), Coordinatori di team/Amministratori, Responsabili dei servizi e un Team di sviluppo. Ogni membro del team è formato sia come Operatore di collegamento per le prescrizioni sociali che come Health Coach, riflettendo il nostro approccio ibrido.

Questo rapporto evidenzia i nostri risultati, le statistiche, i feedback e i casi di studio.



# Sharing Information about Support, Resources and Opportunities in our Community



## Condivisione di informazioni su supporto, risorse e opportunità nella nostra comunità

### Punti di accesso alle informazioni

Abbiamo creato e gestiamo un completo elenco di supporto e risorse sul sito web progettato per aiutare le persone a migliorare la propria salute e il proprio benessere. Il nostro team si impegna a fondo per mantenere queste informazioni accurate, aggiornate e accessibili a tutti. L'elenco del sito web è disponibile a tutti.

Può essere utilizzato dalle persone nella comunità per trovare informazioni per sé stessi, amici e familiari.

Il personale degli studi medici di base e altri professionisti hanno la "*prescrizione sociale a portata di mano*" tramite l'elenco dei servizi e gli Health Connector lo utilizzano mentre lavorano a fianco delle persone che assistono.

Sappiamo che le persone accedono alle informazioni in modi diversi e alcune persone potrebbero preferire non essere in grado di accedere alle informazioni online.

Per rispondere a questa esigenza, abbiamo sviluppato diversi Punti di accesso alle informazioni per garantire che tutti nella comunità possano trovare facilmente il supporto di cui hanno bisogno nel modo più adatto a loro. I punti di accesso alle informazioni sono: directory del sito web, linea telefonica, *Talking Cafe* e *Talking Bench*. Questo è ciò che chiamiamo "*molti modi per molti*".

### Directory dei siti web

Per chi preferisce navigare online, la nostra directory [www.healthconnectionsmendip.org/mendip-directory/](http://www.healthconnectionsmendip.org/mendip-directory/) è sempre accessibile.

Fornisce una risorsa completa per esplorare servizi e supporto.

*"Trovo che la risorsa locale più utile sia la directory gestita dal team Health Connections e ho link a pagine preferite che condivido regolarmente con i pazienti. Prescrivo prodotti naturali in ogni momento."*

Numero di risorse aggiunte alla directory nel 2024: 61  
Numero di visualizzazioni di pagina: 123.000

Numero di servizi aggiunti alla directory nel 2024: 120

### Servizi più visualizzati

1. Esercizio fisico
2. Amicizia
3. Consulenza e terapia
4. Elaborazione del lutto
5. Assistenti familiari
6. Benessere creativo
7. Peso sano
8. Servizi di salute mentale
9. Demenza
10. Assistenza domiciliare

### Linea telefonica

Per chi preferisce una comunicazione diretta, offriamo tre linee telefoniche, ciascuna gestita da un Coordinatore di Team che fornisce informazioni e supporto personalizzati in base alla propria area.

*“Siamo molto fortunati ad avere un coordinatore di team in ogni area in grado di gestire e gestire tutte le chiamate telefoniche in arrivo. Solitamente possiamo indirizzare le persone verso servizi di supporto locali nella comunità, come banche alimentari, Talking Café e Citizens Advice, dove questo supporto potrebbe aiutarle nel modo più efficace, piuttosto che prenotare una consulenza con un Health Connector. Questo significa che possiamo dare priorità alle consulenze individuali, ove necessario”.*

Chiamate ai Coordinatori del Team Health Connections 4.496

### Talking Cafés

Fondati a Frome nel 2013, i Talking Cafés si sono da allora espansi a Mendip, in altre zone del Somerset e persino a livello internazionale.

Si tratta di spazi accoglienti dove le persone possono fare amicizia e accedere alle informazioni presenti nella directory del sito web tramite Health Connector. Alcuni Talking Cafés sono piccoli, mentre altri si sono ampliati fino a includere altre organizzazioni e attività.

Vedi Appendice 3 per un focus su Glastonbury Talking Café + Wellbeing Monday.

*“Ho stretto ottime amicizie che mi hanno aiutata a prendermi cura di mio marito, della sua morte e poi a iniziare una nuova vita da vedova. Persone che hanno condiviso momenti belli e brutti con comprensione, ma senza soffermarsi sui problemi. Health Connector è parte integrante di tutto questo, disponibile quando necessario, con consigli, aiuto e informazioni pertinenti.”*

Numero di Talking Café gestiti: 389  
Numero totale di visite: 7.037

### Talking Benches

Consapevoli del fatto che non tutti si sentono a proprio agio ad entrare in un edificio per partecipare a un Talking Café o ad andare online per consultare la directory del sito web, le Talking Benches offrono punti di riferimento informali nella comunità. Qui, le persone possono parlare con un Health Connector e conoscere le risorse disponibili.

“Ho scoperto tantissimo su ciò che sta succedendo nella mia comunità, parlando con un Health Connector, sul Talking Bench. Ora vado al Talking Cafe e ho fatto tantissimi amici e mi sono unito a un gruppo artistico che è davvero divertente.

Numero di conversazioni con un Health Connector presso una Talking Bench: 642

Numero di sessioni di Talking Bench: 89

### **Altri modi in cui condividiamo le informazioni**

Health Connections ha una presenza attiva e dinamica sia online che all'interno della comunità, utilizzando diverse piattaforme per entrare in contatto con le persone, promuovere i nostri servizi e aumentare la consapevolezza di altre organizzazioni nella comunità.

### **Sui social media**

Interagiamo con oltre 1.400 follower su Facebook e 699 follower su Instagram e condividiamo aggiornamenti su eventi, servizi e contenuti relativi a salute e benessere. La nostra portata su Facebook nel 2024 era:



### **Sensibilizzazione della comunità**

Crediamo nel creare connessioni dove le persone si trovano, quindi, oltre alla nostra presenza online, ci impegniamo anche di persona in diverse sedi:

- Affiggiamo volantini e informazioni sulle bacheche comunali, nei negozi e in altri spazi pubblici per raggiungere un pubblico più ampio.
- Lasciamo schede informative in luoghi come biblioteche e negozi locali, che le persone possono ritirare di passaggio.
- Partecipiamo a eventi locali in cui condividiamo informazioni su come diventare un Community Connector e sui servizi che offriamo.
- Partecipiamo a gruppi comunitari per interagire con persone che altrimenti non verrebbero a conoscenza delle nostre informazioni.
- Collaboriamo con altre organizzazioni che condividono la nostra attenzione alla salute e al benessere per ampliare la nostra portata e il nostro impatto.

### **Stampa locale**

Ci impegniamo anche per sensibilizzare l'opinione pubblica attraverso la stampa locale, con articoli pubblicati su quotidiani locali e su siti di notizie online. Coinvolgimento degli studi medici

Nei nostri studi medici, utilizziamo diverse modalità di comunicazione, come schermi digitali, striscioni e poster che mostrano le informazioni di Health Connections. In alternativa, sono disponibili cartoline o volantini da portare a casa, contribuendo a diffondere il messaggio in modo più personale e accessibile.



## Community Connectors

I Community Connectors provengono da ogni ceto sociale: insegnanti, parrucchieri, studenti, persone senza fissa dimora, persone costrette a casa, medici e tassisti. Chiunque può diventare un Community Connector, contribuendo a diffondere consapevolezza e supporto nella nostra comunità.

Diventare un Community Connector è semplice.

Abbiamo sviluppato diverse modalità di formazione, tra cui: l'aggiunta della formazione al nostro programma per uno stile di vita più sano, la formazione formale prenotata tramite Eventbrite, la formazione informale nei luoghi di lavoro o la formazione ad hoc nei bar o in altri luoghi scelti dalla persona.

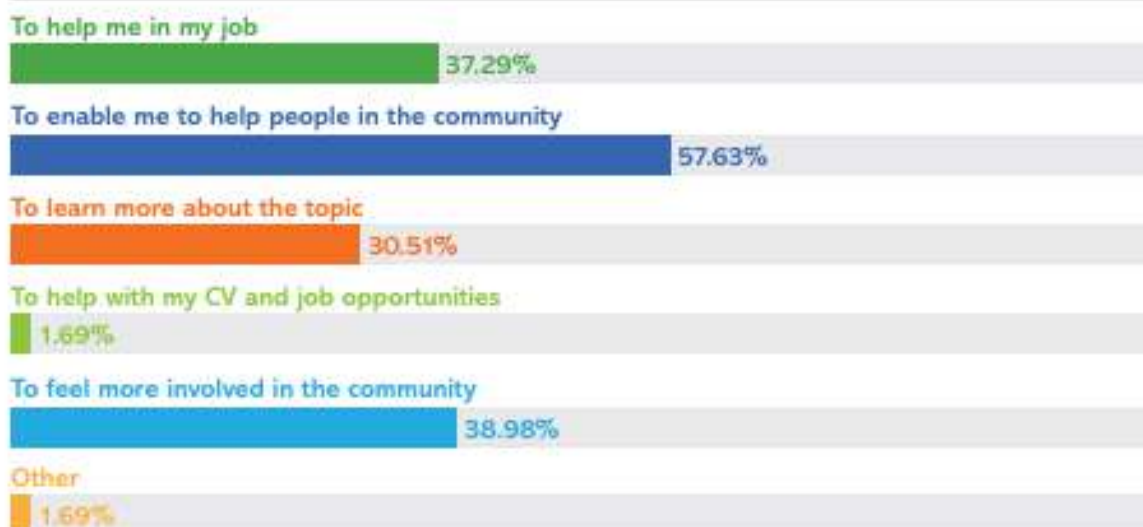
Ad oggi abbiamo formato oltre 2.400 Community Connectors e il modello è stato condiviso in questo Paese e all'estero. Il modello Community Connector si è ampliato per includere altri tipi di connettori, ad esempio i Heritage Connectors. Vedi Appendice 2

Ad oggi abbiamo formato oltre 2.400 Community Connector e il modello è stato condiviso in questo Paese e all'estero.



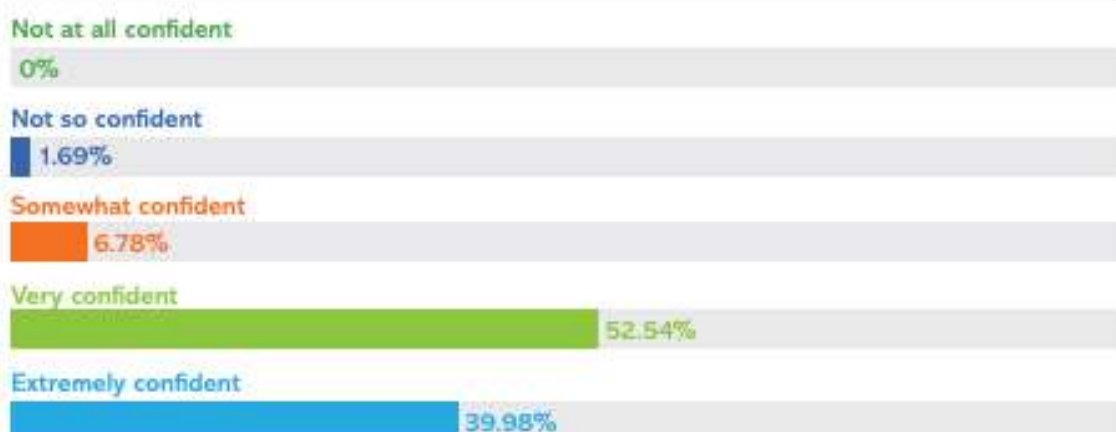
## Survey directly after the training session

Main motivation for completing training:



## Survey directly after the training session

How confident to you feel to pass on messages about information access points to others?



*"Molto informativo, chi avrebbe mai pensato che ci fosse così tanto aiuto là fuori!"*



*"Quando stavo pensando di trasferirmi in una nuova zona, ricordo di aver sentito un medico di base su Radio 4 parlare di come gli studi medici di Mendip avessero sviluppato un approccio innovativo per supportare i pazienti attraverso la prescrizione sociale e mettendoli in contatto con le iniziative della comunità locale. Quel discorso è stato uno dei fattori chiave nella mia decisione di trasferirmi a Frome. Appena arrivato, una vicina mi ha accolto. Dopo aver seguito la formazione come Community Connector, mi ha dato una tessera con le informazioni su dove avrei potuto trovare informazioni sui numerosi servizi di supporto e sulle opportunità disponibili nella zona, insieme a informazioni su come accedervi tramite Health Connections. Ero ansioso di far parte di questa comunità solidale e di contribuire a modo mio, quindi mi sono formato anch'io come Community Connector! Dopo aver parlato con la formatrice della mia esperienza nella formazione del personale medico in materia di benessere, sono stato invitato a tenere corsi di formazione per lo studio medico. Ho appena completato un corso di sei settimane con loro - una prova dell'incredibile effetto domino e del potere dei Community Connectors!"*

*"Ho trovato la formazione davvero utile. Mi ha aiutato a capire l'importanza di responsabilizzare le persone, collegandole a punti di accesso. E quanto sia fondamentale farlo nel modo corretto".*

## Supporto individuale di Health Connectors

### Health Connectors One-to-One Support



Gli Health Connectors offrono supporto individuale personalizzato, affiancando le persone nel loro percorso verso un migliore benessere mentale, fisico e sociale. Il nostro approccio si concentra su ciò che conta di più per ogni persona, lavorando insieme per costruire connessioni – con se stessi, con gli amici, la famiglia, i gruppi della comunità e le risorse locali – promuovendo al contempo un senso di significato e uno scopo. Questo può aiutare le persone a riconoscere i propri punti di forza e capacità, a sviluppare capacità di cura e autogestione di sé e ad apportare cambiamenti duraturi nello stile di vita che supportino la loro salute.

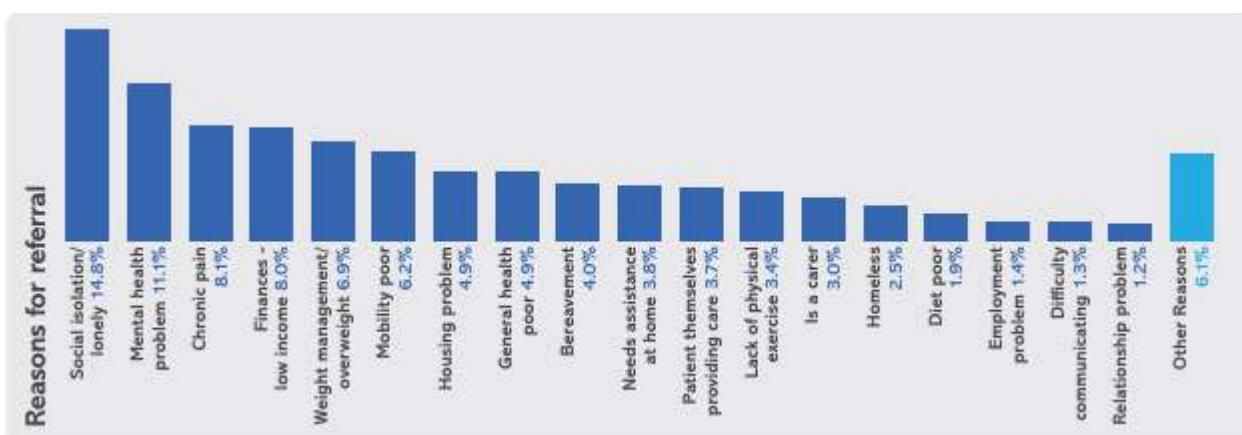
Gli Health Connectors offrono appuntamenti riservati, di persona o telefonici, lavorando al fianco delle persone per esplorare i loro punti di forza, le sfide e il supporto che già ricevono da familiari, amici o dalla comunità.

Utilizzando una serie di domande personalizzate per la pianificazione dell'assistenza e del supporto, aiutano le persone ad affrontare problemi come solitudine, stress, difficoltà finanziarie e gestione di condizioni a lungo termine.

L'obiettivo è comprendere le complessità della vita di ogni persona, identificare ciò che conta di più per loro e supportarle nel compiere i prossimi passi verso un migliore benessere.

Gli Health Connectors ricevono supervisione, supporto tra pari e formazione professionale continua per garantire un'assistenza di alta qualità. Collaboriamo a stretto contatto con professionisti del settore sanitario, socio-assistenziale e del volontariato per garantire che coloro che affrontano complesse sfide sanitarie e sociali ricevano il supporto giusto al momento giusto.

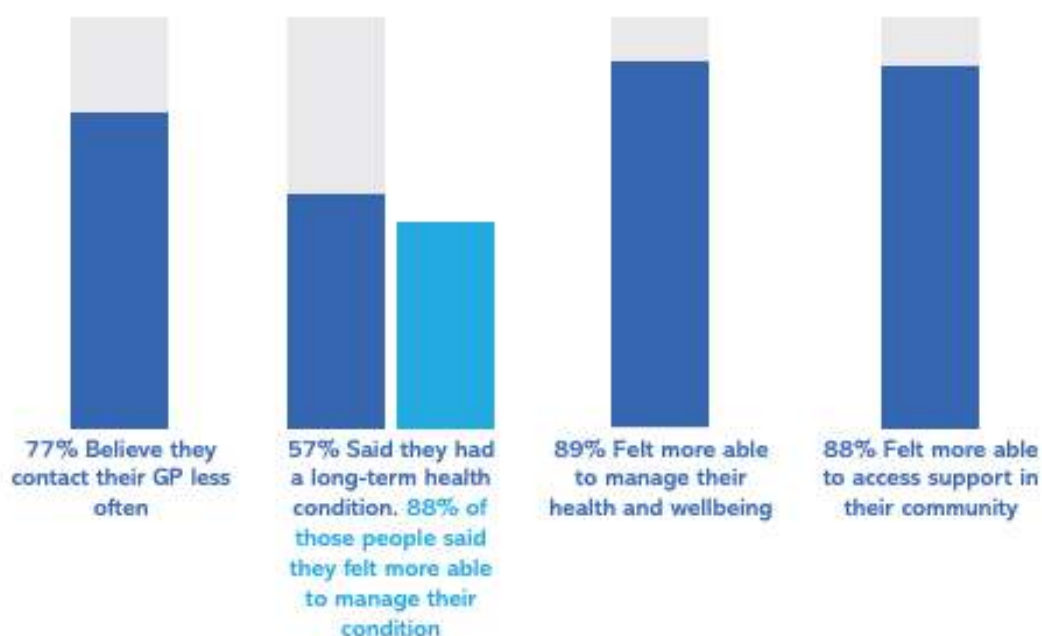
Numero di persone supportate nelle sessioni individuali: 2.760 con molte altre supportate attraverso il nostro lavoro di gruppo



## ONS4 Results after having used the Health Connections service



## Feedback after having used the Health Connections service



## Health Connector con il compito specifico di ridurre le disuguaglianze sanitarie, con particolare attenzione ai senzatetto.

Dall'ottobre 2023, il Mendip PCN impiega un Health Connector per la riduzione delle disuguaglianze sanitarie (RHI).

Questo ruolo opera principalmente in collaborazione con il medico di base per l'inclusione e la salute dei senzatetto di Mendip e Yeovil, e con le segnalazioni di quest'ultimo, e opera in tutta Mendip, con pazienti registrati presso uno qualsiasi degli 11 studi dei PCN di Frome, Mendip e West Mendip.

La logica di questo ruolo è che, per ridurre le disuguaglianze sanitarie, una minoranza dei pazienti che assistiamo necessita di un approccio diverso. Per questo motivo, l'RHI Health Connector dedica molto tempo all'attività di sensibilizzazione. I casi sono spesso più complessi, richiedono più tempo per raggiungere i risultati e, per questo motivo, hanno un carico di lavoro inferiore.

I pazienti assistiti sono generalmente persone senza fissa dimora (inclusi coloro che si spostano sul divano e in alloggi temporanei) o appartenenti alle comunità zingare, rom e viaggiatori.

### **Feedback dal supporto individuale:**

*"Volevo darti un feedback sulle indicazioni che mi hai dato per attività creative che ho trovato estremamente utili, che mi hanno poi spinto ad acquistare un tornio da vasaio e a dedicarmi di nuovo alla ceramica. Sto anche uscendo molto di più e ho intenzione di iniziare a fare yoga. Desidero ringraziarti perché tutto questo è stato di enorme beneficio per il mio benessere. Il fatto che tu mi abbia organizzato un pass per un sito storico ha reso le uscite molto più facili e più proficue. Apprezzo molto tutto l'ottimo lavoro che stai facendo - grazie mille, non esiterò a contattarti se avrò bisogno di ulteriore supporto".* Utente del servizio

*"Stavo attraversando un periodo difficile e il mio medico di base mi ha parlato di Health Connections. La preoccupazione principale riguardava la mia salute fisica e l'impatto che stava avendo sulla mia salute mentale. Da quando ho iniziato a consultare un Health Connector, ho cambiato le mie abitudini alimentari, concentrandomi su cibi più sani, cosa che ora sta facendo tutta la famiglia. Ho iniziato ad accompagnare i miei figli a scuola, mi sono iscritto a una squadra di calcio, tengo un diario della gratitudine e ho persino iniziato un nuovo lavoro. Con il supporto del mio Health Connector sono riuscito a rimettermi in carreggiata, ad apportare cambiamenti positivi e mi sento molto più in grado di accedere al supporto della comunità. Ho trovato la directory e le risorse di Health Connections davvero utili."* Utente del servizio

*"Sono davvero grato che mi abbiate aiutato organizzandomi un laptop ricondizionato tramite Donate iT. Non potevo permettermi di comprarne uno, quindi questo mi ha permesso di cercare lavoro e di seguire un corso di formazione durante la convalescenza dopo un intervento chirurgico alla colonna vertebrale. Ho trovato un nuovo lavoro che ora ho iniziato e sono quindi pronto a cedere il laptop a qualcun altro che potrebbe averne bisogno."* Utente del servizio

*"Ho ricevuto un fantastico supporto individuale e indicazioni dal mio Health Connector. Negli ultimi due anni ho attraversato grandi cambiamenti di vita e di salute e ho dovuto rinunciare al lavoro di insegnante. Sono anche nuovo nella zona. Ho tratto grandi benefici dal collegamento con le attività fisiche e di benessere locali."* Utente del servizio

*"Mi sento molto fortunata ad avere l'Health Connector che mi supporta con i collegamenti con la comunità e il supporto di coaching: sta avendo un impatto così grande e positivo sulla mia vita."* Utente del servizio



**Health Connections - Lavoro di gruppo e Programmi**

## Programmi per uno stile di vita più sano (a Mendip)

Tutti e tre i team di Health Connections offrono un programma di gruppo interattivo di sei settimane progettato per supportare le persone nella gestione di patologie a lungo termine e nel miglioramento del benessere fisico, sociale e mentale. Ogni sessione si concentra su aspetti chiave della salute, tra cui sonno, alimentazione, attività fisica, benessere emotivo e relazioni sociali. Guidato da Health Connectors, il programma offre un ambiente di supporto in cui i partecipanti possono apportare cambiamenti significativi che li riguardano. Dal lancio del programma di autogestione Health Connections originale nel 2015, l'iniziativa si è costantemente evoluta, plasmata dalle intuizioni di altri professionisti e dal feedback dei partecipanti. Questo continuo sviluppo garantisce che il programma rimanga pertinente e reattivo alle diverse esigenze di coloro che vi prendono parte. Al centro del programma c'è la consapevolezza che i partecipanti sono gli esperti della propria vita. Insieme, imparano gli uni dagli altri, riconoscono i propri punti di forza e acquisiscono fiducia nella gestione della propria salute e del proprio benessere. Il programma adotta un approccio olistico, affrontando il benessere emotivo, sociale e fisico e supporta i partecipanti nello sviluppo di strumenti, conoscenze e connessioni per apportare miglioramenti duraturi alla propria vita.



### Programma "Vivere Bene con il Dolore"

Sulla base del supporto alla gestione del dolore offerto dal nostro Programma di Autogestione originale, ora offriamo un programma chiamato "Vivere Bene con il Dolore", incentrato su un percorso in 10 fasi, coaching di gruppo e supporto tra pari. Questo programma di sei settimane incoraggia le persone che convivono con il dolore cronico ad adottare strategie di autogestione efficaci, migliorando la loro qualità di vita. I partecipanti partecipano a sessioni settimanali che trattano vari aspetti della gestione del dolore, tra cui la definizione degli obiettivi, la comprensione del dolore, la programmazione delle attività e l'esplorazione di approcci non farmacologici. Il corso promuove un ambiente di supporto in cui le persone possono condividere esperienze e imparare le une dalle altre, promuovendo il supporto tra pari come elemento fondamentale del programma. In collaborazione con i colleghi medici di base, aiutiamo i pazienti a ridurre la dipendenza dai farmaci antidolorifici fornendo loro strategie alternative per gestire efficacemente il dolore. Questa partnership mira a migliorare i risultati clinici dei pazienti e a promuovere miglioramenti sanitari sostenibili e a lungo termine.



### Pain Café: una porta di accesso al supporto per chi convive con il dolore cronico

(Centri di supporto per la salute di West Mendip e Frome)

Health Connections Mendip organizza i Pain Café, gruppi di supporto tra pari progettati per le persone che convivono con dolore cronico. Questi incontri informali offrono uno spazio sicuro e accogliente in cui le persone possono condividere esperienze, imparare gli uni dagli altri ed esplorare diverse strategie di gestione del dolore. Facilitate da un Health Connector, le sessioni prevedono anche la partecipazione di relatori ospiti, come terapisti complementari e terapisti occupazionali, che offrono ulteriori spunti e approcci alla gestione del dolore. I Pain Café rappresentano un primo passo accessibile per coloro che cercano supporto, sia che stiano esplorando l'autogestione per la prima volta, sia che stiano aspettando di partecipare a uno dei nostri programmi strutturati o che cerchino una comunità di persone che comprendano la loro esperienza. Offrono un modo semplice per entrare in contatto con gli altri, ottenere informazioni utili e scoprire le opzioni di supporto più approfondite disponibili tramite Health Connections Mendip..



### Consulti di gruppo con il personale medico e gli Health Connectors

Health Connections Mendip collabora con il personale medico per offrire consulenze di gruppo, offrendo un modo innovativo per ricevere supporto e guida. Queste consulenze riuniscono piccoli gruppi di pazienti con problemi di salute simili, insieme a professionisti medici e Health Connectors. In questi contesti di gruppo, i pazienti possono condividere esperienze, porre domande e ricevere consigli personalizzati in base alle loro specifiche esigenze. Il personale medico, inclusi medici di base e infermieri, fornisce competenze cliniche, mentre gli Health Connectors offrono ulteriore supporto, aiutando i partecipanti a esplorare le risorse della comunità, i cambiamenti nello stile di vita e le strategie di autogestione. Le consulenze di gruppo consentono ai partecipanti di beneficiare del supporto tra pari, promuovendo un senso di comunità e un apprendimento condiviso. Possono anche ridurre la pressione sugli appuntamenti individuali, garantendo che più persone possano accedere al supporto in modo collaborativo ed efficiente. Questo approccio migliora sia i risultati sanitari che l'esperienza del paziente, poiché combina l'assistenza medica con il supporto olistico offerto da Health Connectors.



### Gruppo per le Condizioni di Salute a Lungo Termine

*(From PCN)*

Il Gruppo per le Condizioni di Salute a Lungo Termine, precedentemente noto come gruppo "On Track", è un incontro di supporto mensile gestito da Health Connectors. Questo gruppo offre alle persone che convivono con patologie a lungo termine, come la fibromialgia, un ambiente sicuro e accogliente per entrare in contatto con altre persone che affrontano problemi di salute simili. I partecipanti hanno l'opportunità di condividere esperienze, discutere strategie di gestione, definire obiettivi e fornire supporto reciproco, promuovendo un senso di comunità e comprensione.





### **Assistenza personalizzata e lavoro di squadra**

Presso Health Connections Mendip, collaboriamo a stretto contatto con i colleghi degli studi medici di base, dei team di assistenza complessa e dei team di dimissioni ospedaliere, creando un approccio integrato e collaborativo all'assistenza. Far parte di un team multidisciplinare arricchisce il nostro lavoro, favorendo relazioni solide, una comprensione più profonda dei ruoli reciproci e un impegno condiviso per la risoluzione dei problemi.

Questo approccio multidisciplinare ci consente di combinare competenze, prospettive e competenze diverse, garantendo un'assistenza più completa ed efficace per le persone. Lavorando insieme, ci supportiamo a vicenda, apportando competenze e conoscenze diverse al team, il che migliora l'assistenza che forniamo. Oltre al nostro team diretto, collaboriamo con il Mendip Neighbourhood Team più ampio, che include infermieri distrettuali, il team di salute mentale per anziani, i servizi di cure palliative e l'assistenza sociale per adulti. Tuttavia, il nostro ruolo si estende oltre le reti professionali.

Con un piede negli studi medici di base e l'altro nella comunità, colmiamo il divario tra i servizi sanitari formali e le reti vitali di familiari, amici e vicini. Riunendo tutti questi aspetti, il nostro team funge spesso da collante tra i servizi professionali e la comunità, non semplicemente fornendo supporto, ma consentendo alle persone di riconoscere e utilizzare le proprie competenze e conoscenze.

Crediamo nel lavorare con le persone e le loro reti di supporto, piuttosto che fare cose per loro, assicurandoci che rimangano partecipanti attivi al proprio benessere, ove possibile. Tutti noi diamo valore alle esperienze vissute e alle conoscenze delle persone e alle loro reti di supporto tanto quanto alle competenze professionali e, valorizzandole e riunendole, garantiamo che tutte le componenti del sistema di supporto siano riconosciute e operino in modo coeso nel loro insieme.

Questo approccio che coinvolge l'intera popolazione garantisce che le persone ricevano il giusto supporto al momento giusto, sia attraverso i servizi sanitari e assistenziali, sia attraverso la forza delle proprie comunità. Rafforzando queste connessioni, promuoviamo la collaborazione tra tutti i settori e diamo ai singoli individui gli strumenti per accedere al supporto di cui hanno bisogno nel modo più adatto a loro.

### **Sviluppo della comunità**

Lo sviluppo della comunità è una parte fondamentale del nostro lavoro a Mendip e un requisito del quadro nazionale di prescrizione sociale del NHS. I nostri tre team di Health Connections collaborano strettamente con la popolazione locale, il settore VCFSE, i consigli locali, i colleghi delle cure primarie e un'ampia gamma di professionisti e servizi per rafforzare le reti e le risorse della comunità e rispondere ai bisogni identificati. Nel corso degli anni, Health Connections ha svolto un ruolo chiave nel supportare la creazione di numerosi gruppi di pari e progetti locali.

Nell'ultimo anno, abbiamo fornito informazioni e supporto a persone che desideravano creare gruppi di supporto tra pari per patologie come la sclerosi lichen, la sindrome dell'ovaio policistico, la sindrome da stanchezza cronica (ME/CFS) e la salute mentale delle madri. I nostri team collegano anche progetti emergenti con organizzazioni come Spark Somerset, che offrono consulenza sulla creazione di strutture di beneficenza, politiche e procedure, formazione di volontari e opportunità di finanziamento. Nel 2024 abbiamo continuato la nostra collaborazione con organizzazioni come Centri per l'impiego, Consigli comunali, Polizia, Edilizia residenziale, il settore VCFSE, aziende, l'Abbazia di Glastonbury, il Palazzo Vescovile di Wells e, naturalmente, i cittadini. Abbiamo anche tenuto una serie di conferenze e presentazioni, tra cui alla rete della Somerset Association of Local Councils (SALC) ('Creare comunità connesse, solidali e più sane'), al team Somerset Aster Housing, al Neighbourhood Forum del Somerset NHS Foundation Trust, a un gruppo del Women's Institute e a un gruppo di persone che partecipano a un programma di prevenzione delle cadute, rafforzamento e equilibrio nella comunità.

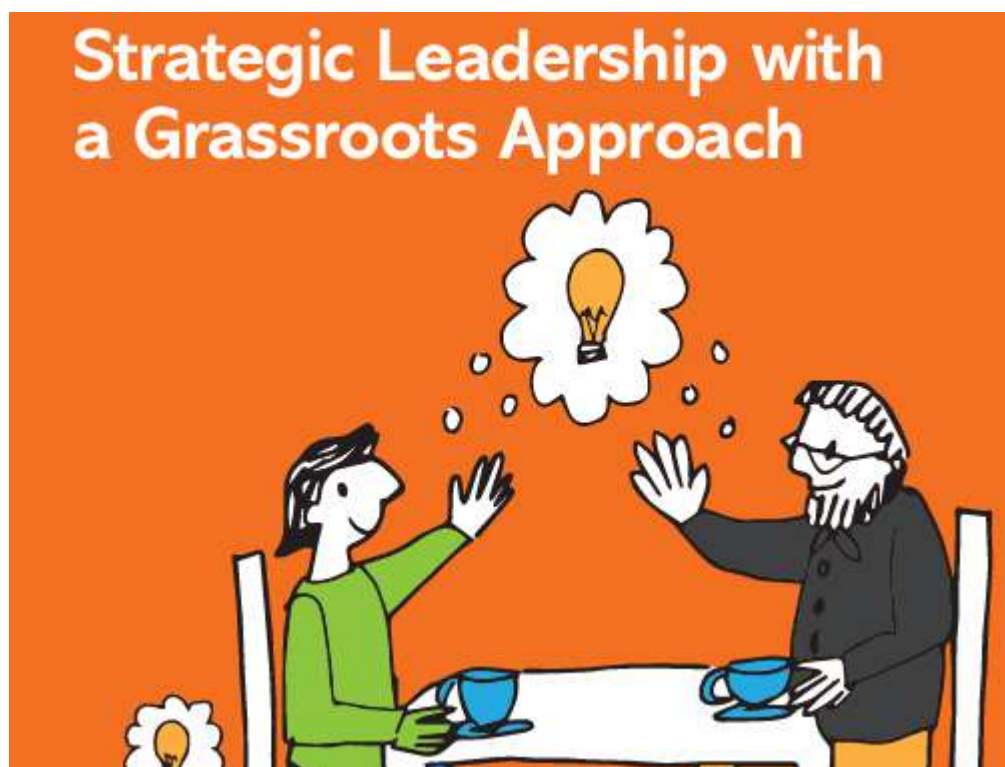
### **Supporto finanziario/partnership**

#### **Sovvenzioni Surviving Winter**

Per il quinto anno consecutivo, nell'ambito di una partnership con la Somerset Community Foundation, siamo stati in grado di stanziare 23.760 sterline di finanziamenti Surviving Winter a coloro che vivono a Mendip dai 60 anni in su e che hanno difficoltà a riscaldare le proprie case nei mesi più freddi e soffrono di patologie croniche (in alcuni casi anche a persone di età pari o superiore a 50 anni).

#### **Altro supporto finanziario**

I team di Health Connections mettono inoltre in contatto le persone con una serie di altre sovvenzioni, supporto per il debito e assistenza. Ad esempio, abbiamo una partnership continuativa con Citizen's Advice Somerset, che ci consente di indirizzare le persone verso consulenze e supporto specialistici individuali, e contattiamo regolarmente chiese locali e organizzazioni benefiche per aiutare le persone a reperire elettrodomestici e mobili.



**Leadership strategica con un approccio dal basso**

## Team di Sviluppo

Il piccolo team di sviluppo di due persone (1,5 FTE) svolge un ruolo importante nel garantire sia la supervisione strategica che l'impatto pratico sul campo.

Collaboriamo strategicamente con i partner del Somerset nell'ambito della Social Prescribing Collaborative per rafforzare, sostenere e chiarire il modello di prescrizione sociale nel Somerset. Parte di questo impegno consiste nel promuovere finanziamenti sostenibili per Health Connections e per il sistema di prescrizione sociale più ampio.

Guidiamo anche il programma Community Connector, supervisionando la formazione, fornendo supporto continuo, conducendo attività di monitoraggio e valutazione e garantendo che l'iniziativa si evolva per soddisfare le esigenze emergenti.

Il Team di Sviluppo identifica e affronta anche le lacune. Ad esempio, abbiamo avviato un progetto pilota a Frome per migliorare l'integrazione di Young Somerset negli studi medici di base e abbiamo anche promosso iniziative per sensibilizzare sul credito pensionistico. Collaboriamo con le organizzazioni partner per aiutarle a raggiungere i loro gruppi target, come il team di salute pubblica del consiglio, e le abbiamo supportate nell'integrazione del programma Focus on More nell'assistenza primaria e nella comunità.

Oltre a questo, svolgiamo un ruolo chiave nel riunire e condividere informazioni con i team e la comunità in senso più ampio. Gestiamo la directory del sito web, la newsletter settimanale per i team e report come questo rapporto annuale, garantendo che informazioni preziose siano accessibili e ampiamente condivise.

Rispondiamo anche alle problematiche sollevate dai pazienti, sostenendo il cambiamento in aree trascurate che potrebbero contribuire alle disuguaglianze, come l'accesso ai servizi di pulizia e sostituzione degli apparecchi acustici.

Inoltre, collaboriamo con le idee e le offerte dei membri della comunità, come l'introduzione di un programma per il benessere del personale gestito dai membri della comunità, The Thriving Giver. Il Team di Sviluppo bilancia il lavoro strategico, la collaborazione con le organizzazioni partner, la gestione di idee e preoccupazioni dei pazienti e della comunità, la diffusione di informazioni e la gestione del programma Community Connector. In qualità di componente importante ma presente dietro le quinte del team Health Connections, contribuiamo a rafforzare il sistema nel suo complesso per garantire risultati migliori per tutti.



Health Connections Mendip si impegna a migliorare la salute in modi che vadano anche a beneficio del pianeta. Aiutando le persone a realizzare cambiamenti importanti per migliorare la propria salute e il proprio benessere, contribuiamo a ridurre la dipendenza dai farmaci, a ridurre l'impronta di carbonio e a promuovere stili di vita più sostenibili. Questo approccio può anche ridurre la necessità di interventi medici, contribuendo a un sistema sanitario più sostenibile. Come parte dei team degli studi medici di base, svolgiamo un ruolo importante nel supportare gli studi nell'affrontare la sostenibilità e ridurre il loro impatto ambientale. Concentrandoci sulla prevenzione, sulla cura di sé e sulla connessione con la comunità, il nostro lavoro sostiene sia il benessere individuale sia gli sforzi più ampi per ridurre l'impronta di carbonio dell'assistenza sanitaria.



### **Impatto verde per la salute**

I nostri contributi hanno supportato direttamente le pratiche volte al raggiungimento dell'obiettivo di Prescrizione Sociale del premio Green Impact for Health. Attraverso il nostro lavoro collettivo, continuiamo a promuovere un cambiamento positivo nella sostenibilità dell'assistenza sanitaria.

### **Deprescrizione — lavorare a stretto contatto con i colleghi medici di base**

Health Connections collabora con l'innovativa strategia di deprescrizione guidata dal medico di base, offrendo un programma di gestione del dolore a coloro che il medico di base supporta per ridurre l'assunzione di farmaci antidolorifici. Vedi appendice 4

### **Migliorare il personale medico di base: reclutamento, fidelizzazione e soddisfazione incluso il sondaggio sul personale**

La presenza di Health Connections Mendip all'interno degli studi medici di base può renderli luoghi di lavoro più attraenti, attraendo professionisti che apprezzano un approccio all'assistenza sanitaria olistico e incentrato sulla comunità.

### **Abbiamo condotto un sondaggio tra il personale di tutti gli studi con cui collaboriamo a Mendip per raccogliere feedback sul servizio Health Connections.**

Il sondaggio mirava a valutare la consapevolezza, il coinvolgimento e l'impatto percepito del nostro lavoro all'interno dei team degli studi medici di base. Risposte al sondaggio tra il personale Abbiamo ricevuto un'eccellente risposta, con 176 membri del personale che hanno condiviso le loro opinioni nel corso di una settimana. Questo prezioso contributo fornisce informazioni su come il nostro servizio è integrato nell'assistenza primaria, su come il personale interagisce con esso e sulle opportunità di ulteriore sviluppo. I risultati contribuiranno a definire il nostro approccio per supportare in modo più efficace sia il personale che i pazienti e i membri della comunità.

## Staff Survey responses

(Removing those who wrote 'not applicable to my role')

**86%** know what the Health Connections team do

**84%** signpost people to the Health Connections directory

**83%** think that the Health Connections team has made a positive difference to the service they can offer patients

**59%** say that the Health Connections team has improved their job satisfaction

**71%** say that the Health Connections team is well integrated into the practice

**55%** believe that the Health Connections team has helped reduce unnecessary GP practice appointments

**78%** say that they signpost to the Health Connections website directory

**Q. In your opinion, how has Health Connections team impacted patient care:**

**83%** selected 'improved patient wellbeing'

**88%** selected 'enhanced access to community resources'

**55%** selected 'enabled you to provide more holistic care to patients'

## Il nostro impatto più ampio a livello nazionale e internazionale

Il Development Lead, che ha fondato Health Connections, è finanziato da un ente benefico per supportare altre aree nel Regno Unito. Attraverso interventi in numerose conferenze e webinar e fornendo supporto consulenziale, abbiamo supportato numerose aree e organizzazioni nell'esplorazione di modelli efficaci per loro.

Nel 2024, il nostro lavoro è stato presentato anche sulla stampa e su diversi media internazionali, raggiungendo milioni di persone.

- TRT World: Attraverso le età – Affrontare la crisi della solitudine nel Regno Unito | Oltre i confini
- Radiotelevisione Italiana: L'era della solitudine (LINK dal minuto 01:02:57)
- Radiotelevisione Svizzera: Puls



*“Nel 2013, 11 studi di Mendip si sono uniti per formare il team Health Connections, un'iniziativa collaborativa che ha creato fiducia, promosso relazioni e creato una visione condivisa per il futuro. Questa partnership ha gettato le basi per un'ulteriore collaborazione, portando alla formazione di team di assistenza complessa e al miglioramento del coordinamento delle cure. Sharon Morgan, Managing Partner, Vine Surgery*

*Con l'espansione di Mendip in tre distinti PCN, lo spirito di collaborazione è cresciuto. La condivisione di conoscenze e buone pratiche è diventata un segno distintivo della regione. Health Connections ha unito studi con un obiettivo comune e il suo impatto ha continuato a evolversi. Quando sono stati introdotti i ruoli ARRS, gli studi di Mendip li hanno integrati perfettamente, basandosi sulla collaborazione esistente. Oggi si concentrano su un'assistenza proattiva e preventiva e sul supporto a coloro che soffrono di patologie a lungo termine. Il successo del team di Health Connections è una testimonianza del potere della partnership e dell'impatto positivo duraturo sull'ecosistema sanitario locale.”*

**Emma Fynn, Responsabile Sviluppo e Vaccinazioni Covid del Progetto PCN di Mendip**

*“Nel 2024, Health Connections Mendip ha continuato a sostenere lo sviluppo di comunità connesse e resilienti, aiutando le persone nel loro percorso verso un miglioramento della salute e del benessere mentale, fisico e sociale. Il nostro lavoro ha incluso la formazione e l'empowerment di nuovi Community Connector, la fornitura di informazioni essenziali su una vasta gamma di argomenti e la fornitura di supporto individuale personalizzato in diversi contesti a migliaia di cittadini.*

*Tutto ciò è stato svolto facilitando un'ampia varietà di programmi di gruppo coinvolgenti e collaborando con i partner della comunità per creare nuovi gruppi e iniziative. Durante tutto l'anno, i nostri team hanno risposto in modo proattivo alle esigenze e alle priorità specifiche individuate nelle nostre comunità locali. Essendo integrati negli studi medici di base e impiegati nelle reti di assistenza primaria (PCN), il nostro personale di Health Connections ha rafforzato un approccio olistico e collaborativo all'assistenza ai pazienti.*

*La loro presenza nei team dei medici di base rafforza il coinvolgimento della comunità nella salute e offre ai singoli individui una voce più forte, consentendo loro di contribuire attivamente a soluzioni personalizzate. Avendo assunto la direzione clinica dal Dott. Kingston, il cui instancabile impegno per l'innovazione è stato fondamentale per lo sviluppo di questo servizio, mi sento privilegiato nel riflettere sui notevoli risultati ottenuti dal nostro team.*

*Mentre ci avviciniamo al nostro decimo anniversario come team completo di Mendip nel 2025, questa è stata una fantastica opportunità per evidenziare il lavoro stimolante e trasformativo svolto che ha plasmato il settore della prescrizione sociale. Guardando al futuro, siamo entusiasti di rafforzare ulteriormente il nostro ruolo di componente chiave dell'assistenza sanitaria nell'area di Mendip.*

nostra visione include l'ampliamento della portata a supporto delle comunità svantaggiate, il potenziamento di sessioni di gruppo innovative e programmi di coaching, e l'approfondimento della collaborazione con i team PCN per massimizzare il nostro impatto. Basandoci su progetti di successo in aree come il dolore cronico e il diabete, continueremo a sviluppare strategie proattive per migliorare la salute e il benessere.

La trasformazione digitale giocherà un ruolo chiave nell'identificare i più bisognosi e fornire supporto in nuovi modi, migliorando al contempo l'alfabetizzazione sanitaria per consentire alle persone di gestire il proprio benessere.

Soprattutto, rimaniamo impegnati nella nostra funzione principale di responsabilizzare individui e comunità affinché guidino un cambiamento significativo, promuovendo un futuro più sano e più connesso per tutti.

Grazie al nostro team dedicato, ai nostri stimati partner e alla nostra comunità attiva e dinamica per la vostra continua collaborazione e il vostro supporto”.

**Dr. Jos Selwyn-Gotha**, Medico di base associato, Frome Medical Practice

Per ulteriori informazioni, si prega di contattare:

Richieste generali - Inviare un'e-mail a [mendip.healthconnections@nhs.net](mailto:mendip.healthconnections@nhs.net)

o chiamare il numero 01373 468368

[www.healthconnections-mendip.org](http://www.healthconnections-mendip.org)



[HC A4 AnnualReport2024 FINAL.pdf](#)

## ≡ **PARMATODAY**

### **Parma avvia la sperimentazione della prescrizione sociale nel welfare culturale**

Al Labirinto della Masone la tavola rotonda “La cultura a Parma tra giovani e ben-essere” segna l’avvio del percorso che candida la città come area pilota regionale per integrare cultura, salute e coesione sociale nelle politiche pubbliche

Si è svolta al Labirinto della Masone a Fontanellato la tavola rotonda “**La cultura a Parma tra giovani e benessere: lo spazio del possibile**”, un incontro che ha segnato l’avvio di un **percorso strategico** volto a promuovere Parma come città di **benessere e sostenibilità attraverso la promozione e l'accessibilità culturale**. L’evento ha segnato l’avvio ufficiale della candidatura di Parma come **area pilota** in Emilia-Romagna per la sperimentazione della **prescrizione sociale** nell’ambito delle politiche di welfare culturale, in collaborazione con la Regione.

I lavori sono stati aperti dai saluti del **Sindaco di Parma Michele Guerra**, del Vice Sindaco e Assessore alla Cultura **Lorenzo Lavagetto**, del Rettore dell'Università di Parma **Paolo Martelli** e la Consigliera **Saba Giovannacci** in rappresentanza del Presidente della Provincia. Sono intervenuti **Gessica Allegni** e **Massimo Fabi**, rispettivamente Assessora alla Cultura e Assessore alla Salute della Regione Emilia-Romagna, **Ettore Brianti**, Assessore alle Politiche sociali del Comune di Parma, e **Beatrice Aimi**, Assessora alla Comunità Giovanile del Comune di Parma.

Tra i relatori **Pier Luigi Sacco**, Docente di Politica Economica all'Università "G. D'Annunzio" di Chieti, socio fondatore CCW-Cultural Welfare Center, e **Francesca Velani**, Vicepresidente e Direttrice Area Cultura e Sostenibilità PromoPA Fondazione, co-curatrice del Manifesto per il Welfare Culturale. **Antonio Nouvenne**, Consigliere incaricato del Comune di Parma per le Politiche di integrazione tra Ospedale e Territorio, ha moderato dei lavori.

L'iniziativa ha posto al centro dell'attenzione, in particolare, il ruolo dei **giovani**, in coerenza con gli obiettivi di **Parma Capitale Europea dei Giovani 2027**, e si è inserita nel più ampio contesto del **Patto Sociale**, lo strumento di governance integrata e territoriale volto a promuovere prossimità, integrazione tra i servizi e sostegno alle persone in condizione di fragilità.

Parma, con questa iniziativa, si candida a divenire laboratorio territoriale per la costruzione di un nuovo modello di servizi pubblici integrati, in cui la **cultura** non sia più percepita come accessoria, ma come **parte fondamentale** delle strategie di cura, inclusione e sviluppo. Un cantiere aperto, a disposizione dell'intero Paese, per sperimentare un approccio scientificamente fondato e umanamente necessario al benessere della persona.

"Si riavvolge un nastro con questo incontro al Labirinto della Masone' ha aperto il Sindaco **Michele Guerra** "che trova un capo nella passata esperienza di Capitale Italiana della Cultura che, proprio nel welfare culturale ha avuto uno dei suoi asset principali. Anche Franco Maria Ricci, visionario ideatore di questo spazio straordinario, in quel periodo ci aveva inviato una lettera di profonda adesione alla visione di una Parma giovane ed innovativa. Oggi arriviamo all'altro capo del nastro con una città che si sta avviando ad interpretare la Capitale europea dei giovani anche concretizzando nuove formule di fruizione di una cultura considerata come volano di benessere per tutti"

«Ancora una volta Parma si propone come laboratorio. Non è una novità, perché in questo territorio c'è una spinta verso l'innovazione non comune e soprattutto c'è l'idea della squadra, del lavorare insieme per obiettivi che sono condivisi e "di comunità". Questa iniziativa ne è una nuova testimonianza. Con uno slogan si potrebbe dire che "la cultura fa ben-essere": di fatto è così, per un modello che integra aspetti culturali, sanitari, formativi e sociali nel nome di una trasversalità che è quella cui sempre più dobbiamo tendere. Noi come Università ci siamo e naturalmente ci mettiamo a disposizione, con i nostri saperi e le nostre competenze». Ha commentato il Magnifico Rettore **Paolo Martelli**.

Parma dimostra la sua capacità di essere all'avanguardia nell'innovazione delle politiche pubbliche, avviando con questa importante iniziativa la sperimentazione del welfare culturale come area pilota regionale. L'evento odierno al Labirinto della Masone rappresenta un passo fondamentale verso un nuovo modello che riconosce alla cultura il ruolo di strumento di cura e inclusione sociale, superando la tradizionale frammentazione dei servizi. Il welfare culturale rappresenta una rivoluzione nel modo di concepire il benessere delle persone, dove la cultura diventa elemento essenziale per migliorare la qualità della vita delle persone e la capacità inclusiva delle comunità. Ha dichiarato l'Assessora regionale alla Cultura **Gessica Allegni**.

La **prescrizione sociale** è un approccio nato in ambito **sanitario e sociale** che propone un **modello innovativo** di promozione del **benessere**, orientando le persone verso **attività culturali e comunitarie** che, pur non essendo trattamenti clinici, generano benefici misurabili per la salute fisica, mentale e relazionale. Alla base di tali effetti vi è una dimensione neurobiologica: le pratiche culturali agiscono come "risorse di sopravvivenza", capaci di rafforzare le nostre capacità empatiche, predittive e adattive.

A partire da queste premesse, il **welfare culturale** è stato presentato come un paradigma che integra in modo organico cultura, salute, istruzione e coesione sociale; supera la frammentazione delle politiche pubbliche per proporre un modello trasversale, basato sull'accessibilità e sulla partecipazione culturale come diritti di cittadinanza.

**Manifesto per il Welfare Culturale**, promosso dalle **Regioni Emilia-Romagna e Toscana** con il supporto scientifico di **Promo PA Fondazione**, definisce i quattro pilastri del modello: valore scientifico, rilevanza etica, sostenibilità strutturale e integrazione intersettoriale. Costituisce una cornice di riferimento per legittimare il welfare culturale nei sistemi normativi regionali, orientando le politiche verso forme stabili e riconosciute di intervento. In Emilia-Romagna, il Manifesto si traduce in **linee guida operative** che promuovono l'integrazione tra ambiti culturale, sociale, educativo e sanitario, la costruzione di una filiera professionale dedicata e la valutazione dell'impatto delle pratiche sul benessere bio-psico-sociale. L'obiettivo è generare **progettualità condivise** e **investimenti coerenti**, capaci di produrre risultati concreti e misurabili per le comunità.

--

**Parma avvia la sperimentazione della prescrizione sociale nel welfare culturale**  
<https://www.parmatoday.it/attualita/welfare-comune-parma.html>

© ParmaToday

## Diseguaglianze

quotidianosanità.it

### **Sanità globale a rischio: l'Oms lancia l'allarme su una crisi finanziaria senza precedenti**

*Secondo le proiezioni dell'OMS, nel 2025 gli investimenti globali nel settore potrebbero subire un crollo del 40%, con un calo di circa 10 miliardi di dollari rispetto ai 25 miliardi del 2023. La stima di appena 15 miliardi di dollari in aiuti sanitari per quest'anno rappresenterebbe il livello più basso mai registrato nell'ultimo decennio*

#### **23 GIU -**

Il mondo rischia di affrontare la più grave emergenza finanziaria in ambito sanitario degli ultimi decenni. A dirlo non è un osservatore esterno o un centro studi indipendente, ma l'Organizzazione mondiale della sanità stessa, per bocca della sua direttrice per il finanziamento e l'economia della sanità, **Kalipso Chalkidou**. Intervenendo a Ginevra alla consueta conferenza stampa del venerdì dedicata alle agenzie umanitarie, la dirigente dell'OMS ha descritto uno scenario allarmante, segnato da tagli massicci alle risorse sanitarie proprio nei Paesi più ricchi, con ripercussioni devastanti su quelli che da anni dipendono dagli aiuti internazionali per sostenere i propri fragili sistemi sanitari.

Le decisioni recenti di Stati Uniti, governi europei e istituzioni dell'Unione Europea di congelare o ridurre significativamente i fondi destinati alla sanità globale stanno generando effetti a catena che mettono a rischio milioni di vite. Secondo le proiezioni dell'OMS, nel 2025 gli investimenti globali nel settore potrebbero subire un crollo del 40%, con un calo di circa 10 miliardi di dollari rispetto ai 25 miliardi del 2023. La stima di appena 15 miliardi di dollari in aiuti sanitari per quest'anno rappresenterebbe il livello più basso mai registrato nell'ultimo decennio.

A pagare il prezzo più alto sono i Paesi a basso reddito, in particolare nell'Africa subsahariana. Qui, in molte realtà, i programmi finanziati dagli Stati Uniti rappresentano da soli fino al 30% della spesa sanitaria, come

nel caso del Malawi, o circa un quarto in Paesi come Mozambico e Zimbabwe. Un'eventuale riduzione dei finanziamenti esterni avrebbe l'effetto immediato di paralizzare interi sistemi sanitari, già messi a dura prova da una crescente pressione demografica, da infrastrutture carenti e da debiti pubblici ormai ingestibili.

La situazione è resa ancora più critica dal fatto che, dal 2006, la spesa sanitaria interna pro capite nei Paesi più poveri è rimasta stabilmente inferiore agli aiuti ricevuti dall'estero. In molti casi, i bilanci nazionali destinano oggi al servizio del debito una quota di risorse doppia rispetto a quella riservata alla sanità. Una sproporzione che, secondo Chalkidou, rende impossibile qualsiasi forma di pianificazione sostenibile e che rischia di aggravare ulteriormente le disuguaglianze nell'accesso alle cure.

Le conseguenze di questa spirale negativa sono già visibili. Un recente sondaggio condotto dall'OMS rivela che numerosi Paesi stanno segnalando interruzioni dei servizi sanitari paragonabili a quelle registrate durante il picco della pandemia di COVID-19, con ospedali costretti a ridurre drasticamente le prestazioni e programmi di prevenzione sospesi per mancanza di fondi.

Di fronte a questa emergenza, l'OMS invita i governi a rivedere radicalmente l'approccio al finanziamento della sanità. Serve, ha detto Chalkidou, una strategia che punti a rafforzare le entrate interne, ad esempio attraverso sistemi fiscali più equi e attraverso la tassazione di prodotti dannosi per la salute come tabacco e alcol. Ma è altrettanto necessario avviare un dialogo costruttivo con le banche multilaterali per ottenere prestiti agevolati, in grado di sostenere investimenti a lungo termine che rafforzino i sistemi sanitari pubblici. L'appello dell'OMS non si ferma però ai microfoni di Ginevra. La prossima occasione per trasformare l'allarme in impegno concreto sarà la Conferenza internazionale sul finanziamento per lo sviluppo, in programma a Siviglia. Un appuntamento che, nelle intenzioni dell'Organizzazione, dovrà rappresentare un punto di svolta per una sanità globale che rischia di essere travolta non da una nuova pandemia, ma dall'abbandono politico ed economico.

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=130475](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=130475)



## **Universalismo: un termine da declinare**

**Elio Borgonovi**

La discussione che ho avuto recentemente con un collega, mi ha stimolato a riflettere sul concetto di universalismo, che è uno dei pilastri del Servizio Sanitario Nazionale. Infatti, il collega ha sostenuto che il termine universalismo non deve e non può essere qualificato, mentre a mio parere è opportuno, anzi necessario, qualificarlo.

Innanzitutto, per superare l'opposizione di principio di chi sosteneva, ai tempi dell'approvazione della 833/78, e ancora oggi sostiene che "non si può garantire tutto a tutti", osservazione facilmente superabile ricordando che il Servizio Sanitario Nazionale definisce livelli essenziali di assistenza e quindi stabilisce chiari confini per la garanzia pubblica.

È stato più complicato confrontarmi con il collega sul fatto che l'universalismo, pur nei limiti dei LEA, deve confrontarsi con il principio di "realismo". Innanzitutto universalismo non significa garantire le stesse prestazioni a tutti, ma significa garantire prestazioni diverse per bisogni diversi.

Quindi va distinto il concetto di universalismo basato sull'uguaglianza di prestazioni a quello basato sulla equità della risposta ai bisogni. Di fronte a bisogni, che sono diversi per condizioni personali e familiari, sono necessarie prestazioni diverse, in questo caso alcuni studiosi hanno proposto la definizione di "universalismo

proporzionale” che a mio parere si pone nella linea della salute personalizzata, di precisione, oltre che preventiva e predittiva.

In secondo luogo occorre declinare anche il principio secondo cui “di necessità si deve fare virtù”. In un sistema con risorse limitate, di cui in questa sede non è possibile discutere le cause e i rimedi, la realtà evidenzia che una parte significativa di prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative, non si trasforma poi in prestazioni ottenute o, come si dice “consumate”.

Alcune ricerche empiriche hanno dimostrato che in Regioni del nord con sistemi considerati abbastanza efficienti, il fenomeno riguarda tra il 30 e il 50% delle prescrizioni. In queste situazioni si ha una selezione ex post dovuta al fatto che a causa delle liste di attesa, chi ha possibilità di tipo economico si rivolge direttamente al privato (tramite assicurazioni, fondi integrativi, pagamento auto pocket) e chi non ha la disponibilità economica rinuncia alle prestazioni.

Di fronte a questa situazione nasce una riflessione: è meglio continuare nella situazione attuale nella quale, è superfluo dirlo, vengono penalizzati i gruppi socialmente ed economicamente deboli o è meglio suggerire soluzioni del tipo “prescrivere solo ciò che il sistema è in grado di garantire effettivamente”?

Questa seconda soluzione sul piano operativo significa che il prescrittore (MMG o Specialista) deve essere in grado di prenotare automaticamente le prestazioni che intende prescrivere.

Assumere il principio secondo cui occorre prescrivere solo ciò che può essere effettivamente erogato, significa responsabilizzare il prescrittore sulla appropriatezza delle prescrizioni e sulla necessità di comparare l'utilità a fini diagnostici e terapeutici delle prescrizioni tra diversi pazienti.

<https://magazine.grandiospedali.it/2025/05/14/universalismo-un-termine-da-declinare/>

THE LANCET *Regional Health*  
Europe

## **La solitudine dei rifugiati: una crisi trascurata che necessita di innovazione scalabile**

[Shuyan Liu](#) · [J. Bromberg](#) · [Matthias Haucke](#)<sup>a</sup> · [Xin Zhou](#)<sup>d</sup> · [Danielle Poole](#)<sup>c, d, e</sup> · [Fino a Bärnighausen](#)<sup>b, c, f, g</sup> et al.

La solitudine è sempre più riconosciuta come un fattore determinante per la salute, tanto che il Surgeon General degli Stati Uniti l'ha recentemente dichiarata una crisi di salute pubblica, paragonabile per impatto al fumo e al consumo eccessivo di alcol. <sup>1</sup> Sebbene la solitudine sia diffusa a livello globale, è particolarmente diffusa tra le popolazioni sfollate. I rifugiati in fuga da conflitti, persecuzioni o disastri sono spesso separati dalle reti familiari e sociali, collocati in ambienti non familiari e si trovano ad affrontare barriere linguistiche, culturali e strutturali all'integrazione. <sup>2, 3</sup> Queste condizioni li espongono a un rischio maggiore di solitudine persistente, con effetti a cascata sulla salute fisica e mentale.

Una revisione sistematica ha dimostrato che fino al 50% dei rifugiati e dei richiedenti asilo soffre di solitudine. <sup>3</sup> Questa esigenza rimane per lo più insoddisfatta, poiché sono stati sviluppati e testati pochi interventi per combattere la solitudine in questo gruppo di popolazione, e i pochi interventi basati sull'evidenza scientifica esistenti vengono raramente implementati. La solitudine tra i rifugiati non è semplicemente un sintomo di sfollamento, ma è un fattore determinante per la salute, tra cui depressione, ansia, uso di sostanze, demenza, malattie cardiovascolari, esclusione sociale e aumento della mortalità per tutte le cause. <sup>1</sup> Eppure, le strategie sanitarie globali spesso trascurano le relazioni sociali nei loro sforzi per migliorare il benessere dei rifugiati.

La guerra in Ucraina ha amplificato questa sfida su vasta scala, con oltre 6,3 milioni di ucraini sfollati in tutta Europa entro il 2025, rispetto ai 6,8 milioni a livello globale. Prima del conflitto, l'Ucraina aveva già uno dei tassi di solitudine più alti al mondo. Lo sfollamento ha esacerbato questo fenomeno, poiché i rifugiati ucraini affrontano le stesse sfide delle altre popolazioni di rifugiati: legami familiari e sociali frammentati, difficoltà

di accesso ai servizi sanitari e prolungata incertezza sul futuro. Sebbene questo contesto sia urgente e visibile, rispecchia i modelli osservati tra i rifugiati siriani, afgani, venezuelani e Rohingya negli anni precedenti e in altri contesti globali.

Gli interventi per affrontare la solitudine devono essere economici, scalabili e adattabili alle complesse realtà delle popolazioni mobili e con risorse limitate. I supporti psicosociali tradizionali come la terapia di gruppo o la terapia cognitivo-comportamentale (TCC), sebbene efficaci, sono spesso impraticabili nei contesti dei rifugiati. La TCC richiede operatori qualificati, adattamento culturale e un coinvolgimento a lungo termine, che potrebbero non essere in linea con la natura transitoria e le risorse limitate dei contesti dei rifugiati.

Al contrario, la rivalutazione cognitiva, elemento centrale della terapia cognitivo-comportamentale (TCC), offre un'alternativa promettente e accessibile. Si concentra sull'aiutare gli individui a cambiare il modo in cui interpretano le situazioni emotivamente difficili. <sup>4</sup> Nuove evidenze suggeriscono che interventi brevi che utilizzano la rivalutazione cognitiva possono ridurre la solitudine e migliorare la regolazione emotiva. <sup>5</sup> Questi interventi sono più facili da scalare, non richiedono la presenza fisica e possono essere integrati in piattaforme digitali.

Anche semplici interventi basati sul comportamento, come gli stimoli all'esercizio fisico, si dimostrano promettenti. L'esercizio fisico strutturato (ad esempio, yoga e danza) e le attività quotidiane non legate all'esercizio fisico (ad esempio, salire le scale e camminare) possono migliorare l'umore, ridurre lo stress e favorire l'interazione sociale. <sup>6</sup> Questi interventi sono convenienti e possono essere erogati tramite dispositivi mobili o sessioni di gruppo o guidate da pari nei centri di accoglienza per rifugiati. Il loro vantaggio risiede nelle minime esigenze infrastrutturali e nell'adattabilità a culture e contesti diversi.

Guardando al futuro, le innovazioni tecnologiche potrebbero ampliare radicalmente il modo in cui comprendiamo e affrontiamo la solitudine nelle popolazioni di rifugiati. La fenotipizzazione digitale, ovvero l'utilizzo di dati passivi provenienti dagli smartphone (ad esempio, movimento, posizione, sonno, utilizzo di app, telefonate, SMS, modelli di social media), può aiutare a identificare gli individui ad alto rischio di solitudine o disagio, nonché a valutare fattori ambientali, come la loro esposizione a notizie, pubblicità o persino eventi come sirene o attentati. <sup>7</sup> Ciò consente interventi personalizzati, allineati ai modelli comportamentali, alle preferenze culturali e ai cambiamenti istantanei di umore o attività. <sup>8</sup>

Gli interventi adattativi just-in-time (JITAI), basati sui dati in tempo reale degli smartphone, possono rispondere dinamicamente alle esigenze degli utenti. <sup>9</sup> Ad esempio, se l'utilizzo del telefono da parte di una persona suggerisce un isolamento sociale, l'app potrebbe suggerire di connettersi con altri, fare una passeggiata o offrire un momento di rivalutazione guidata. Questi interventi massimizzano la pertinenza e il coinvolgimento, riducendo al minimo il carico per l'utente. <sup>9</sup>

I modelli linguistici di grandi dimensioni (LLM), i motori alla base di strumenti di intelligenza artificiale avanzati, potrebbero offrire un supporto terapeutico scalabile e on-demand. <sup>10</sup> Sebbene ancora in fase iniziale nell'applicazione alla salute dei rifugiati, gli LLM potrebbero potenzialmente fungere da agenti conversazionali in grado di fornire psicoeducazione 24 ore su 24, 7 giorni su 7, suggerire strategie di coping o offrire supporto empatico nella lingua dell'utente, il tutto in assenza di medici umani. Tutele etiche e di gestione dei dati, personalizzazione culturale e valutazione rigorosa sono essenziali, ma la portata potenziale è considerevole.

Per colmare il divario tra ricerca e pratica, le strategie sanitarie nazionali e globali per i rifugiati devono dare priorità alla solitudine non come problema secondario, ma come fattore determinante per la salute e il benessere. Interventi digitali scalabili che affrontino le dimensioni emotive, cognitive e sociali della solitudine offrono una strada da percorrere.

Mentre gli sfollamenti globali continuano ad aumentare, affrontare la solitudine tra i rifugiati è un imperativo sia di salute pubblica che morale. Dobbiamo affrontare questa crisi non solo offrendo riparo e sicurezza, ma anche strumenti che restituiscano connessione, capacità di azione e dignità a coloro che hanno perso così tanto.

[https://www.thelancet.com/journals/lanepi/article/PIIS2666-7762\(25\)00147-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanepi/article/PIIS2666-7762(25)00147-4/fulltext)

## **Ubs report 2025: la crescita della ricchezza accelera e si concentra sempre più, in Italia il 5% possiede metà della ricchezza nazionale**

**Luciano Cerasa**

In un anno segnato da dinamiche economiche mutevoli, il panorama della ricchezza mondiale ha continuato a evolversi. L'edizione 2025 dell'Ubs Global Wealth Report rivela non solo un aumento del 4,6% della ricchezza globale, ma offre anche approfondimenti più dettagliati su chi detiene tale ricchezza e su come stia aumentando. Dall'ascesa degli Emilli (acronimo di Everyday Millionaires) alle prospettive di ricchezza generazionale negli Stati Uniti, i risultati emersi quest'anno.

In Italia nel 2024 la ricchezza media per adulto è aumentata del 3,81 al netto dell'inflazione ma secondo il rapporto Ubs il 5% degli italiani possiede metà della ricchezza nazionale e cresce solo il patrimonio di chi è già ricco. I milionari sono 1,3 milioni. Quasi due terzi della ricchezza miliardaria in Italia è stato trasmesso attraverso le eredità.

L'analisi di quest'anno ha coinvolto 56 mercati che, secondo le stime, dovrebbero rappresentare oltre il 92% della ricchezza mondiale.

Nel 2024 la ricchezza globale è cresciuta del 4,6%, dopo un incremento del 4,2% nel 2023, proseguendo così un trend al rialzo costante. Tuttavia, la velocità di crescita non è stata uniforme, concentrandosi soprattutto sul Nord America, con le Americhe che hanno rappresentato complessivamente la maggior parte dell'aumento, con oltre l'11%. Dollaro stabile e mercati finanziari solidi hanno contribuito in modo determinante a questa crescita. Asia-Pacifico (Apac) ed Europa, Medio Oriente e Africa (Emea) sono rimaste indietro, con tassi di crescita inferiori rispettivamente al 3% e allo 0,5%.

Dall'ascesa degli Emilli alle prospettive di ricchezza generazionale negli Stati Uniti, i risultati emersi quest'anno mettono in luce la natura sfaccettata e dinamica della creazione di ricchezza nel mondo di oggi.

Nel 2024, gli adulti del Nord America hanno registrato i livelli medi di ricchezza più elevati (593.347 dollari), seguiti da quelli dell'Oceania (496.696 dollari) e dell'Europa occidentale (287.688 dollari). Tuttavia, in termini reali e misurata in dollari, oltre la metà dei 56 mercati analizzati non solo non ha partecipato alla crescita globale dello scorso anno, ma ha registrato un calo della ricchezza media pro capite. Ciononostante, la Svizzera ha continuato a guidare la classifica della ricchezza media pro capite a livello di singolo mercato, seguita da Stati Uniti (USA), dalla Ras di Hong Kong e dal Lussemburgo. Danimarca, Corea del Sud, Svezia, Irlanda, Polonia e Croazia hanno registrato i maggiori aumenti della ricchezza media, tutti con tassi di crescita a doppia cifra (misurati in valuta locale).

**Il numero di milionari in dollari è aumentato dell'1,2% nel 2024, con un incremento di oltre 684mila persone rispetto all'anno precedente. Gli Stati Uniti hanno registrato oltre 379.000 nuovi milionari in più, ovvero più di 1.000 al giorno. Stati Uniti, Cina e Francia sono i Paesi con il maggior numero di milionari con patrimonio espresso in dollari, con gli Stati Uniti che rappresentano quasi il 40% del totale mondiale.**

Negli ultimi 25 anni si è assistito ad una crescita marcata e costante della ricchezza a livello globale, sia complessivamente che nelle principali regioni. La ricchezza totale è cresciuta a un tasso di annuale composto del 3,4% dal 2000. In questo decennio, la fascia di ricchezza inferiore ai 10mila dollari ha cessato di essere la più popolata del campione, superata dalla fascia successiva compresa tra i 10mila e i 100mila dollari.

Per i prossimi cinque anni, le proiezioni del report indicano una crescita continua della ricchezza media pro capite. Questa espansione sarà trainata da Stati Uniti, Cina, America Latina e Oceania. Media l'ascesa degli Emilli con asset investibili per un valore compreso tra 1 e 5 milioni di dollari. Il loro numero è più che quadruplicato dal 2000, raggiungendo circa 52 milioni a livello globale alla fine dello scorso anno. Questo gruppo oggi detiene una ricchezza complessiva di circa 107mila miliardi di dollari, avvicinandosi ai 119mila miliardi detenuti da individui con un patrimonio superiore a 5 milioni di dollari.

La crescita di questo segmento è stata trainata in larga parte dall'aumento dei prezzi immobiliari e dagli effetti valutari. Nonostante le differenze regionali, il trend al rialzo di lungo termine degli Everyday millionaire è evidente in tutto il mondo.

Il Global Wealth Report evidenzia anche le differenze nella distribuzione della ricchezza tra le generazioni negli Stati Uniti. I **millennials** (nati dopo il 1981) detengono la quota più elevata del patrimonio in beni durevoli e immobili, e investono in misura maggiore in imprese private.

I **Baby boomer** (nati tra il 1946 e il 1964) presentano un patrimonio netto di oltre 83mila miliardi di dollari, superando di gran lunga la **Gen X** (nata tra il 1965 e il 1980), la **Silent Generation** (prima del 1945) e i **Millennial**.

A livello globale, anche la distribuzione della ricchezza varia: nel campione preso in esame dal report, gli Stati Uniti si distinguono per l'elevata quota di investimenti finanziari, l'Australia per quelli immobiliari e Singapore per quelli assicurativi e pensionistici. Nei prossimi 20-25 anni, si prevede un trasferimento di ricchezza superiore agli 83mila miliardi di dollari, di cui 9mila miliardi verranno trasferiti "trasversalmente" tra coniugi, mentre 74mila miliardi passeranno alle generazioni successive.

**I Paesi con i maggiori volumi attesi di trasferimenti di ricchezza sono Stati Uniti (oltre 29mila miliardi), Brasile (quasi 9mila miliardi) e Cina (oltre 5mila miliardi).**

"In un'epoca caratterizzata da rapidi cambiamenti economici, crescente volatilità e sviluppi di mercato senza precedenti, comprendere i trend e i fattori della creazione di ricchezza è più importante che mai, il Global Wealth Report offre un quadro chiaro e dettagliato della generazione e distribuzione della ricchezza in oltre 50 mercati chiave a livello globale, fornendo anche preziose informazioni per il futuro" ha dichiarato Iqbal Khan, co-presidente di Ubs Global wealth management.

"La ricchezza non è solo una misura economica, ma una forza sociale e politica: mentre affrontiamo la quarta rivoluzione industriale e l'aumento del debito pubblico, il modo in cui la ricchezza viene distribuita e trasferita influenzerà le opportunità, le politiche e il progresso; il report di quest'anno mette in evidenza i cambiamenti evolutivi nella detenzione della ricchezza, in particolare la crescente rilevanza delle donne e l'importanza duratura dei beni immobiliari e dei trend patrimoniali di lungo termine" ha aggiunto Paul Donovan, Chief economist di Ubs Global wealth management.

<https://www.fiscoequo.it/ubs-report-2025-la-crescita-della-ricchezza-accelera-nel-2024-e-si-concentra-sempre-piu-in-italia-il-5-possiede-la-meta-della-ricchezza-nazionale/>

## **Sanità USA e governo Trump**



**Il Senato USA intende tagliare 1.000 miliardi di dollari da Medicaid. Ecco chi ne risentirebbe di più.**

**Chris Matthews**

Il Senato intende tagliare 1.000 miliardi di dollari da Medicaid. Ecco chi ne risentirebbe di più. © Getty Images  
I repubblicani del Senato hanno presentato un piano radicale per rivedere il programma Medicaid, con cambiamenti che, come avvertono gli analisti politici, potrebbero portare a perdite di copertura e a sofferenze

ancora maggiori per i sistemi ospedalieri rispetto all'aggressiva proposta approvata dalla Camera dei rappresentanti il mese scorso.

Il testo, pubblicato dalla Commissione Finanze del Senato nell'ambito di un più ampio sforzo del partito per approvare una nuova legislazione in materia di tasse e spesa, sostenuta dal Presidente Donald Trump, mostra che la legislazione mira a ridurre la spesa Medicaid fino a 1 trilione di dollari nell'arco di un decennio, ovvero 200 miliardi di dollari in più rispetto alla versione della Camera.

I critici sostengono che i fornitori guadagnano di più dai pagamenti federali di quanto perdano in tasse e sostengono che questi schemi sono semplicemente un modo per far sì che il governo federale si faccia carico di una parte maggiore dell'onere di Medicaid.

La versione della Camera del disegno di legge vieterebbe l'introduzione di nuove tasse sui fornitori, ma applicherebbe la clausola di non proroga per le disposizioni esistenti. La versione del Senato impedirebbe agli stati di finanziare più del 3,5% della spesa con le tasse sui fornitori a partire dal 2031, in calo rispetto al 6% consentito oggi.

### **Stati e fornitori nel mirino**

Gli stati che hanno ampliato il programma Medicaid nell'ambito dell'Affordable Care Act potrebbero essere colpiti in modo particolarmente duro, sia a causa delle restrizioni fiscali più severe a carico dei fornitori, sia perché fanno maggior ricorso a pagamenti supplementari per finanziare l'assistenza ai residenti a basso reddito.

Se la bozza del Senato diventasse legge, gli ospedali che servono popolazioni rurali o a basso reddito, molti dei quali in stati controllati dal partito repubblicano, potrebbero trovarsi ad affrontare gravi difficoltà finanziarie.

Le compagnie assicurative che offrono servizi di assistenza sanitaria gestiti, tra cui Centene Elevance Health UnitedHealth Group e Molina Healthcare, stipulano contratti con gli stati per fornire servizi Medicaid, accordi che potrebbero essere destabilizzati da modifiche al finanziamento di Medicaid.

### **Aspettatevi una reazione negativa da parte del GOP**

Perlman ha affermato che il testo del Senato dovrebbe essere considerato più come una "bozza di discussione" e che gli investitori dovrebbero aspettarsi cambiamenti sostanziali nel linguaggio man mano che le parti interessate esprimeranno le loro preoccupazioni nei prossimi giorni.

Si prevede che diversi senatori repubblicani si opporranno a queste modifiche, tra cui Susan Collins del Maine, Josh Hawley del Missouri e Jim Justice della Virginia Occidentale, tutti rappresentanti degli stati rurali con un elevato tasso di iscrizione a Medicaid.

"Siamo convinti che i conservatori e i falchi del bilancio al Senato e alla Camera ritengano che la bozza del Senato non sia ancora sufficiente a tagliare la spesa", ha osservato Perlman. "Ma siamo convinti che il testo legislativo debba molto probabilmente rispondere alle preoccupazioni degli elementi più moderati delle conferenze repubblicane del Senato e della Camera per diventare veramente sostenibile".

[https://www.msn.com/en-us/news/politics/senate-looks-to-cut-1-trillion-from-medicaid-here-s-who-would-be-hurt-most/ar-AA1GTxDz?ocid=nl\\_article\\_link](https://www.msn.com/en-us/news/politics/senate-looks-to-cut-1-trillion-from-medicaid-here-s-who-would-be-hurt-most/ar-AA1GTxDz?ocid=nl_article_link)

## La legge di bilancio USA approvata alla Camera ma ora comincia un percorso ad ostacoli

28/05/2025

**Alessandro Scassellati**

*Per ora il Partito Repubblicano di Trump rimane determinato a rubare ai poveri per dare ai ricchi. Se promulgata, sarebbe la più grande operazione di trasferimento di ricchezza dai poveri ai ricchi in un'unica legge di bilancio nella storia degli Stati Uniti. Il One Big Beautiful Bill Act di Trump ha scosso il mercato obbligazionario e avrà inevitabilmente conseguenze globali. Con le tensioni geopolitiche e gli effetti della guerra commerciale che iniziano a farsi sentire, è facile immaginare uno scenario in cui l'eccezionalismo economico americano si erode al punto da non riuscire più a compensare la crescente disfunzione delle sue istituzioni e della sua politica.*

1. Nella notte fra mercoledì e giovedì (21-22 maggio), i Repubblicani della Camera hanno approvato con una maggioranza di un solo voto (215 a favore e 214 contro, con due repubblicani che si sono uniti ai democratici nell'opposizione mentre un terzo ha votato "presente", né a favore né contro il disegno di legge) il "grande e splendido disegno di legge" di bilancio, un ampio pacchetto di agevolazioni fiscali da diversi trilioni di dollari, una vittoria risicata per il presidente Donald Trump e lo speaker della Camera Mike Johnson dopo settimane di negoziati con l'ala più conservatrice del partito che si era opposta fino al giorno prima (si veda anche il nostro [precedente articolo](#)).
2. Gli alleati del presidente Trump a Capitol Hill ne hanno celebrato l'approvazione come una vittoria, con Johnson che ha affermato che "riporta gli americani alla vittoria". Da tempo priorità politica di Trump, la legge estende i tagli fiscali per le aziende e i ricchi (con redditi superiori ai 400 mila dollari), in scadenza entro la fine del 2025, approvati durante la sua prima amministrazione nel 2017<sup>1</sup>, e prevede un afflusso di fondi per la spesa della difesa (che passa da 850 miliardi di dollari ad un trilione, con un incremento di 150 miliardi) e per finanziare le deportazioni di massa degli immigrati clandestini volute da Trump (aggiungendo decine di migliaia di guardie di frontiera e creando la capacità di espellere fino a 1 milione di persone ogni anno<sup>2</sup>). Elimina inoltre temporaneamente le tasse sugli straordinari, sulle mance e sui prestiti per gli acquisti di auto assemblate negli Stati Uniti, promesse chiave fatte da Trump (come parte del suo populismo economico) durante la sua vittoriosa campagna presidenziale del 2024. Le persone di età pari o superiore a 65 anni hanno diritto a una detrazione aggiuntiva di 4.000 dollari, a condizione che il loro reddito lordo rettificato non superi i 75.000 dollari per i contribuenti single o i 150.000 dollari per le coppie sposate. Tutti questi incentivi, tuttavia, scadranno alla fine del 2028, poco prima della fine del mandato presidenziale di Trump. "Quello che faremo qui stamattina è davvero storico e farà la differenza nella vita quotidiana degli americani che lavorano duramente", aveva dichiarato Johnson in aula prima del voto. Inoltre, il disegno di legge prevede tagli significativi alla spesa (circa 800 miliardi di dollari), tra cui il Medicaid, un programma sanitario per gli americani a basso reddito (istituito nel 1965) utilizzato da oltre 71 milioni di americani e che rappresenta il 10% della spesa totale federale, e SNAP, un programma di assistenza alimentare utilizzato da oltre 42 milioni di americani poveri o a basso reddito. Anche molti incentivi all'energia verde approvati dall'ex presidente democratico Joe Biden (con l'IRA) sarebbero annullati entro il 2028<sup>3</sup>. Questi tagli sono stati oggetto di forti tensioni tra i repubblicani, finalmente superate dopo che Trump si è recato a Capitol Hill martedì. Ha intimato privatamente ai legislatori di mettere da parte le loro obiezioni o di affrontare le conseguenze della sua ira e del suo boicottaggio in caso di una loro ricandidatura alle elezioni di midterm del 2026. Il giorno successivo, una dichiarazione della Casa Bianca aveva avvertito che l'amministrazione avrebbe considerato la mancata approvazione del disegno di legge come il "tradimento definitivo". Con una risicata maggioranza di 220 a 212, lo speaker della Camera Mike Johnson non poteva

permettersi di perdere più di una manciata di voti dal suo schieramento e ha apportato diverse modifiche dell'ultimo minuto per accontentare varie fazioni repubblicane. I Repubblicani al Congresso celebrano la vittoria, ma la ristretta maggioranza repubblicana alla Camera è vulnerabile anche a piccoli cambiamenti nel sentimento pubblico. Le elezioni di medio termine potrebbero far passare il controllo di quella Camera ai Democratici e bloccare definitivamente l'agenda legislativa di Trump. I Democratici si sono fortemente opposti al disegno di legge, avvertendo che i tagli potrebbero avere conseguenze disastrose per milioni di americani a basso reddito. "I bambini saranno colpiti. Le donne saranno colpite. Gli anziani americani che fanno affidamento sul Medicaid per l'assistenza nelle case di cura e per l'assistenza domiciliare saranno colpiti", ha dichiarato Hakeem Jeffries, il leader della minoranza democratica alla Camera. "Le persone con disabilità che fanno affidamento sul Medicaid per sopravvivere saranno colpite. Gli ospedali nei vostri distretti chiuderanno [in particolare, [nelle aree rurali](#)]. Le case di cura chiuderanno", ha aggiunto. "E la gente morirà".

La legge, tuttavia, ha un costo enorme. Si stima che aggiungerà 5,2 trilioni di dollari al debito pubblico degli Stati Uniti – attualmente pari ad oltre 36,2 mila miliardi di dollari, pari a circa il 124% rispetto al PIL a parità di potere di acquisto – e aumenterà il deficit di bilancio di circa 600 miliardi di dollari nel prossimo anno fiscale. Queste cifre sbalorditive, unite alla prospettiva di un aumento improvviso degli interessi sul debito (quelli sui Treasury Bonds a 30 anni sono saliti sopra il 5%[4](#)), sono state tra le ragioni per cui la scorsa settimana l'agenzia di rating Moody's ha declassato il rating creditizio degli Stati Uniti. Il governo degli Stati Uniti ha prodotto deficit di bilancio in ogni anno di questo secolo, poiché sia le amministrazioni repubblicane che quelle democratiche non sono riuscite ad allineare la spesa alle entrate. Secondo l'Ufficio di bilancio del Congresso (CBO), un'agenzia tecnica non partisan del Congresso, lo scorso anno il pagamento degli interessi ha rappresentato 1 dollaro su 8 spesi dal governo degli Stati Uniti, più dell'importo speso per le spese militari. Questa quota è destinata a crescere fino a 1 dollaro su 6 nei prossimi 10 anni, poiché l'invecchiamento della popolazione fa aumentare i costi sanitari e pensionistici del governo, anche senza considerare la legge di bilancio di Trump.

I repubblicani della Camera hanno apportato una serie di modifiche dell'ultimo minuto al loro vasto disegno di legge su tasse e spesa, cercando una via che potesse unire le ali in lotta del partito in vista del voto. I più intransigenti dell'ala destra del partito repubblicano (che fanno capo al Freedom Caucus) avevano spinto per tagli alla spesa più consistenti per attenuare l'impatto sul bilancio, ma hanno incontrato la resistenza dei centristi, preoccupati che ciò avrebbe gravato eccessivamente sui 71 milioni di americani a basso reddito beneficiari del programma sanitario Medicaid. Johnson ha apportato modifiche per rispondere alle preoccupazioni dei conservatori, anticipando i nuovi requisiti lavorativi per i beneficiari ("abili" tra i 18 e i 65 anni) del Medicaid, che entreranno in vigore alla fine del 2026, due anni prima rispetto a quanto previsto all'inizio (2029). Secondo il CBO, ciò espellerebbe diversi milioni di persone – tra i 7 e i 10 milioni – dal programma<sup>5</sup>. Il disegno di legge penalizza anche gli Stati che estenderanno Medicaid in futuro. Johnson ha anche ampliato una detrazione per i pagamenti delle imposte statali e locali, una priorità per una manciata di repubblicani centristi che rappresentano Stati democratici ad alta tassazione come New York, New Jersey e California. Il nuovo limite di 40 mila dollari (rispetto al precedente di 10 mila) andrebbe a netto vantaggio delle famiglie più ricche, secondo il Comitato apartitico per un Bilancio Federale Responsabile<sup>6</sup>. I repubblicani hanno anche cambiato il nome dei conti di risparmio esentasse per i figli previsti dal disegno di legge in "Trump Accounts"

Il lungo disegno di legge di oltre 1.100 pagine è stato pubblicato poche ore prima che i legislatori fossero chiamati a votarlo, il che significa che ci sono disposizioni e voci di spesa che sono state scoperte dai deputati stessi e dai media dopo il voto di approvazione. Ad esempio, si è scoperto che le normative sui silenziatori per le armi da fuoco verrebbero allentate. Inoltre, è prevista una restrizione potenzialmente potente per i tribunali federali. I sostenitori di Trump attaccano sistematicamente i giudici che si pronunciano contro di lui, e il disegno di legge include una disposizione che vieta ai tribunali federali di applicare citazioni per oltraggio alla corte relative a ordinanze restrittive temporanee o ingiunzioni preliminari. Almeno un giudice federale sembra pronto a emettere una citazione del genere in un caso di immigrazione di alto profilo che coinvolge

l'amministrazione. Erwin Chemerinsky, preside della facoltà di giurisprudenza dell'Università della California, Berkeley, ha scritto che i giudici potrebbero aggirare la disposizione per i casi futuri, ma centinaia di ordinanze giudiziarie esistenti che coprono ogni sorta di argomento, comprese le numerose cause contro le politiche di Trump, diventerebbero inapplicabili.

2. Ora, la discussione sulla proposta di legge è passata al Senato – che i Repubblicani controllano con un margine di 53-47 -, che avrà la possibilità di approvare o modificare alcune disposizioni del disegno di legge. Se i senatori lo facessero, la proposta tornerebbe alla Camera per un altro voto ad alto rischio, con il rischio di un esito negativo. Dopo la vittoria, i repubblicani della Camera si trovano di fronte a una prospettiva decisamente meno allettante: il fragile accordo raggiunto per approvarlo, che potrebbe comportare rischi politici sostanziali per alcuni dei loro membri più vulnerabili alle elezioni di medio termine del prossimo anno, sta per essere smantellato dal Senato e sostituito con qualcosa di ancora meno appetibile. Su Truth Social, Trump ha esortato il Senato a sottoporre il disegno di legge al suo compito "il prima possibile". Uno dei primi punti che i senatori dovranno affrontare è un rapporto del Congressional Budget Office, secondo cui l'aumento del debito previsto dal disegno di legge della Camera innescherebbe una disposizione di una legge del 2011 che impone tagli alla spesa per circa 500 miliardi di dollari per Medicare, il programma di assicurazione sanitaria per gli anziani. Trump si era impegnato a non toccare questo popolare servizio pubblico, e i Repubblicani probabilmente ne pagherebbero le conseguenze politiche se non modificassero le regole per evitare i tagli obbligatori. I Democratici si impegnano a utilizzare il voto di approvazione del disegno di legge contro i Repubblicani nelle elezioni di medio termine del Congresso del prossimo anno, evidenziando altri tagli alla spesa – tra cui il programma di assicurazione sanitaria per i redditi bassi, la ricerca pubblica e la spesa ambientale – e le riduzioni fiscali per i ricchi.

Molti senatori repubblicani hanno affermato che chiederanno cambiamenti sostanziali nel corso di quelle che probabilmente saranno settimane di aspro dibattito. "I senatori vorranno dare la propria impronta", ha affermato il senatore repubblicano Josh Hawley del Missouri. In [un editoriale pubblicato sul New York Times](#) all'inizio di questo mese, Hawley ha condannato i "repubblicani corporativisti" che vogliono "costruire il nostro grande e bellissimo disegno di legge basandosi sul taglio dell'assicurazione sanitaria per i lavoratori poveri". "Questa argomentazione è moralmente sbagliata e politicamente suicida", ha scritto Hawley. Qualsiasi riduzione del Medicaid sarebbe politicamente imbarazzante per Trump, che lo scorso anno, durante la campagna elettorale, ha ripetutamente promesso di non toccare reti di sicurezza di base come Medicaid, Medicare e la previdenza sociale. I fedeli sostenitori del presidente nel movimento Maga ("Make America great again") hanno messo in guardia contro questa mossa. Steve Bannon, che è stato capo stratega della Casa Bianca durante la prima amministrazione Trump e rimane una voce convincente all'interno del movimento, ha recentemente detto agli ascoltatori del suo podcast War Room: "Dovete stare attenti, perché gran parte del Maga è coperto da Medicaid". "Oltre il 20% dei cittadini del Missouri, inclusi centinaia di migliaia di bambini, usufruiscono di Medicaid", ha dichiarato Hawley alla CNN all'inizio di maggio. "Non usufruiscono di Medicaid perché lo desiderano. Usfruiscono di Medicaid perché non possono permettersi un'assicurazione sanitaria privata". Bannon ha detto di non capire "come funzionano i calcoli" per il disegno di legge di bilancio dei repubblicani, "a meno che al Senato non ci sia un aumento delle tasse". Bannon sostiene da tempo che il governo dovrebbe aumentare le tasse per i ricchi (al 40% sopra il milione di dollari). D'altra parte, anche Elon Musk ha pubblicamente criticato la proposta di legge di bilancio di Trump, affermando che il piano di spesa del presidente mina gli sforzi di riduzione dei costi che il capo di Tesla ha guidato attraverso il lavoro che sta svolgendo il team Doge da gennaio. Musk ha detto alla CBS: "Penso che una legge possa essere grande o bella. Ma non so se possa essere entrambe le cose. È la mia opinione personale". Musk ha interessi commerciali in gioco, con la proposta di legge di Trump che dovrebbe porre fine al credito d'imposta di 7.500 dollari per i veicoli elettrici e imporre una tassa di immatricolazione annuale di 250 dollari per i proprietari. Il capo di Tesla aveva già chiesto la fine di questi incentivi, sebbene ciò sia avvenuto mesi prima che i profitti del produttore di veicoli elettrici iniziassero a vacillare<sup>7</sup>.

Ci sono almeno sette caratteristiche del disegno di legge della Camera che alcuni senatori Repubblicani vorrebbero modificare:

- i deboli tagli alla spesa. Alcuni Repubblicani del Senato (come Ron Johnson del Wisconsin, Mike Lee dello Utah, Rick Scott della Florida e Rand Paul del Kentucky) vogliono andare oltre gli 1,5 trilioni di

dollari di tagli alla spesa della Camera, puntando invece a un tetto di 2 trilioni di dollari. Il leader della maggioranza Thune ha dichiarato in un'intervista che punta a far sì che la sua camera raggiunga la fascia più alta di tale intervallo e ha incoraggiato la Camera ad andare oltre anche nei propri obiettivi di riduzione del deficit;

- le modifiche al finanziamento del Medicaid. I Repubblicani della Camera hanno evitato alcune delle modifiche più controverse al trattamento riservato dal governo federale agli Stati che hanno ampliato l'offerta di Medicaid nell'ambito dell'Affordable Care Act. Ma anche alcune delle disposizioni più modeste potrebbero essere abbandonate dai senatori repubblicani, che temono ripercussioni politiche da qualsiasi politica che sembri allontanare gli americani vulnerabili dai loro piani di assicurazione sanitaria. I senatori repubblicani Josh Hawley del Missouri, Lisa Murkowski dell'Alaska e Susan Collins del Maine hanno tutti avvertito di avere delle linee rosse che non supereranno in merito a Medicaid e di credere che il disegno di legge della Camera vada ben oltre "sprechi, frodi e abusi". L'allineamento tra Hawley, conservatore convinto, e moderati come Murkowski e Collins, sottolinea come la reticenza nei confronti delle modifiche al programma di sicurezza sanitaria stia risuonando in tutto lo spettro ideologico;
- il tramonto delle tasse sulle imprese. I repubblicani della Camera hanno scelto di ripristinare alcuni tagli alle tasse sulle imprese per soli quattro o cinque anni al fine di contenere i costi nel pacchetto di misure del loro partito; i repubblicani del Senato vogliono rendere permanenti tali disposizioni. I repubblicani del Senato stanno valutando, in particolare, di estendere in modo permanente gli incentivi fiscali per la ricerca e lo sviluppo e le svalutazioni per i beni aziendali, noti come "bonus deprezzamento". Ma farlo probabilmente aggiungerebbe centinaia di miliardi di dollari in rosso al disegno di legge, il che renderebbe più difficile placare i falchi del deficit;
- i metodi contabili. I senatori repubblicani stanno pianificando di utilizzare una nuova e controversa tattica contabile per azzerare completamente il costo dell'estensione dei 3,8 trilioni di dollari di tagli fiscali in scadenza. La tattica, nota come "current policy baseline", contribuirebbe notevolmente a rendere permanenti i tagli fiscali di Trump. Questo perché le regole di bilancio altrimenti imporrebbero ai repubblicani di compensare gran parte dell'impatto a lungo termine sul deficit delle loro agevolazioni fiscali;
- la condivisione dei costi statali per gli aiuti alimentari. Una delle disposizioni più controverse del disegno di legge della Camera sta già suscitando non pochi disappunti al Senato: imporre per la prima volta agli Stati di coprire una parte dei costi federali dell'assistenza alimentare. Il disegno di legge della Camera introdurrebbe gradualmente l'obbligo per tutti gli Stati di coprire almeno il 5% del costo del programma SNAP, ma alcuni Stati potrebbero ritrovarsi a dover coprire una quota significativamente maggiore di tale quota in caso di un elevato tasso di errori nei pagamenti. Ciò colpirebbe gli Stati rappresentati da Dan Sullivan e dai deputati della Carolina del Sud Lindsey Graham e Tim Scott;
- i drastici tagli agli incentivi per l'energia pulita. I Repubblicani del Senato hanno avvertito per settimane dell'opposizione all'eliminazione dei crediti d'imposta per l'energia pulita creati dalla legge sul clima dei Democratici del 2022. Invece, i repubblicani della Camera hanno optato per accelerare le date di scadenza di diversi crediti per placare gli intransigenti che si scagliano contro la "nuova truffa verde". Ora i leader repubblicani del Senato dovranno gestire le preoccupazioni interne provenienti dall'altro lato dell'equazione: i repubblicani (come Thom Tillis) temono che l'eliminazione dei crediti d'imposta possa indebolire gli investimenti e portare a possibili perdite di posti di lavoro nei loro Stati;
- il limite delle detrazioni fiscali statali e locali. I Repubblicani della Camera hanno inserito una linea rossa nel loro disegno di legge: l'adesione a un accordo attentamente elaborato che aumenterebbe il limite delle detrazioni fiscali statali e locali da 10.000 a 40.000 dollari, eliminandolo gradualmente per i contribuenti che guadagnano più di 500.000 dollari. Ma al Senato non ci sono senatori repubblicani che si battono attivamente per una maggiore detrazione del SALT – e molti non ne vedono il motivo.

**3.** Gli investitori, innervositi dal peggioramento della situazione fiscale del Paese e dalle irregolari manovre tariffarie di Trump, hanno svenduto gli asset statunitensi che costituiscono il fondamento del sistema finanziario globale. Il dollaro è sceso di oltre il 10% da gennaio, mentre i rendimenti dei titoli del Tesoro

trentennali, un indicatore dei costi di indebitamento a lungo termine del governo statunitense, hanno raggiunto il livello più alto dall'ottobre 2023. Gli indici azionari statunitensi sono rimasti pressoché invariati giovedì, il giorno dopo il voto alla Camera. I titoli del settore dell'energia solare, che beneficiano dei sussidi per l'energia verde di cui è previsto un taglio nel disegno di legge, sono stati particolarmente colpiti. "Non stiamo spostando le sedie a sdraio sul Titanic stasera. Stiamo mettendo carbone nella caldaia e tracciando la rotta verso l'iceberg", ha dichiarato il deputato Thomas Massie del Kentucky, uno dei due repubblicani che hanno votato contro il disegno di legge.

L'amministratore delegato di JPMorgan Chase, Jamie Dimon, ha dichiarato a una conferenza con gli investitori a Shanghai di sostenere il disegno di legge, pur riconoscendo che "probabilmente aggraverà il deficit" e ha avvertito che non può escludere la possibilità che gli Stati Uniti cadano in quella che viene chiamata stagflazione, un termine economico che si riferisce a un periodo in cui l'inflazione e la disoccupazione sono elevate mentre la crescita economica è lenta. Il crescente debito pubblico ha paradossalmente reso urgente l'approvazione del disegno di legge da parte dei Repubblicani, poiché aumenterebbe il limite massimo del debito pubblico federale di 4 mila miliardi di dollari. Ciò scongiurerebbe la prospettiva di un default, che il Segretario del Tesoro Scott Bessent ha avvertito potrebbe altrimenti verificarsi quest'estate (tra fine agosto e inizio settembre).

La decisione di Moody's di declassare il rating degli Stati Uniti è stato uno schiaffo<sup>8</sup>. In passato, gli Stati Uniti avrebbero potuto ignorarla, ma gli investitori stanno segnalando di ritenere l'America fondamentalmente inaffidabile e potrebbero presto imporre rigidi limiti al programma di Trump. Ciò non significa che il governo sia minimamente vicino a non adempiere ai propri obblighi, ma potrebbe segnalare un cambiamento fondamentale di opinione riguardo al ruolo dell'America nell'economia mondiale. Gli eventi delle ultime settimane dimostrano che la fiducia negli Stati Uniti si sta erodendo. L'annuncio di Moody's segue una fuga di capitali senza precedenti dal sistema finanziario statunitense, che ricorda le dinamiche affrontate dai "mercati emergenti", la cui principale difficoltà è l'impossibilità di emettere ingenti quantità di debito nella propria valuta.

Alcuni si aspettavano che la svendita iniziale del mercato azionario, scatenata dall'incostante guerra commerciale di Trump, sarebbe stata seguita da una corsa degli investitori verso i titoli del Tesoro. Sebbene i rendimenti promessi siano inferiori a quelli delle azioni, sono beni rifugio preferibili alla detenzione di liquidità, il cui valore è deprezzato dall'inflazione. Ciò che è accaduto invece è stata una fuga dal mercato obbligazionario statunitense. Ciò ha aumentato i rendimenti e messo in difficoltà i mercati finanziari a livello globale. Il terzo elemento, dopo azioni e obbligazioni, che impedisce la fuga degli investitori è il sistema del dollaro stesso. Ma gli investitori hanno ritenuto che anche gli asset denominati in dollari non fossero sufficientemente sicuri, un fatto reso evidente dal deprezzamento del dollaro rispetto a praticamente tutte le altre principali valute.

Mentre il mercato azionario sembra almeno aver recuperato le perdite per ora, la ripetuta violazione di questo triplice involucro del potere finanziario americano segnala un più ampio cambiamento del senso di fiducia. L'eccezionalismo economico che fino ad ora aveva permesso agli investitori di chiudere un occhio sui persistenti "deficit gemelli" (nella politica commerciale e fiscale) sembra affievolirsi. In questo contesto, il rating creditizio appare improvvisamente stranamente rilevante. Pur essendo forse irrilevante dal punto di vista del rischio finanziario, rappresenta una cartina di tornasole per i mercati preoccupati dalla traiettoria complessiva della politica fiscale statunitense in un contesto geoeconomico sfavorevole.

Sebbene le ripercussioni delle sue politiche tariffarie abbiano spinto Trump a sospendere temporaneamente molte di queste misure, è difficile prevedere un drastico miglioramento della fiducia nella politica americana. Per esempio: poco prima dello scorso fine settimana, in seguito al declassamento di Moody's, il presidente ha apertamente minacciato l'agenzia di rating, ha ulteriormente attaccato la Federal Reserve per non aver abbassato i tassi di interesse e si è infuriato con il gigante della vendita al dettaglio Walmart per aver (prevedibilmente) scaricato sui consumatori l'onere dei maggiori costi di importazione.

E giovedì, i repubblicani della camera hanno approvato un bilancio di riconciliazione che, attraverso una combinazione di tagli fiscali fortemente regressivi per i ricchi e drastiche restrizioni alla spesa sociale, costituirebbe la più grande redistribuzione della ricchezza verso l'alto mai attuata per legge.

Oltre a indebolire le prospettive di bilancio riducendo ulteriormente le entrate fiscali future, questo disegno di legge è destinato ad aggravare la crisi sociale che mette a repentaglio le prospettive economiche americane

nel lungo periodo. Con le tensioni geopolitiche e gli effetti della guerra commerciale che iniziano a farsi sentire, è facile immaginare uno scenario in cui l'eccezionalismo economico americano si erode al punto da non riuscire più a compensare la crescente disfunzione delle sue istituzioni e della sua politica.

Sebbene siano probabili ulteriori reazioni negative agli annunci di bilancio del governo e ai declassamenti del merito creditizio, nulla al momento suggerisce che gli Stati Uniti siano prossimi al default del debito a breve. Piuttosto, come spesso accade in queste crisi, la transizione allo status di "mercato emergente" probabilmente procederà gradualmente, prima, e poi tutta in una volta.

Il disegno di legge ha innervosito gli investitori, accrescendo i timori che il debito degli USA stia diventando ingestibile. Christopher J. Waller, influente governatore della Federal Reserve, ha dichiarato giovedì scorso che i mercati finanziari si aspettavano maggiore "disciplina fiscale" da Washington, avvertendo che gli investitori probabilmente continueranno a chiedere rendimenti più elevati per detenere asset statunitensi. "Abbiamo avuto deficit di 2.000 miliardi di dollari negli ultimi anni: questo non è sostenibile, e quindi i mercati cercano un po' più di disciplina fiscale", ha dichiarato in un'intervista a FoxBusiness. "Sono preoccupati". Waller ha affermato che gli investitori, in generale, stanno evitando gli asset statunitensi e a loro volta chiedono un "premio" per l'acquisto. Finora questo si è tradotto in un aumento dei rendimenti sui titoli di Stato, a indicare un calo dei prezzi.

Il problema più grande, oltre alla "disciplina fiscale", che sembra preoccupare Wall Street e i mercati finanziari è quello della crescita economica (con lo spettro della stagflazione evocato da Dimon). Da dove arriverà la crescita per sostenere la fiducia dei consumatori o per generare entrate sufficienti ad aiutare lo Zio Sam a pagare i conti? Affinché le sue politiche eterodosse abbiano successo, Trump dovrà dimostrare che gli investitori si sbagliano, in particolare quelli che prestano denaro al governo acquistandone il debito. Finora, i mercati obbligazionari non stanno condividendo il suo approccio. Laddove Trump vede un'"età dell'oro" di crescita, gli investitori intravedono un programma che prevede più debito, costi di finanziamento più elevati, inflazione e rallentamento economico. Gli investitori che un tempo consideravano il debito pubblico un investimento relativamente privo di rischi ora chiedono agli Stati Uniti di pagare molto di più a coloro che prestano denaro all'America.

[La legge di bilancio USA approvata alla Camera ma ora comincia un percorso ad ostacoli – Transform! Italia](#)

## Science

### **Le Accademie Nazionali degli Stati Uniti adottano un nuovo modello di business per resistere alla tempesta finanziaria**

*Il riallineamento delle principali unità del programma mira a migliorare l'efficienza e a compensare la perdita di contratti federali*

**Jeffrey Mervis**

Le Accademie nazionali delle scienze, dell'ingegneria e della medicina (NASEM) hanno avviato un'importante riduzione del personale per riuscire a far fronte alla significativa perdita di finanziamenti federali da quando il presidente Donald Trump è entrato in carica.

La ristrutturazione del National Research Council (NRC), il braccio operativo della NASEM, potrebbe eliminare fino a un quinto dei circa 60 comitati consultivi di alto livello che generano idee per i rapporti di consenso distintivi della società, afferma Marcia McNutt, presidente della National Academy of Sciences e presidente del NRC, nonché ex caporedattrice di *Science*. Sebbene le perdite di finanziamenti la stiano costringendo a

farlo, vede un vantaggio, affermando che un NRC più snello dovrebbe essere in grado di fornire ai responsabili politici consulenza scientifica più rapida e pertinente.

"A dire il vero, volevo snellire l'NRC fin dal mio arrivo all'accademia, 9 anni fa", afferma McNutt, che ha parlato con *Science* dopo che la NASEM [ha pubblicato un breve comunicato stampa](#) il 16 giugno annunciando la riorganizzazione pianificata. "Ma tutto stava andando per il meglio. Finalmente abbiamo la spinta per farlo." La nuova struttura comporterà probabilmente ulteriori tagli al personale. Quest'anno, la NASEM ha già licenziato 50 dei suoi circa 1000 dipendenti. McNutt [aveva preannunciato possibili ulteriori licenziamenti all'inizio di questo mese](#), ma non ha fornito dettagli questa settimana.

Le reazioni tra coloro che sono coinvolti nelle attività dell'NRC sono state contrastanti. "Sono lieta di sapere che la dirigenza sta lavorando per semplificare le operazioni dell'NRC... e sta pensando in modo creativo a ulteriori modalità di collaborazione con le agenzie federali", afferma Katharine Abraham, economista dell'Università del Maryland e presidente del Comitato per le Statistiche Nazionali dell'NRC (CNSTAT), che ha subito significativi licenziamenti di personale dopo aver perso diversi contratti. Ma un altro presidente del consiglio è preoccupato. "Nessuno di noi sa al momento come le configurazioni influenzeranno il nostro lavoro", afferma Susan Rundell Singer, presidente dello St. Olaf College e presidente del Consiglio per l'Educazione Scientifica.

L'NRC conta attualmente sette principali unità programmatiche, la maggior parte delle quali è organizzata in discipline scientifiche come la salute e la medicina o l'ingegneria e le scienze fisiche. Ogni unità sovrintende a una dozzina di commissioni e comitati permanenti, gruppi di volontari che si concentrano su argomenti specifici, come l'educazione scientifica, la popolazione e la salute pubblica, o l'alimentazione e la nutrizione. Queste commissioni elaborano idee per studi da condurre da gruppi di esperti ad hoc, a condizione che il personale dell'NRC riesca a trovare un ente governativo, un'azienda o una fondazione che si faccia carico dei costi dello studio.

Questa struttura ha storicamente permesso all'NRC di attingere a un vasto bacino di talenti scientifici e di produrre studi approfonditi su una miriade di argomenti. Ma può anche rivelarsi poco maneggevole e inefficiente, afferma McNutt. Questo non è un grosso problema quando i budget sono abbondanti. Ma incombe quando il governo degli Stati Uniti – che nel 2023 ha stanziato circa 200 milioni di dollari, pari all'80% del budget dell'NRC – stringe la cinghia. Questa vulnerabilità è diventata evidente quest'anno, dopo che l'amministrazione Trump ha rescisso circa 43 contratti, pari a circa il 15% del suo sostegno.

La nuova struttura accorpa cinque delle unità disciplinari in due "centri" di nuova creazione: il Center on Health, People, and Places e il Center on Advancing Science and Technology. Ognuno di essi supervisionerà sei aree di programma che, a differenza degli attuali consigli, si concentrano su argomenti piuttosto che su discipline. Questo approccio, afferma McNutt, mira ad attrarre potenziali sponsor che desiderano risolvere problemi che richiedono l'attribuzione di competenze in diverse discipline. Con il sistema attuale, "se la NASA vuole che ci occupiamo di geobiologia, abbiamo un Consiglio per gli Studi Spaziali che non è collegato a competenze in biologia perché, quando è stato istituito, quel campo non esisteva ancora".

Le due unità rimanenti hanno una fonte di finanziamento stabile, afferma McNutt, e rimarranno sostanzialmente invariate: il Transportation Research Board, che ha il sostegno del settore dei trasporti, e il Gulf Research Program, nato da un accordo da 500 milioni di dollari per la fuoriuscita di petrolio *della Deepwater Horizon* nel Golfo del Messico nel 2010.

McNutt sta inoltre creando tre nuovi uffici, tra cui uno per la strategia e il coinvolgimento. Afferma che sarà composto da "personale molto abile nel relazionarsi con gli sponsor federali e nell'ottenere finanziamenti", ma meno abile nella gestione di un comitato per la realizzazione dello studio. Attualmente, afferma, ci si aspetta che il personale eccella in entrambi gli ambiti.

McNutt afferma che la NASEM deve ancora capire come i comitati e i consigli esistenti si integreranno nella nuova struttura dell'NRC. Stima che "forse il 20%" potrebbe scomparire e il resto "si impegnerà di più". Ciò potrebbe significare che un consiglio permanente si occupi occasionalmente dello studio, anziché delegarlo a un gruppo di esperti la cui costituzione richiede tempo e risorse, afferma McNutt.

La nuova struttura consentirebbe anche di risparmiare denaro, ammette McNutt. "Se, come speriamo, riusciremo a diventare un'organizzazione più efficiente grazie a questa ristrutturazione, le nostre spese generali potrebbero effettivamente ridursi, il che sarebbe fantastico".

Abrahams concorda. "Il costo e i lunghi tempi necessari per commissionare uno studio o un workshop di consenso possono rappresentare un vero deterrente per chi cerca aiuto presso l'NRC", afferma. "Una riduzione delle spese generali e una gamma più ampia di opzioni per interagire con le agenzie federali sarebbero sviluppi molto positivi".

Allo stesso tempo, McNutt si impegna a mantenere alcune delle unità più importanti dell'NRC, tra cui il CNSTAT, un comitato attivo da 53 anni con il mandato del Congresso di migliorare la qualità delle statistiche federali. "Non c'è quasi un rapporto che pubblichiamo che non contenga dati e statistiche", afferma McNutt. Allo stesso modo, aggiunge, è improbabile che scompaiano i comitati tenuti in grande considerazione dalla comunità scientifica e che svolgono una funzione unica, come il Comitato per i diritti umani e il Comitato per la sicurezza internazionale e il controllo degli armamenti.

McNutt ha inoltre promesso il suo continuo sostegno alla Tavola Rotonda dell'NRC su uomini e donne neri nella scienza, nell'ingegneria e nella medicina e al suo Comitato sulle donne nella scienza, nell'ingegneria e nella medicina, nonostante l'attacco dell'amministrazione Trump ai programmi di diversità, equità e inclusione. Tale comitato trae già gran parte del suo sostegno da fonti private, osserva McNutt. Ma non ci si può aspettare che le fondazioni private intervengano e sostituiscano i contratti governativi, afferma, aggiungendo che in questo momento è più importante che il loro sostegno sia destinato a ridurre le carenze nei finanziamenti governativi per la ricerca di base.

McNutt afferma che molti dettagli della ristrutturazione devono essere ancora definiti prima che il piano sia pienamente attuato a settembre. E riconosce che ciò significa maggiore incertezza per il personale.

"Siamo già a una contrazione del 15% del nostro budget e del nostro carico di lavoro", afferma. "Dovremo aumentare ulteriormente? Il 30% è il nostro scenario peggiore. Speriamo che non sia così grave. Ma pensiamo che questo nuovo modello potrebbe consentire un taglio di tale importo".

[https://www.science.org/content/article/u-s-national-academies-adopts-new-business-model-weather-financial-storm?utm\\_source=sfmc&utm\\_medium=email&utm\\_content=alert&utm\\_campaign=DailyLatestNews&et rid=691092258&et cid=5648803](https://www.science.org/content/article/u-s-national-academies-adopts-new-business-model-weather-financial-storm?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_content=alert&utm_campaign=DailyLatestNews&et rid=691092258&et cid=5648803)



## **Il giudice ordina al NIH di ripristinare centinaia di sovvenzioni tagliate sotto Trump**

*William Young definisce illegali i licenziamenti e critica l'agenzia per discriminazione*

**Sara Reardon**

Un giudice federale di Boston ha stabilito che i National Institutes of Health (NIH) statunitensi devono ripristinare immediatamente circa 400 finanziamenti relativi a temi politicamente sensibili, bruscamente annullati all'inizio di quest'anno. Nella sua sentenza odierna, pronunciata dopo un'udienza mattutina, il giudice William Young, tribunale distrettuale statunitense per il distretto del Massachusetts, ha affermato che la decisione dell'agenzia di revocare i finanziamenti in settori come le disparità razziali in ambito sanitario e la salute delle persone transgender è stata arbitraria e capricciosa, il che significa che non vi era alcun procedimento giuridicamente valido a supporto delle sue motivazioni.

Young ha anche affermato che i licenziamenti erano radicati nella discriminazione contro le minoranze razziali, sessuali e di genere. "Sarei cieco a non denunciarlo. Il mio dovere è denunciarlo", ha affermato.

Il caso – [un accorpamento parziale](#) di due cause separate – si concentra sulle affermazioni del NIH secondo cui le revoche dei finanziamenti riflettono un cambiamento nelle politiche dell'agenzia sotto l'amministrazione del presidente Donald Trump, che ha ridotto la priorità della ricerca su argomenti che l'agenzia considera "non scientifici" o che supportano discriminazioni "dannose per la salute degli americani". Tale formulazione è stata citata in centinaia di lettere che notificavano agli scienziati la cancellazione senza preavviso dei loro progetti. Il linguaggio rispecchiava anche gli ordini esecutivi di Trump – alcuni dei quali sono bloccati da ordinanze restrittive temporanee – che attaccano gli sforzi per la diversità, l'equità e l'inclusione (DEI), la salute delle persone transgender e altri argomenti controversi.

"La Corte rileva e stabilisce che le spiegazioni [del NIH] sono prive di fondamento logico, praticamente nella loro interezza", ha dichiarato Young, nominato dall'allora presidente Ronald Reagan nel 1985, dal tribunale. Ha aggiunto che le direttive di revoca delle sovvenzioni su questi argomenti "sono prive di valore ed effetto. Sono nulle e illegali".

"Come querelante, mi sono sentita veramente presa in considerazione: è stato un momento raro in cui il profondo danno causato ai ricercatori e alle comunità che serviamo è stato riconosciuto ad alta voce, di fronte al mondo", afferma Brittany Charlton, epidemiologa presso la Harvard Medical School e una dei quattro querelanti nominati in una delle cause.

La sentenza di Young ha fatto seguito a un'udienza di due ore in cui gli avvocati del governo federale e quelli dei querelanti che rappresentavano ricercatori e organizzazioni con sovvenzioni revocate hanno presentato le loro argomentazioni. I querelanti hanno sottolineato che l'allora direttore facente funzioni dell'NIH, Matthew Memoli, aveva dedicato solo pochi minuti all'esame di alcune sovvenzioni che i nominati politici gli avevano chiesto di esaminare prima di revocarle. "Quando [Memoli] si muove furtivamente e fa quello che fa, lo fa in base a email, corretto?", ha chiesto Young all'avvocato dell'NIH, contestando l'idea che ci fosse una chiara politica scritta dietro la decisione. "Da dove trae le sue direttive?"

Il giudice ha ripetutamente chiesto all'NIH di descrivere quelle che considerava questioni non scientifiche in materia di DEI e di distinguerle dalla ricerca sulle disparità sanitarie, come gli studi su come determinati farmaci o malattie influenzino persone di diversa provenienza. Quando Young ha chiesto all'avvocato dell'NIH in che modo uno specifico progetto di finanziamento avesse sostenuto una discriminazione illecita, come suggerito dalle lettere di licenziamento dell'NIH, l'avvocato non è stato in grado di fornire un esempio nelle prove presentate al tribunale.

La sentenza odierna del giudice riguarda solo i finanziamenti erogati dai ricorrenti – membri di specifici sindacati o ricercatori in 16 stati che hanno aderito alle cause legali. Per ora, non include tutti i circa 1700 finanziamenti erogati per disparità sanitarie, esitazione vaccinale e altri argomenti presso istituzioni in tutto il paese che l'NIH ha revocato perché l'agenzia ha dichiarato che non erano in linea con le sue priorità.

Sebbene la causa dei querelanti si concentrasse sul processo decisionale dell'NIH e non affermasse che i funzionari dell'agenzia o i loro superiori stessero discriminando sulla base della razza, Young sembrava indignato all'idea che le nuove politiche fossero radicate in pregiudizi razziali e di genere. "Sono qui seduto da 40 anni e non ho mai visto una discriminazione razziale da parte del governo come questa", ha dichiarato in un breve discorso dopo aver pronunciato la sentenza. "È vero anche per la nostra società nel suo complesso? Siamo caduti così in basso? Non abbiamo vergogna?"

Young ha invitato i ricorrenti a presentare prove di discriminazione in modo da poterne discutere nelle future sentenze. "Qualsiasi discriminazione da parte del governo è così ingiusta che richiede che il tribunale la vieti", ha affermato. Young valuterà ora se la sua sentenza debba essere applicata in modo più ampio a tutti i finanziamenti revocati per lo stesso motivo e emetterà un parere scritto questa settimana. Non si è ancora pronunciato sull'opportunità o meno che l'NIH ripubblichi i bandi per la presentazione di domande di finanziamento ritirati perché riguardanti argomenti vietati.

L'amministrazione Trump può ancora presentare ricorso contro la sentenza di Young, potenzialmente fino alla Corte Suprema degli Stati Uniti.

[https://www.science.org/content/article/judge-orders-nih-restore-hundreds-grants-cut-under-trump?utm\\_source=sfmc&utm\\_medium=email&utm\\_content=alert&utm\\_campaign=DailyLatestNews&et rid=691092258&et cid=5644751](https://www.science.org/content/article/judge-orders-nih-restore-hundreds-grants-cut-under-trump?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_content=alert&utm_campaign=DailyLatestNews&et rid=691092258&et cid=5644751)

## Senatori fanno pressione sul direttore del NIH per le sovvenzioni soppresse e la proposta di tagliare i finanziamenti dell'agenzia

*Jay Bhattacharya afferma che il bilancio finale del NIH sarà una "collaborazione"*

[Jocelyn Kaiser](#)

I Democratici di una commissione chiave del Senato per la spesa pubblica hanno accolto oggi con un'accoglienza tutt'altro che calorosa il direttore del National Institutes of Health (NIH), chiamato a testimoniare sulla proposta di bilancio 2026 dell'agenzia. I politici hanno criticato duramente l'economista sanitario Jayanta "Jay" Bhattacharya per il congelamento e i tagli a migliaia di sovvenzioni e altre misure adottate dall'amministrazione del presidente Donald Trump, che a loro dire stanno smantellando la ricerca biomedica statunitense. E i Repubblicani di spicco della commissione per gli stanziamenti del Senato si sono uniti ai Democratici, affermando che difficilmente approveranno la proposta della Casa Bianca di tagliare il bilancio dell'agenzia del 40% nel 2026.

La senatrice Shelley Moore Capito (R-WV), presidente della sottocommissione che supervisiona il bilancio dell'NIH, ha osservato nel suo discorso di apertura che "questo sarà un anno impegnativo per gli stanziamenti, ma sostenere la ricerca biomedica è una priorità per me... Io, insieme a molti dei miei colleghi di questa commissione, pensiamo sia importante che l'America rimanga leader nell'innovazione e nella ricerca biomedica".

E la senatrice Susan Collins (R-ME), che presiede la commissione plenaria per gli stanziamenti, ha definito il taglio proposto al bilancio dell'NIH "così inquietante" e ha affermato che "vanificherebbe anni di investimenti del Congresso nell'NIH e ritarderebbe o fermerebbe trattamenti e cure efficaci". Rischierebbe inoltre che gli Stati Uniti rimangano indietro rispetto alla Cina nella ricerca biomedica, ha affermato.

L'udienza, durata 96 minuti, è stata la prima apparizione di Bhattacharya davanti ai legislatori da quando è diventato direttore dell'NIH il 1° aprile, la settimana di una seconda ondata di licenziamenti di massa presso l'agenzia. Da allora, le preoccupazioni all'interno della comunità biomedica e tra i legislatori non hanno fatto che aumentare, poiché l'NIH ha continuato a ritardare i finanziamenti, tagliare le sovvenzioni su temi politicamente sensibili e imporre blocchi generalizzati dei finanziamenti alle università a causa di politiche presumibilmente discriminatorie.

Nell'affollata udienza – dominata dai sostenitori dei pazienti affetti da Alzheimer con le fasce viola – Bhattacharya ha affermato che l'aspettativa di vita in calo negli Stati Uniti e la crescente sfiducia nei confronti dell'NIH durante la pandemia di COVID-19 indicano la "necessità di una riforma dell'NIH". Ha dovuto affrontare domande taglienti sui suoi piani, sebbene gli scambi successivi siano stati meno accesi di due recenti udienze in cui il suo capo, il Segretario alla Salute e ai Servizi Umani Robert F. Kennedy Jr., si è scontrato con i legislatori su temi come i vaccini.

La principale esponente democratica della sottocommissione, la senatrice Tammy Baldwin (Wisconsin), e la senatrice Patty Murray (Washington), capolista democratica della commissione plenaria per gli stanziamenti, hanno fatto pressioni su Bhattacharya affinché estromettesse 5.000 dipendenti del NIH e sopprimesse quasi 2.500 sovvenzioni per un valore di 4,9 miliardi di dollari. Trump sta "sistematicamente smantellando l'impresa americana di ricerca biomedica che è l'invidia del mondo", ha affermato Murray.

Bhattacharya ha mantenuto la calma durante i suoi tentativi di risposta. Alla domanda su chi stia prendendo le decisioni sui tagli ai finanziamenti – l'NIH, l'ufficio bilancio della Casa Bianca o la task force della Casa Bianca nota come Dipartimento per l'Efficienza del Governo (DOGE) – ha risposto che "dipende dai dettagli". I cambiamenti di priorità e i tagli alla "scienza politicizzata" sono decisioni sue, ha aggiunto. Il blocco dei finanziamenti universitari è stato "congiunto con l'amministrazione". Ha aggiunto che si aspetta che tali blocchi siano "temporanei" e che dovrebbero essere revocati dopo "accordi".

Bhattacharya, tuttavia, ha anche ammesso che alcuni finanziamenti sono stati inavvertitamente coinvolti in ricerche su larga scala di parole chiave segnalate che denotavano un argomento controverso, come la diversità, sebbene il significato non fosse politico, come nel caso di un progetto che evidenziava i tentativi di reclutare partecipanti diversificati a una sperimentazione clinica. I membri del DOGE hanno condotto ricerche di questo tipo per individuare i finanziamenti da prima che Bhattacharya arrivasse al NIH. Il direttore ha

affermato di aver istituito una "procedura di ricorso" che dovrebbe portare al ripristino di alcuni finanziamenti entro "settimane". "Non ho accettato questo incarico per revocare i finanziamenti", ha affermato. Il senatore Brian Schatz (D-HI) ha espresso un po' di solidarietà: "So che bisogna sopravvivere in questa amministrazione", ha detto.

Murray ha osservato che, secondo i suoi calcoli, quest'anno sono stati interrotti almeno 150 studi clinici, tra cui quelli sui [vaccini contro l'HIV](#), sul cancro ovarico e sul diabete, e ha voluto sapere quanti sarebbero stati ridotti nel 2026 se il taglio del 40% fosse stato approvato. "Non ho i numeri", ha detto Bhattacharya, ma ha riconosciuto che ci sarebbero stati meno studi finanziati dall'agenzia.

Altri membri del panel hanno chiesto in che modo il piano proposto dal bilancio di accorpare i 27 istituti del NIH in soli otto avrebbe influenzato la ricerca in settori come le dipendenze e l'assistenza infermieristica. ( [L'istituto infermieristico e altri tre sarebbero stati eliminati](#) ). Bhattacharya ha insistito sul fatto che la ricerca "importante" sarebbe proseguita. "La cosa fondamentale non è la riorganizzazione del NIH", ma "le attività", ha affermato.

Collins ha anche contestato la nuova politica dell'NIH volta a ridurre i costi generali inclusi nei finanziamenti, dall'attuale media di circa il 50% a un'aliquota uniforme del 15%. Il taglio, sospeso per ora in attesa che un giudice esamini un ricorso legale, potrebbe effettivamente ridurre i finanziamenti biomedici statunitensi di miliardi di dollari. Il tetto massimo è "mal concepito" e sta spingendo i ricercatori biomedici ad abbandonare gli Stati Uniti, ha affermato.

Collins ha chiesto se Bhattacharya abbia preso in considerazione un progetto guidato da Kelvin Droegemeier, direttore dell'ufficio scientifico della Casa Bianca durante la prima amministrazione Trump, per sviluppare "nuovi modelli" per determinare quanto un'istituzione dovrebbe ricevere per le spese generali. Ha affermato che questo progetto è "abbastanza promettente".

Interpellato da diversi legislatori sulla questione più importante che li assillava – come Trump possa giustificare un taglio del 40% al NIH – Bhattacharya si è rifiutato di rispondere. Ha invece risposto che il bilancio finale del NIH sarà il risultato di "collaborazione" e "negoiazione" con il Congresso.

[https://www.science.org/content/article/senators-press-nih-director-killed-grants-and-proposal-slash-agency-s-funding?utm\\_source=sfmc&utm\\_medium=email&utm\\_content=alert&utm\\_campaign=DailyLateStNews&et rid=691092258&et cid=5641619](https://www.science.org/content/article/senators-press-nih-director-killed-grants-and-proposal-slash-agency-s-funding?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_content=alert&utm_campaign=DailyLateStNews&et rid=691092258&et cid=5641619)



## **Dagli inventori pentiti dell'mRna ai fautori dell'immunità naturale: il nuovo volto del comitato vaccini Usa**

*Esclusi 17 esperti storici, entrano figure vicine al movimento scettico. Prima prova il 25 giugno, tra timori di fratture nella comunità scientifica*

**Francesca Cerati**

Per la prima volta in oltre cinquant'anni, i Centers for Disease Control and Prevention (Cdc) si ritrovano con un nuovo comitato consultivo sulle pratiche vaccinali (Acip) composto da otto membri, selezionati direttamente dal segretario alla Salute Robert F. Kennedy Jr., due giorni dopo aver licenziato in blocco i 17 componenti precedenti.

La decisione è stata motivata da Kennedy come un "reset necessario" per ristabilire trasparenza, indipendenza e fiducia pubblica in un campo, quello dei vaccini, diventato negli ultimi anni un terreno di forte polarizzazione. Tuttavia, molti dei nuovi nominati hanno espresso, in passato, posizioni apertamente critiche verso le vaccinazioni anti-Covid, i mandati vaccinali e, in particolare, l'uso della tecnologia a mRNA. Alcuni di loro, inoltre, hanno competenze limitate nel campo delle malattie infettive o della vaccinologia.

## **Una svolta storica**

Tradizionalmente, l'Acip è stato composto da esperti di alto profilo in immunologia, malattie infettive, pediatria e sanità pubblica, con l'obiettivo di fornire raccomandazioni basate su dati scientifici per proteggere la salute pubblica. Con questa nuova nomina, secondo Paul Offit, co-inventore di un vaccino contro il rotavirus ed ex membro dell'Acip, «viene cancellata la memoria istituzionale e compromessa l'affidabilità scientifica delle decisioni del Cdc». «Alcuni dei nuovi membri hanno una chiara storia anti-vaccinale - ha affermato Offit -. La comunità medica rischia di non riconoscere più l'autorità dell'Acip e creare propri comitati indipendenti».

## **Chi sono i nuovi 8 membri dell'Acip**

I nuovi otto membri sembrano possedere solide competenze in medicina, sanità pubblica, epidemiologia e statistica, ma con minore enfasi sulle competenze in immunologia, virologia e vaccinologia rispetto ai comitati precedenti. E almeno quattro di questi otto membri sembrano aver influenzato le convinzioni di Kennedy: Malone, Kuldorff, Pebsworth e Meissner, sono tutti elencati nella dedica del libro del segretario, "The Real Anthony Fauci", che tenta di screditare il lavoro dell'ex funzionario sanitario e di mettere in discussione le sue motivazioni prima e durante la pandemia. In sintesi, ecco chi sono:

### **1. Robert Malone**

Medico e biologo molecolare, è noto per aver contribuito allo sviluppo della tecnologia mRNA, che ha poi criticato definendola "sperimentale e rischiosa" e sostenendo che le persone erano state "ipnotizzate" e indotte a fare la vaccinazione. Figura di riferimento per la galassia scettica verso i vaccini Covid, è molto attivo nei media alternativi.

### **2. Martin Kulldorff**

Epidemiologo, coautore della Great Barrington Declaration, documento che promuove l'immunità naturale e si oppone ai lockdown e ai mandati vaccinali. Ha spesso sostenuto che i vaccini dovrebbero essere riservati ai più vulnerabili.

### **3. Retsef Levi**

Docente al Mit, ha chiesto in passato una moratoria temporanea sull'uso dei vaccini mRNA nei giovani, citando preoccupazioni su miocarditi e reazioni avverse sottostimate. Ha pubblicato una ricerca non sottoposta a revisione paritaria insieme al chirurgo generale della Florida, Joseph Ladapo, sui vaccini contro il Covid-19, suggerendo che persone sane sono morte a causa delle iniezioni.

### **4. Cody Meissner**

Pediatra ed ex membro di comitati Fda, ha espresso posizioni caute sulla vaccinazione nei bambini e criticato la velocità dell'approvazione dei vaccini Covid, pur non essendo apertamente anti-vaccino.

### **5. Joseph R. Hibbeln**

Psichiatra ed ex dirigente Nih noto per aver studiato il legame tra consumo di pesce in gravidanza e sviluppo neurologico. Non ha esperienza diretta in vaccinologia, ma ha sottolineato l'importanza di una visione olistica della salute.

### **6. Vicky Pebsworth**

Ex consulente della Fda, membro del consiglio del National Vaccine Information Center, organizzazione che spesso diffonde dubbi sulla sicurezza dei vaccini. È sostenitrice della libertà di scelta vaccinale e contraria ai mandati.

### **7. Michael A. Ross**

Professore e investitore in sanità. Non ha una lunga esperienza nel campo dei vaccini ma ha espresso l'intenzione di "revisionare le politiche vaccinali con occhio critico e indipendente".

### **8. James Pagano**

Figura meno nota, con formazione scientifica ma senza una carriera documentata nel campo della vaccinologia. Considerato un tecnico vicino agli ambienti “alternativi” della ricerca.

### **Critiche e preoccupazioni**

Oltre alle critiche di Offit, numerosi accademici e operatori sanitari hanno espresso preoccupazioni per l'impatto che questa nomina potrebbe avere sulla credibilità del Cdc e sulla salute pubblica. «Molti dei nuovi membri sono noti per la loro opposizione ai vaccini o per la loro scarsa esperienza clinica», ha commentato un ex dirigente Cdc sotto anonimato.

Secondo Kennedy, però, «la lista include scienziati altamente qualificati, esperti di salute pubblica e alcuni dei medici più affermati d'America». In un post su X, ha ribadito che il nuovo Acip garantirà maggiore trasparenza e sarà libero da pressioni dell'industria farmaceutica.

Il primo banco di prova sarà la riunione del 25 giugno, durante la quale il nuovo comitato dovrà esprimersi sulle raccomandazioni per i vaccini stagionali antinfluenzali e per i richiami anti-Covid 2025-2026.

[https://www.ilsole24ore.com/art/dagli-inventori-pentiti-dell-mrna-fautori-dell-immunita-naturale-nuovo-volto-comitato-vaccini-usa-AHTfCcEB?cmpid=nl\\_sanita24](https://www.ilsole24ore.com/art/dagli-inventori-pentiti-dell-mrna-fautori-dell-immunita-naturale-nuovo-volto-comitato-vaccini-usa-AHTfCcEB?cmpid=nl_sanita24)

THE LANCET *Regional Health*  
Western Pacific

### **L'esclusione silenziosa: ripensare l'ammissibilità e la generalizzabilità negli studi clinici**

**Jens-Ulrik Jensen, Niklas Dyrby Johansen, Alexander G. Mathioudakis, Tor Biering-Sørensen, Pradeesh Sivapalan**

Gli studi clinici randomizzati controllati (RCT) furono introdotti alla fine degli anni '40, con uno dei primi studi fondamentali condotto dal British Medical Research Council nel 1948, che valutava la streptomina per il trattamento della tubercolosi polmonare, [1](#) e sono ampiamente considerati il gold standard nella medicina basata sulle prove di efficacia grazie alla loro capacità di isolare l'effetto di un intervento controllando i fattori confondenti attraverso randomizzazione, cieco e procedure standardizzate.

Questo rigore metodologico garantisce un'elevata validità interna, che ha svolto un ruolo centrale nel progresso delle strategie di trattamento e nel miglioramento degli esiti per i pazienti. Tuttavia, ciò ha spesso un costo: una limitata generalizzabilità a popolazioni di pazienti più ampie.

Un limite importante, ma spesso trascurato, degli RCT contemporanei risiede nell'esclusione sistematica di un'ampia percentuale della popolazione di pazienti. Questa esclusione deriva comunemente da criteri di eleggibilità restrittivi volti a ridurre la variabilità e a garantire la sicurezza del paziente.<sup>2</sup> [Tuttavia](#), questa esclusione può verificarsi anche in modo più sottile durante i processi informali di prescreening, che non sono documentati e riportati nella letteratura scientifica.

I disegni di studio favoriscono spesso l'omogeneità per ottimizzare la validità interna, basandosi su criteri di inclusione ed esclusione definiti in modo rigoroso. Di conseguenza, gli individui con profili di salute complessi, come gli anziani, i pazienti con molteplici comorbidità o in terapia farmacologica, quelli con deficit cognitivi o con una storia di reazioni avverse ai farmaci, vengono regolarmente esclusi. [3](#)

Sebbene queste esclusioni possano essere giustificate da un punto di vista metodologico, spesso si traducono in popolazioni di studio che non riflettono coloro che trarrebbero maggiori benefici dall'intervento nella pratica clinica reale. [4](#)

Prima che i pazienti entrino formalmente nel processo di reclutamento, molti vengono valutati ed esclusi informalmente da ricercatori o personale clinico sulla base di barriere prevedibili alla partecipazione, come probabile non aderenza, difficoltà cognitive, barriere linguistiche, condizioni di vita instabili o percepita mancanza di motivazione.

Queste decisioni iniziali sono in genere non documentate, il che significa che gran parte del processo di reclutamento rimane invisibile. Questo strato nascosto introduce un bias che restringe ulteriormente le popolazioni di studio e rimane sottovalutato nel dibattito accademico. [5](#)

Ad esempio, nello studio BOREAS6, nessun paziente del nostro ambulatorio per la BPCO si è qualificato per l'inclusione, nonostante lo screening di una coorte consistente, evidenziando come criteri restrittivi possano dissociare gli studi dalle popolazioni cliniche di routine.

Le implicazioni sono di vasta portata. In primo luogo, tali esclusioni compromettono la validità esterna degli studi clinici, ovvero il grado di applicabilità dei loro risultati alla popolazione più ampia di pazienti. Ad esempio, un intervento che si dimostra efficace in partecipanti allo studio di mezza età relativamente sani potrebbe non essere efficace su pazienti anziani fragili con esigenze complesse.

Allo stesso modo, le terapie testate in centri accademici specializzati potrebbero non essere altrettanto efficaci in contesti clinici di routine con risorse [inferiori.7](#)

In secondo luogo, queste pratiche di esclusione contribuiscono a un circolo vizioso di iniquità nelle prove cliniche. Le popolazioni spesso sottorappresentate negli studi clinici, come gli anziani, le minoranze etniche, i pazienti provenienti da contesti socioeconomici più svantaggiati o quelli con patologie complesse, sono anche quelle con maggiori probabilità di esiti peggiori in termini di salute.

Escluderli dalla ricerca non solo limita la rilevanza delle linee guida cliniche, ma perpetua anche le disparità nelle cure.

Ciò si traduce in un corpus di conoscenze scientificamente ristretto ed eticamente [discutibile.8](#)

Per affrontare queste carenze, sarebbe necessario un cambio di paradigma nel modo in cui gli studi clinici vengono progettati e rendicontati.

Sponsor e sperimentatori dovrebbero progettare studi con criteri di ammissibilità più ampi che riflettano la complessità delle popolazioni di pazienti reali, anziché evitarla.

Laddove le esclusioni siano necessarie per motivi di sicurezza, queste dovrebbero essere segnalate e giustificate in modo trasparente. Le procedure di prescreening, che spesso operano come una "scatola nera" nel reclutamento degli studi clinici, dovrebbero essere documentate e standardizzate tra i centri, fornendo chiarezza su chi viene escluso e [perché.9](#)

Una delle sfide principali negli studi clinici è garantire il reclutamento di un campione ampio e rappresentativo di partecipanti. Il processo di consenso informato, pur essendo essenziale per ragioni etiche, può di per sé rappresentare un ostacolo, in particolare per i soggetti con capacità limitate, difficoltà linguistiche o vulnerabilità sociali.

In determinati contesti, e con un'adeguata supervisione etica, potrebbero essere necessarie deroghe o modifiche alle procedure di consenso informato per garantire un arruolamento inclusivo. Questi approcci devono essere attentamente considerati per bilanciare i principi etici con l'obiettivo di un'equa rappresentanza. [10](#)

Inoltre, anche le agenzie di regolamentazione e le riviste accademiche hanno un ruolo da svolgere nel migliorare la trasparenza, richiedendo una rendicontazione dettagliata di tutte le fasi di screening, incluso il pre-screening. Strumenti come i diagrammi di flusso CONSORT dovrebbero essere ampliati per includere dati sui pool iniziali di pazienti e sui motivi di esclusione in ogni [fase.11](#)

Sebbene gli RCT rimangano il fondamento per la valutazione dell'efficacia del trattamento, il disegno di molti RCT tradizionali esplicativi ne limita l'applicabilità ai contesti del mondo reale.

Criteri di inclusione rigorosi, condizioni strettamente controllate e dimensioni campionarie ridotte spesso limitano la loro capacità di catturare i risultati più importanti per i pazienti e i sistemi sanitari, come i ricoveri ospedalieri, la morbilità a lungo termine e la mortalità.

Integrare gli RCT tradizionali con studi pragmatici e quadri di riferimento basati sulle evidenze del mondo reale può contribuire a colmare il divario tra efficacia ed efficienza. [12](#) Tuttavia, un potenziale limite degli studi pragmatici e ampiamente inclusivi è la loro maggiore suscettibilità a sfide come tassi di abbandono più elevati,

minore aderenza e cross-over di trattamento. Questi problemi possono attenuare le dimensioni dell'effetto osservato e aumentare il rischio di non rilevare un reale beneficio del trattamento.

In definitiva, la ricerca clinica dovrebbe mirare a generare conoscenze applicabili alle complessità dell'assistenza sanitaria reale, non solo a contesti di sperimentazione idealizzati. Per raggiungere questo obiettivo, dobbiamo affrontare il punto cieco strutturale e metodologico che esclude sistematicamente ampie fasce della popolazione. Solo abbracciando una maggiore inclusività e trasparenza possiamo creare evidenze scientificamente solide, eticamente valide e realmente utili per migliorare l'assistenza ai pazienti.

[https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065\(25\)00142-7/fulltext?dgcid=raven\\_jbs\\_aip\\_email](https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(25)00142-7/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

## **Scenari sanità**

### **Papa Francesco ha scritto questo in ospedale.**

"Le mura degli ospedali hanno ascoltato preghiere più oneste delle chiese...

Hanno assistito a baci molto più sinceri di quelli degli aeroporti...

È negli ospedali che vedi un omofobo che viene salvato da un medico gay.

Un medico privilegiato che salva la vita di un mendicante...

In terapia intensiva, vedi un ebreo che si prende cura di un razzista...

Un agente di polizia e un prigioniero nella stessa stanza che ricevono le stesse cure...

Un ricco paziente in attesa di un trapianto di fegato, pronto a ricevere l'organo da un povero donatore...

È in questi momenti, quando l'ospedale tocca le ferite delle persone, che mondi diversi si intersecano secondo un disegno divino. E in questa comunione di destini, ci rendiamo conto che da soli, non siamo niente.

La verità assoluta delle persone, il più delle volte, si rivela solo nei momenti di dolore o nella reale minaccia di una perdita irreversibile.

L'ospedale è un luogo dove l'essere umano si toglie la maschera e si mostra come è veramente, nella sua essenza più pura.

Questa vita passerà in fretta, quindi non sprecarla combattendo con la gente.

Non criticare troppo il tuo corpo.

Non lamentarti eccessivamente.

Non perdere il sonno per le bollette.

Assicurati di abbracciare i tuoi cari.

Non preoccuparti troppo di tenere la casa immacolata.

I beni materiali devono essere guadagnati da ogni persona - non dedicarsi ad accumulare un'eredità.

Stai aspettando troppo: Natale, venerdì, anno prossimo, quando hai i soldi, quando arriva l'amore, quando tutto è perfetto...Ascolta, la perfezione non esiste.

Un essere umano non può raggiungerlo perché qui semplicemente non siamo fatti per essere soddisfatti.

Qui ci viene data l'opportunità di imparare.

Quindi, approfitta di questa prova della vita - e fallo ora.

Rispetta te stesso, rispetta gli altri. Percorri la tua strada, e lascia andare la strada che gli altri hanno scelto per te. Rispetto: non commentare, non giudicare, non interferire.

Ama di più, perdona di più, abbraccia di più, vivi più intensamente!

E lasciate il resto nelle mani del Creatore. "

—Papa Francesco

# THE LANCET

## Lettera aperta a sostegno dell'OMS

Ivana Bozicevic, Rieke van der Graaf, Martin McKee per i 479 Centri Collaboratori dell'OMS firmatari<sup>†</sup>

L'improvvisa interruzione dei finanziamenti per la salute globale ha messo a rischio milioni di vite. [1](#) Questo improvviso blocco dei finanziamenti viola i principi e i valori bioetici fondamentali, tra cui i diritti umani, l'universalità e l'equità, come parte della costituzione e delle linee guida dell'OMS per la ricerca etica, e non dispone di adeguati piani di transizione per l'assistenza e i servizi clinici. [2](#)

Collaborando con gli Stati membri, l'OMS ha guidato l'eradicazione del vaiolo e ha contribuito a drastiche riduzioni di altre importanti minacce per la salute pubblica. Il personale dell'OMS è stato in prima linea in conflitti e disastri naturali, garantendo che aiuti salvavita raggiungessero chi ne aveva bisogno. L'OMS svolge un ruolo cruciale nel rispondere a sfide sanitarie globali senza precedenti, ma attualmente sta affrontando notevoli difficoltà operative.

Un rapido sondaggio condotto dall'OMS ha riportato che l'80% degli uffici nazionali dell'OMS ha subito interruzioni in almeno un'area programmatica a causa delle riduzioni degli aiuti pubblici allo sviluppo. [3](#) Le aree più gravemente colpite includono gli aiuti umanitari, la preparazione e la risposta alle emergenze sanitarie, la sorveglianza della sanità pubblica e l'erogazione dei servizi sanitari di base.

Malaria e malattie tropicali trascurate; programmi di vaccinazione; assistenza per la tubercolosi; salute materna e infantile; pianificazione familiare; La salute sul lavoro, la terapia d'urgenza, la terapia intensiva e la terapia operatoria, nonché la rilevazione delle epidemie, sono tutti fattori compromessi. Nonostante questi ostacoli, l'OMS sta supportando i Paesi più gravemente colpiti nella transizione dalla dipendenza dagli aiuti a un finanziamento interno sostenibile. [4](#)

La convinzione che ridurre i bilanci della sanità pubblica in questo modo possa portare a risparmi sui costi è immorale e fuorviante.

È dimostrato che le riduzioni a breve termine dei programmi sanitari essenziali comportano perdite economiche a lungo termine dovute all'aumento del carico di malattia, alla riduzione della produttività, all'aumento dei costi di trattamento e al più ampio impatto economico delle epidemie incontrollate. [5](#)

Un'analisi della Banca Mondiale ha rilevato che investire solo nella preparazione alle pandemie può produrre un ritorno annuo fino all'88%, grazie alla riduzione dei danni economici. [6](#)

Le preoccupazioni per la salute pubblica richiedono risposte coordinate a livello nazionale e internazionale. La pandemia di COVID-19 e le epidemie su larga scala di virus Ebola e mpox evidenziano che la sicurezza sanitaria è una responsabilità collettiva. Qualsiasi minaccia all'azione globale collettiva, agli investimenti sostenuti in sanità e a una forte leadership tecnica rischia di far sì che i problemi sanitari locali si trasformino in crisi globali.

In qualità di attuali, ex direttori e membri dei Centri collaboratori dell'OMS, sosteniamo pienamente l'OMS nell'esecuzione del mandato costituzionale e invitiamo tutti, compresi gli Stati membri, i donatori, i partner e le altre parti interessate, a continuare a investire nell'OMS per promuovere la salute e la sicurezza, aiutando nel contempo le popolazioni vulnerabili in tutto il mondo.

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(25\)01174-2/fulltext?dgcid=raven\\_jbs\\_aip\\_email](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)01174-2/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

## Genocidio a Gaza: fallimenti morali ed etici delle istituzioni mediche

Helena Niu, Marella Bedggood<sup>c</sup>, Matthew Jenkins<sup>d</sup> [matthew.jenkins@waikatodhb.health.nz](mailto:matthew.jenkins@waikatodhb.health.nz), Sana Pathan<sup>e</sup>, Daud Saeed<sup>a, f, g</sup>, Jon Jureidini<sup>h</sup>

Nel marzo 2024, Safiyyah Abbas e Lucy Mitchell <sup>1</sup> hanno evidenziato le atrocità in atto a Gaza e l'incapacità delle istituzioni mediche australiane di organizzare una protesta significativa. Da allora, i continui e diffusi attacchi contro i civili da parte del governo israeliano, uniti al deliberato ostacolo all'accesso a cibo, acqua, carburante e forniture mediche, hanno spinto la Corte penale internazionale a emettere mandati di arresto per i leader israeliani Benjamin Netanyahu e Yoav Gallant, per il crimine di guerra di fame come metodo di guerra e per i crimini contro l'umanità di omicidio, persecuzione e altri atti disumani. <sup>2</sup> Numerose organizzazioni internazionali per i diritti umani hanno concluso che le azioni dello Stato di Israele equivalgono a genocidio. <sup>3,4</sup> Gli attacchi contro operatori sanitari e ospedali si sono intensificati. Al 2 gennaio 2025, più di 1000 operatori sanitari erano stati uccisi <sup>5 e</sup>, al 14 marzo 2025, l'OMS aveva registrato almeno 670 attacchi a strutture sanitarie, ambulanze e personale <sup>6</sup>. Gli operatori sanitari sono stati rapiti e torturati <sup>7 e</sup> continuano a essere assassinati <sup>8</sup>. [Questi atti](#) costituiscono gravi violazioni delle [Convenzioni di Ginevra del 1949](#), che stabiliscono inequivocabilmente che il personale e le strutture mediche devono essere protetti in ogni momento di conflitto.

La comunità medica ha il dovere morale e professionale di denunciare queste violazioni del diritto internazionale e dei diritti umani. Tuttavia, uno studio recente ha dimostrato che solo un quarto delle società mediche specialistiche statunitensi ha rilasciato una dichiarazione pubblica in merito a Gaza. <sup>9</sup> Analogamente, in Australia e Nuova Zelanda, nonostante la mobilitazione del movimento di base, l'azione delle organizzazioni mediche è stata inadeguata e insufficiente.

Nel 2024, diversi istituti di medicina australiani – tra cui l'Australasian College for Emergency Medicine, il College of Intensive Care Medicine of Australia and New Zealand, il Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists, il Royal Australasian College of Surgeons, l'Australian and New Zealand College of Anaesthetists, il Royal Australasian College of Physicians, il Royal Australian College of General Practitioners, il Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP) e il Royal College of Pathologists of Australasia – hanno ricevuto una petizione formale dai loro membri affinché rilasciassero dichiarazioni pubbliche di condanna degli attacchi militari israeliani contro civili, operatori sanitari e strutture mediche; sostenessero la distribuzione senza ostacoli degli aiuti umanitari; e chiedessero il pieno rispetto del diritto internazionale umanitario. Alcune petizioni chiedevano esplicitamente agli istituti di promuovere misure per prevenire il genocidio. Inoltre, alcune petizioni sollecitavano le facoltà di medicina a proteggere gli operatori sanitari che difendono i diritti umani dei palestinesi, molti dei quali avevano subito molestie, bullismo, doxing e minacce alla loro reputazione professionale o al loro sostentamento a causa della loro attività.

Molti college [hanno rilasciato dichiarazioni](#) più o meno specifiche, sollecitando la protezione dei civili e degli operatori sanitari. Tuttavia, nessuno ha riconosciuto o condannato direttamente il ruolo del governo israeliano nel creare le condizioni catastrofiche a Gaza. A nostra conoscenza, il [New Zealand College of Public Health Medicine](#) ha rilasciato l'unica dichiarazione di un college medico australiano contenente un appello alla prevenzione del genocidio a Gaza. Altri college medici si sono rifiutati di commentare, citando le politiche di astensione dal commentare questioni politiche, e alcuni non hanno riconosciuto il contenuto delle petizioni e ignorato la corrispondenza successiva.

Il silenzio di così tante nostre istituzioni mediche di fronte a questo genocidio riflette una profonda incapacità di sostenere i principi etici che queste istituzioni affermano di sposare e cercano di instillare nei loro membri. Molte facoltà di medicina dell'Australasia aderiscono a quadri formativi come [CanMEDS](#), che enfatizza la difesa della salute, la ricerca e la leadership. Il RANZCP, ad esempio, considera CanMEDS essenziale per le sue competenze di fellowship. Ci si aspetta che i membri del RANZCP, in quanto sostenitori della salute, dimostrino impegno per i diritti umani; in quanto studiosi, siano in grado di valutare le prove in modo obiettivo; e in quanto leader, prendano posizioni coraggiose e basate sui principi a favore della giustizia. Inoltre, molte di queste facoltà di medicina hanno dichiarazioni in cui si impegnano a un impegno proattivo nelle questioni del

razzismo strutturale, di cui il genocidio è l'esempio più estremo. La mancata condanna esplicita delle azioni genocide del governo israeliano a Gaza erode la credibilità morale di queste istituzioni e i valori da loro professati, e costituisce presumibilmente una forma di complicità istituzionale.

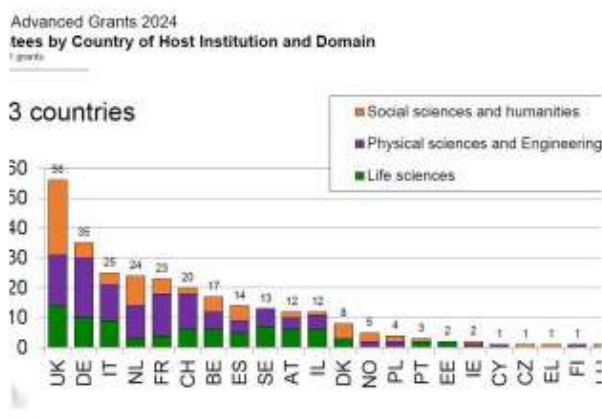
Per evitare questa complicità, le facoltà di medicina dovrebbero dare prova di una leadership morale basata sui principi, non solo condannando apertamente questo genocidio, ma anche fornendo risorse materiali e supporto ai professionisti sanitari rimasti a Gaza e facendo pressione sui nostri governi affinché rispettino il diritto internazionale, anche attraverso misure come embarghi sulle armi e sanzioni. Inoltre, il clima di intimidazione e silenzio che regna all'interno della professione medica su questo tema dovrebbe essere affrontato direttamente. La protezione e il sostegno istituzionale dovrebbero garantire che tutti i professionisti medici possano sostenere i diritti umani e la fine del genocidio senza timore di molestie, censure professionali o ritorsioni. Non è sufficiente che le istituzioni mediche proclamino l'impegno per la vita e la dignità umana come ideale teorico. Un approccio basato sui principi ai diritti umani dovrebbe essere caratterizzato da coerenza, integrità e azione.

Per la **dichiarazione rilasciata dal Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists**, vedere <https://ranzocg.edu.au/news/statement-gaza-israel/>

Per la **dichiarazione rilasciata dal Royal Australian College of General Practitioners** vedere <https://www.racgp.org.au/corporate-news/statement-on-the-conflict-in-israel-and-gaza>

Per la **dichiarazione rilasciata dal Royal Australasian College of Physicians**, vedere <https://www.racp.edu.au/news-and-events/all-news/news-details?id=5a5ab7af-bbb2-61c2-b08b-ff01001c3177>

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(25\)01173-0/fulltext?dgcid=raven\\_jbs\\_aip\\_email](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)01173-0/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)



#### ERC ADVANCED GRANTS

## Storico successo dei laboratori italiani, terzi in Europa per numero di «borse» per la ricerca

di Gianna Fregonara e Orsola Riva

Per la prima volta i finanziamenti europei non premiano solo i nostri cervelli in fuga, ma anche i nostri centri di ricerca. L'Italia sorpassa Francia e Olanda



## **Assistenza sanitaria in un panorama migratorio in evoluzione: fornire assistenza nel rispetto della legge**

**Holland Kaplan , Anna Cabot e Peter Ubel**

**DOI: 10.1056/NEJMp2502570**

Nel gennaio 2025, la "politica sui luoghi sensibili", che proteggeva le strutture sanitarie e altre aree designate dalle attività di controllo dell'immigrazione, è stata revocata. [1](#) Di conseguenza, ai funzionari dell'Immigration and Customs Enforcement (ICE) degli Stati Uniti non è più vietato accedere alle strutture sanitarie per svolgere tali attività. Questa modifica non garantisce ai funzionari l'accesso illimitato a tutte le aree delle strutture sanitarie o alle informazioni sui pazienti: il Quarto Emendamento e la Norma sulla Privacy dell'Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) rimangono in vigore. I funzionari dell'immigrazione possono accedere a spazi pubblici (ad esempio, atri) senza consenso, ma possono accedere a spazi privati (ad esempio, aule visita) solo con un mandato valido o in circostanze urgenti, come minacce alla sicurezza pubblica.

Gli operatori sanitari hanno quindi maggiori probabilità rispetto al passato di incontrare funzionari dell'immigrazione in strutture sanitarie, di assistere pazienti in custodia dell'ICE e di curare pazienti a rischio di detenzione o espulsione o i cui familiari sono già stati detenuti o espulsi. Gli operatori sanitari potrebbero trovarsi intrappolati tra la pressione di conformarsi alle misure di controllo dell'immigrazione e i loro doveri professionali nei confronti dei pazienti. Se sfidano le richieste dei funzionari dell'immigrazione nel tentativo di proteggere i pazienti, rischiano di ostacolare o interferire con le attività di controllo dell'immigrazione, con conseguenti conseguenze legali. Sebbene tali scenari non siano mai stati comuni negli Stati Uniti, permane incertezza su come le politiche potrebbero evolversi. Tuttavia, procedure istituzionali adeguate possono tutelare sia i diritti costituzionali dei pazienti sia le responsabilità etiche degli operatori sanitari.

Medici e altri membri del personale (ad esempio, receptionist) potrebbero ricevere richieste da parte di funzionari per facilitare l'applicazione delle norme sull'immigrazione. Ai sensi della normativa sulla privacy HIPAA, gli operatori sanitari non sono obbligati a fornire informazioni sanitarie protette (PHI) a nessuno senza un mandato giudiziario o una citazione. [2](#) La definizione di PHI è ampia e include il nome del paziente, lo stato di immigrazione e la data di dimissione dall'ospedale. I mandati amministrativi del Dipartimento della Sicurezza Interna (come il Modulo I-200 o I-205) non sono mandati giudiziari e non obbligano gli operatori sanitari a divulgare le PHI. Un mandato giudiziario deve essere firmato da un giudice e indicare un tribunale statale o un tribunale distrettuale statunitense sul documento.

Se un funzionario dell'immigrazione presenta un mandato giudiziario o una citazione in giudizio, gli operatori sanitari dovrebbero verificarne la validità con il consulente legale della propria struttura prima di ottemperarvi. Dovrebbero accompagnare il funzionario lontano dalle aree private e documentare il nome e il numero di identificazione del funzionario, la natura della richiesta e le eventuali azioni intraprese, e ottenere una copia di qualsiasi documentazione fornita dal funzionario. Non dovrebbero fornire ai funzionari dell'immigrazione informazioni che vadano oltre l'ambito del mandato. Ove possibile, dovrebbero evitare di documentare lo status di immigrazione di un paziente nella cartella clinica, poiché tali informazioni potrebbero essere utilizzate contro il paziente in procedimenti legali.

Se i funzionari dell'immigrazione entrano in spazi pubblici, possono prendere nota delle informazioni disponibili in bella vista, come i nomi dei pazienti sui fogli di firma. Tuttavia, il Quarto Emendamento tutela da "perquisizioni e sequestri irragionevoli" in aree private, richiedendo alle forze dell'ordine di ottenere mandati basati su una causa probabile. Per accedere a spazi privati in assenza di una minaccia urgente, i funzionari devono presentare un mandato valido emesso da un tribunale con informazioni specifiche sull'area da perquisire, la tempistica della perquisizione e un elenco di oggetti o persone da prendere in custodia. Se un funzionario tenta di accedere a un'area privata sostenendo che vi siano circostanze urgenti, è necessario contattare un consulente legale. Se un funzionario entra con la forza in un'area privata senza autorizzazione legale, il personale deve evitare scontri fisici, documentare l'accaduto in dettaglio (inclusi nomi, numeri di

tesserino e qualsiasi dichiarazione rilasciata) e avvisare la dirigenza dell'istituto, il team di sicurezza e il consulente legale il prima possibile.

In assenza di politiche chiare, le strutture sanitarie dovrebbero stabilire norme che distinguano le aree pubbliche da quelle private. Atrii, parcheggi e marciapiedi esterni a una struttura sanitaria sono considerati spazi pubblici. Le strutture sanitarie dovrebbero designare le aree private (ad esempio, spazi di lavoro clinici e sale d'attesa) utilizzando una segnaletica chiara, porte chiuse o bloccate e politiche che limitino l'accesso al pubblico. Le informazioni riservate dovrebbero essere tenute fuori dalla vista in tutte le aree.

In passato, i funzionari dell'immigrazione hanno esercitato pressioni sui medici affinché trasgredissero i loro doveri clinici o conducessero valutazioni o interventi non clinicamente indicati, come la certificazione dell'idoneità dei detenuti a viaggiare per l'espulsione, l'esecuzione di radiografie dentali per stimare l'età di un paziente (per determinare se un detenuto può essere posto in stato di detenzione per adulti) [3](#) e l'alimentazione forzata di detenuti dell'ICE impegnati in scioperi della fame (una pratica condannata da esperti medici ed eticisti).<sup>4</sup> [Tali](#) richieste da parte delle forze dell'ordine sollevano sempre preoccupazioni etiche, in questo caso perché potrebbero agevolare gli obiettivi di controllo dell'immigrazione anziché il benessere del paziente. I medici devono rimanere fedeli ai propri obblighi professionali e garantire che le valutazioni e gli interventi clinici siano guidati esclusivamente dalle esigenze dei pazienti. Se sottoposti a pressioni per eseguire un intervento non indicato, i medici devono documentare la ragione medica del rifiuto, richiedere al funzionario la documentazione che specifichi la base giuridica della richiesta e consultare il consulente legale della propria struttura. Senza un ordine del tribunale, i medici non sono obbligati a eseguire interventi che non siano clinicamente indicati.

I medici potrebbero incontrare difficoltà nel contattare i delegati decisionali per i pazienti in custodia dell'ICE o per coloro i cui familiari sono stati trattenuti o espulsi. In entrambi i casi, è noto che i funzionari dell'immigrazione e altre forze dell'ordine ritardano o limitano l'autorizzazione dei medici a contattare i delegati designati, a volte citando problemi di sicurezza. La base giuridica di tali restrizioni rimane poco chiara e i funzionari, in conformità con le proprie politiche organizzative, potrebbero rifiutarsi di fornire ulteriori dettagli sui rischi per la sicurezza in questione. Tale mancanza di trasparenza complica gli sforzi per garantire una comunicazione tempestiva tra i medici e i delegati legalmente riconosciuti. Gli operatori sanitari possono mitigare queste difficoltà incoraggiando tutti i loro pazienti a compilare la documentazione legale che designa i delegati decisionali di loro preferenza (ad esempio, una procura medica). Se esiste il rischio che i delegati decisionali possano essere trattenuti o espulsi, i medici dovrebbero incoraggiare i pazienti a nominare più delegati, per massimizzare la probabilità che almeno uno di loro sia disponibile quando necessario.

L'inasprimento dei controlli sull'immigrazione ha indotto molti immigrati irregolari a evitare di cercare assistenza sanitaria, [5](#) il che rappresenta un rischio sia per loro stessi che per la salute pubblica. Gli operatori sanitari possono ridurre gli ostacoli all'accesso alle cure offrendo servizi di telemedicina multilingue ai pazienti che temono di incontrare funzionari dell'immigrazione quando escono di casa. Sebbene gli operatori sanitari non debbano cercare di fornire assistenza legale ai pazienti, possono indirizzarli a organizzazioni legali e di difesa dei diritti locali.

Molte delle azioni sopra descritte dipendono da solide politiche istituzionali e da un rapido accesso alla consulenza legale. Gli operatori sanitari dovrebbero collaborare con le proprie istituzioni per istituire un team di risposta per la gestione delle interazioni con i funzionari dell'immigrazione. Le istituzioni dovrebbero fornire supporto legale affinché gli operatori sanitari possano tutelare i propri pazienti nel rispetto della legge. Le istituzioni dovrebbero aggiornare le proprie politiche in materia di interazioni con le forze dell'ordine, in particolare quelle applicabili ai casi che comportano incertezza sulla validità delle richieste di valutazione e trattamento medico da parte degli agenti.

Inoltre, le istituzioni dovrebbero rivedere e aggiornare le politiche relative all'accesso e alla divulgazione delle PHI; la tutela delle informazioni dei pazienti è una buona pratica a vantaggio di tutti i pazienti. Dato il potenziale rischio che le azioni di contrasto federali possano includere sanzioni pecuniarie o l'esclusione dai programmi federali – come la perdita dei finanziamenti Medicare o Medicaid, che possono ammontare a milioni di dollari – le istituzioni dovrebbero valutare e prepararsi a questi rischi. Nonostante queste preoccupazioni, le istituzioni possono tutelare i diritti dei pazienti implementando politiche chiare e conformi alla legge federale, riducendo al minimo il coinvolgimento non necessario nelle attività di contrasto,

garantendo che il personale sia formato sulle tutele legali e partecipando alle attività di advocacy per garantire un equo accesso alle cure.

Gli operatori sanitari possono trovarsi ad affrontare sfide legali ed etiche con l'evoluzione delle politiche sull'immigrazione. Conoscendo i propri diritti legali e quelli dei propri pazienti, possono continuare a prendersi cura di loro, difendendoli e rispettando la legge.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2502570?query=TOC>



## L'ACCORDO PANDEMICO DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ: PERCHÉ È OPPORTUNO CHE L'ITALIA ADERISCA

### Le ragioni: il ruolo fondamentale della *preparedness*

Cinque anni dopo la pandemia da COVID-19 il mondo continua a non essere preparato ad affrontare un altro evento inatteso da un virus emergente. Il *Global Health Security index* (GHS-index) che misura il livello di preparazione a epidemie e pandemie di 195 paesi, inclusa l'Italia, indica che tutti i paesi rimangono pericolosamente impreparati a future minacce epidemiche e pandemiche, comprese minacce potenzialmente più devastanti del COVID-19.

Il rapporto del *Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response* (istituito dalla Organizzazione Mondiale della Sanità [OMS]) pubblicato a giugno 2024, con il titolo "*No time to gamble: Leaders must unite to prevent pandemics*", ipotizzava che se il virus influenzale H5N1 iniziasse a diffondersi da persona a persona su larga scala, il mondo sarebbe probabilmente di nuovo sopraffatto. In realtà, le varianti del virus dell'influenza aviaria H5N1 che si stanno diffondendo in Nord America possono causare malattie gravi e determinare la morte, soprattutto se trasmesse direttamente all'uomo dagli uccelli. Inoltre, il virus si sta anche adattando a nuovi ospiti – mucche e altri mammiferi – aumentando il rischio di una pandemia umana.

La *preparedness* è molto di più della semplice preparazione, bensì è un processo lungo, costoso, coordinato e continuo di pianificazione, realizzazione e revisione continua delle azioni necessarie sulla base del monitoraggio dei risultati conseguiti. Infatti, è necessario pianificare e costruire ospedali, reclutare e formare personale, formulare leggi sulla sanità pubblica, istituire sistemi di identificazione precoce e di sorveglianza solidi, mantenere scorte di beni essenziali che potrebbero non essere o diventare non disponibili in corso di pandemia.

L'Accademia Nazionale dei Lincei (ANL) ha preparato nel 2021 un documento sulla *preparedness* contro le pandemie e sul ruolo della scienza, confluito nella dichiarazione delle Accademie delle Scienze dei Paesi del G20 (S20) per suggerire azioni per rafforzare la preparazione alle pandemie a livello internazionale e nazionale (*S20 ACADEMIES JOINT STATEMENT Pandemic preparedness and the role of science*; disponibile all'indirizzo <https://www.lincai.it/g20-academies-meetings-science>).

Nel 2023, l'ANL ha preparato un ulteriore documento "Preparazione alle Pandemie" che estendeva la precedente dichiarazione delle Accademie S20 (disponibile all'indirizzo: <https://www.lincai.it/it/node/2017>). Detto documento analizza in dettaglio gli aspetti critici della risposta, descrivendo le azioni per rafforzare la preparazione alle pandemie a livello internazionale e nazionale, con particolare riferimento a:

- coordinamento internazionale delle azioni riguardanti la salute del pianeta
- necessità di strutture di biomonitoraggio dei patogeni e di sequenziamento del genoma

- sorveglianza integrata delle malattie respiratorie acute
- governance trasparente e responsabile della condivisione dei dati
- sviluppo tecnologico di dispositivi diagnostici nella fase iniziale di una pandemia
- valutazione sistematica dell'impatto sulla salute pubblica di varie strategie
- predisposizione di reti di sperimentazione clinica
- modalità per facilitare la partecipazione del pubblico e contrasto al potente impatto dei social media
- valutazioni etiche degli interventi proposti
- coordinamento dell'OMS per stabilire norme di comportamento globale.

### **Il percorso e i contenuti dell'Accordo**

Al termine della prima fase della pandemia (a fine 2021), in un momento di grande afflato collaborativo e solidaristico in un mondo ancora drammaticamente scosso dal temendo impatto del COVID-19, venne istituito l'Organismo Intergovernativo di Negoziazione (INB), per elaborare e negoziare uno strumento internazionale, che l'Italia aveva caldeggiato, volto a rafforzare la prevenzione, la preparazione e la risposta alle pandemie attraverso lo sviluppo di un Trattato Pandemico. L'INB prevedeva di giungere a una risoluzione entro maggio 2024, termine poi prorogato a maggio 2025. La fase dei negoziati è stata più lunga del previsto soprattutto per il mancato raggiungimento di un consenso in tempi rapidi su questioni importanti, in particolare quelle relative alle misure per garantire l'accesso equo ai prodotti per i quali il trasferimento di tecnologia e gli aspetti relativi alla proprietà intellettuale risultavano controversi. I paesi ad alto reddito insistevano sul fatto che il trasferimento di tecnologia dovesse avvenire solo "su base volontaria e concordata". La condivisione volontaria di tecnologia e produzione può contribuire alla preparazione e alla risposta alla pandemia.

Il 20 maggio 2025 è stato approvato l'Accordo Pandemico (AP) dell'OMS. L'AP nasce dalla consapevolezza che nel corso della pandemia i governi di tutto il mondo hanno "agito con grande determinazione, dedizione e urgenza, esercitando così la propria sovranità nazionale". Nella presentazione dell'Accordo è stato ribadito che l'AP dell'OMS "offre un'opportunità irripetibile per trarre insegnamento da quella crisi e garantire che le persone in tutto il mondo siano meglio protette in caso di una futura pandemia". Infatti, definisce i principi, gli approcci e gli strumenti per un migliore coordinamento internazionale in una vasta gamma di aree, al fine di rafforzare l'architettura sanitaria globale per la prevenzione, la preparazione e la risposta alle pandemie, incluso l'accesso equo e tempestivo a vaccini, terapie e sistemi diagnostici. L'AP prevede, per quanto riguarda la sovranità nazionale, che nulla nel testo debba essere interpretato nel senso di conferire all'OMS l'autorità di "dirigere, ordinare, modificare o altrimenti prescrivere la legislazione nazionale e/o internazionale, a seconda dei casi, o le politiche di qualsiasi Paese, o altrimenti imporre che i singoli Paesi adottino azioni specifiche, come vietare o accettare viaggiatori, imporre obblighi vaccinali o misure terapeutiche o diagnostiche o attuare lockdown".

I 35 articoli del trattato enunciano i principi e gli strumenti per la prevenzione, la preparazione e la risposta alle pandemie, inclusi:

- l'approccio *One Health* (ovverossia, la relazione stretta tra salute dell'uomo, degli animali e dell'ambiente), che per la prima volta viene inserito in un trattato giuridicamente vincolante;
- la promozione della produzione in loco di vaccini e dispositivi;
- lo sviluppo della capacità di ricerca e trasferimento tecnologico;
- la possibilità di spostare personale specializzato tra diversi Paesi;
- l'istituzione di una rete logistica e di approvvigionamento globale gestita dall'OMS.

Il trattato dovrebbe anche garantire:

- un impegno politico maggiore, duraturo e a lungo termine a livello di leader mondiali di Stati o Governi;
- la definizione di processi e compiti chiari;
- il rafforzamento del sostegno a lungo termine al settore pubblico e privato a tutti i livelli;
- la promozione dell'integrazione delle questioni sanitarie in tutti i settori strategici pertinenti.

L'Accordo sulle Pandemie è nato per essere un accordo internazionale tra gli Stati membri dell'OMS con tre potenziali vantaggi chiave: i) promuovere una risposta globale più equa; ii) contribuire alla salvaguardia dei sistemi sanitari nazionali; e iii) rafforzare la cooperazione tra gli Stati membri durante le pandemie.

L'Accordo è considerato una vittoria per la salute pubblica, la scienza e l'azione multilaterale e si prevede che garantirà di proteggere meglio il mondo dalle future minacce pandemiche. Inoltre, è anche un riconoscimento da parte della comunità internazionale che i cittadini dei diversi paesi, le società civili e le economie non devono essere lasciati in condizioni di grande vulnerabilità a subire nuovamente perdite come quelle subite durante il COVID-19.

La risoluzione sull'AP dell'OMS adottata dall'Assemblea Mondiale della Sanità definisce le fasi preparatorie all'attuazione dell'accordo. Include l'avvio di un processo per elaborare e negoziare un sistema di accesso e condivisione dei benefici derivanti da un'azione comune nei confronti degli agenti patogeni (PABS) attraverso un Gruppo di Lavoro Intergovernativo (IGWG). Il risultato di questo processo sarà esaminato in occasione dell'Assemblea Mondiale della Sanità del 2026.

L'accordo prevede che le aziende farmaceutiche che partecipano al sistema PABS svolgano un ruolo chiave nell'accesso equo e tempestivo ai prodotti sanitari correlati alla pandemia, mettendo a disposizione dell'OMS "un accesso rapido mirato al 20% della loro produzione in tempo reale di vaccini, terapie e dispositivi diagnostici sicuri, di qualità ed efficaci per il patogeno che causa l'emergenza pandemica". La distribuzione di questi

prodotti ai Paesi sarà effettuata in base al rischio e alle esigenze per la salute pubblica, con particolare attenzione alle esigenze dei Paesi in via di sviluppo.

È importante sottolineare come il fare rete rappresenti un beneficio per tutti, Paesi ad alto e a basso reddito, in quanto comporta non solo accesso a strumenti diagnostici e terapeutici,

ma sorveglianza e identificazione per tempo di nuovi patogeni e varianti, come è successo per varianti di SARS-CoV-2.

## **L'Italia**

Il 20 maggio 2025 i governi hanno adottato l'AP OMS in una sessione plenaria dell'Assemblea Mondiale della Sanità, il principale organo decisionale dell'OMS. L'adozione ha fatto seguito all'approvazione avvenuta in Commissione da parte delle delegazioni degli Stati membri il 19 maggio (con 124 favorevoli, nessun contrario e 11 astensioni, tra cui l'Italia).

L'Italia, nonostante la rilevanza dei contenuti tecnici, politici ed organizzativi e le rassicurazioni fornite dall'OMS circa il principio di sovranità, ha deciso di astenersi. Il testo della dichiarazione di voto è il seguente:

### *"WHA 78 - Punto 16.2: Negoziati INB Dichiarazione di voto dell'Italia*

*Con l'astensione odierna, l'Italia intende ribadire la propria posizione in merito alla necessità di riaffermare la sovranità degli Stati nell'affrontare le questioni di salute pubblica.*

*Apprezziamo che questo principio sia stato incluso nel testo dell'Accordo sulla pandemia. Accogliamo inoltre con favore il fatto che, nell'annunciare la conclusione dei negoziati, l'OMS abbia specificato che l'Accordo sulla pandemia non autorizza l'OMS a dirigere, ordinare, modificare o prescrivere leggi o politiche nazionali, né a imporre agli Stati di adottare azioni specifiche, come vietare o accettare viaggiatori, imporre vaccinazioni o misure terapeutiche o diagnostiche o attuare lockdown.*

*Riteniamo inoltre che l'Accordo debba essere attuato nel pieno rispetto dei principi di proporzionalità e tutela dei diritti fondamentali, inclusa la protezione dei dati personali e delle libertà individuali.*

*Tenendo presenti questi principi, l'Italia auspica di continuare a collaborare con gli altri Stati membri dell'OMS per definire le questioni in sospeso che, a nostro avviso, meritano ulteriori approfondimenti."*

La posizione espressa dall'Italia non mette in discussione le basi scientifiche dell'Accordo Pandemico OMS, né indica contenuti tecnici alternativi ai fini della elaborazione del proprio piano pandemico nazionale (ancora in bozza e in attesa di approvazione).

L'Accademia Nazionale dei Lincei auspica che, una volta espletati gli "ulteriori approfondimenti", il Governo Italiano voglia aderire alla fase attuativa dell'Accordo Pandemico, per consentire alla popolazione di beneficiare dei vantaggi sanitari ed economici derivanti dalla collaborazione internazionale.

# Best Practice in Institutionalising Health Accounts

Learning from Experiences in 13 OECD Countries

## Table of contents

|                                                                                                 |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Foreword                                                                                        | 3  |
| Executive summary                                                                               | 6  |
| 1 Introduction                                                                                  | 8  |
| References                                                                                      | 12 |
| Notes                                                                                           | 12 |
| 2 Implementation of health accounts in OECD countries                                           | 13 |
| References                                                                                      | 17 |
| Notes                                                                                           | 17 |
| 3 Components of institutionalisation of health accounts                                         | 18 |
| 3.1. What do we mean by implementation and institutionalisation?                                | 19 |
| 3.2. Governance                                                                                 | 22 |
| 3.3. Technical Production Process                                                               | 30 |
| 3.4. Dissemination strategy and data use                                                        | 36 |
| 3.5. Key factors facilitating health accounts institutionalisation – what do experts think?     | 45 |
| References                                                                                      | 46 |
| Notes                                                                                           | 48 |
| 4 Conclusion                                                                                    | 50 |
| Annex A. Key classifications of the System of Health Accounts 2011                              | 52 |
| Annex B. National classifications used in health accounts production that deviate from SHA 2011 | 54 |
| Annex C. Overview of country experiences in the institutionalisation of health accounts         | 58 |
| <b>FIGURES</b>                                                                                  |    |
| Figure 1.1. The core and extended accounting framework of SHA 2011                              | 10 |
| Figure 3.1. The World Bank framework for the institutionalisation of national health accounts   | 20 |
| Figure 3.2. WHO framework for assessing the maturity of health accounts institutionalisation    | 21 |
| Figure 3.3. Example of infographic use to promote health accounts results in Canada             | 39 |
| Figure 3.4. Analysing health expenditure for different population groups in Australia           | 41 |

## Sommario

I conti sanitari sono uno strumento cruciale per monitorare sistematicamente le risorse finanziarie che i paesi assegnano alla salute e per orientare l'elaborazione di politiche basate sull'evidenza.

Oltre a monitorare la spesa sanitaria lungo le tre dimensioni fondamentali attorno alle quali si basa il quadro normativo internazionale "A System of Health Accounts 2011" (finanziamento, erogazione e servizi), molti paesi sono interessati anche ad ulteriori applicazioni dei conti sanitari, come l'esame del finanziamento e della spesa sanitaria a livello subnazionale o la scomposizione della spesa sanitaria per età, genere e patologia.

Oltre a produrre dati sulla spesa sanitaria applicando i concetti SHA 2011 ai fini dei confronti internazionali, diversi paesi dispongono anche di versioni nazionali dei conti sanitari per soddisfare le esigenze informative specifiche di ciascun paese. Sebbene studi precedenti abbiano esaminato in una certa misura le modalità di implementazione dei conti sanitari da parte dei paesi, analizzando il modo in cui vengono generate le stime iniziali della spesa sanitaria, la questione di come la produzione dei conti sanitari sia stata istituzionalizzata in modo permanente nei paesi ha ricevuto meno attenzione.

Un'adeguata istituzionalizzazione dei conti sanitari è un passo fondamentale per garantire la produzione regolare di dati di elevata qualità sulla spesa sanitaria e sui finanziamenti. In questo contesto, la governance del processo di produzione, gli aspetti tecnici del processo di produzione e la diffusione dei risultati, incluso il loro utilizzo per orientare l'elaborazione delle politiche, sono ambiti cruciali. Questo rapporto illustra le migliori pratiche di istituzionalizzazione dei conti sanitari, basandosi sull'esperienza di 13 paesi OCSE con una storia relativamente lunga in materia. Nel complesso, un messaggio chiave è che non esiste un approccio "universale".

Molti fattori, legati alle caratteristiche del sistema sanitario, al panorama informativo dei dati sanitari o alla cultura e alle regole amministrative, giocano un ruolo nel determinare le modalità migliori per l'istituzionalizzazione dei conti sanitari in un paese. Per quanto riguarda la governance dei conti sanitari, i paesi hanno diverse opzioni per l'assegnazione dell'istituzione responsabile della loro produzione, e questa scelta comporta diversi compromessi. Diversi paesi affidano questo compito al Ministero della Salute, che ha il vantaggio di essere vicino al processo decisionale politico, ma i ministeri potrebbero non avere la capacità tecnica o una prospettiva economica più ampia per svolgere questo lavoro.

Il contrario è generalmente vero per gli Istituti Nazionali di Statistica. Altre opzioni, come l'istituzionalizzazione dei conti sanitari presso agenzie sanitarie indipendenti o tramite altri accordi, presentano vantaggi e potenziali sfide. Nella maggior parte dei paesi intervistati esiste un obbligo legale per la produzione di conti sanitari (esplicito o implicito), e questo può rappresentare una leva importante per garantire il finanziamento sostenibile e le risorse necessarie per garantire la continuità del lavoro.

Avere una base giuridica per la produzione di conti sanitari può anche facilitare l'acquisizione dei dati e rafforzare il coinvolgimento con le altre parti interessate. Tuttavia, esistono anche esempi in cui una produzione sostenibile di conti sanitari è possibile anche senza tale obbligo. La produzione di conti sanitari si basa sulla combinazione di dati provenienti da diverse fonti. Pertanto, è fondamentale stabilire e mantenere buoni rapporti con i diversi fornitori di dati e le altre parti interessate. Mentre in molti casi l'acquisizione dei dati si basa sulla "buona volontà" dei detentori dei dati.

Sebbene piuttosto informali, la maggior parte dei paesi si affida anche, in una certa misura, ad accordi più formalizzati con alcuni produttori di dati chiave.

Diversi paesi hanno deciso di istituire gruppi di esperti in materia di conti sanitari, che in genere si avvalgono di una più ampia gamma di esperti, sia interni che esterni all'autorità responsabile. Questi gruppi possono assumere ruoli diversi, come la consulenza sulla produzione dei conti sanitari, sulle questioni metodologiche e sulla diffusione dei risultati, ma possono anche essere in grado di fornire una prospettiva politica più ampia sul lavoro svolto sui conti sanitari. Un gruppo di questo tipo può essere uno strumento utile per ottenere un ulteriore "consenso" dai principali stakeholder e può anche potenzialmente migliorare la qualità dei conti e conferire legittimità ai loro risultati. Il processo tecnico di produzione dei conti sanitari varia notevolmente da paese a paese a seconda di molti fattori, come la metodologia adottata per implementare i conti sanitari, il panorama informativo dei dati sanitari, la disponibilità dei dati, ma anche le norme amministrative e culturali. Detto questo, si possono individuare alcuni punti in comune nelle migliori pratiche. In primo luogo, dovrebbero essere in atto chiare procedure operative che definiscano il ciclo di produzione annuale con una

suddivisione delle responsabilità tra i membri del team di contabilità sanitaria e i possibili partner di collaborazione. Ciò richiede la definizione di una tempistica di produzione coerente, dall'acquisizione iniziale dei vari dati di input e la loro convalida, all'elaborazione dei dati e al calcolo della contabilità sanitaria, fino alla revisione finale dei risultati e delle analisi, e infine alla pubblicazione e diffusione della contabilità e dei prodotti associati.

Per completare questo ciclo, è necessario personale sufficiente con il giusto mix di competenze e un'infrastruttura IT adeguata per gestire il panorama dei dati specifico per Paese. Per una produzione regolare e fluida della contabilità sanitaria, i processi dovrebbero essere il più possibile standardizzati.

Detto questo, dovrebbe essere adottato un approccio iterativo graduale che miri all'eccellenza continua. La revisione e il miglioramento delle fonti di dati, dei metodi e dei processi per i futuri cicli di produzione, sulla base dell'esperienza passata, è una componente fondamentale nell'istituzionalizzazione della contabilità sanitaria.

Anche la garanzia della qualità in tutte le fasi del ciclo di produzione è fondamentale. Infine, una documentazione completa delle diverse fasi del processo di produzione, della metodologia utilizzata e dei vari passaggi di calcolo è importante per sostenere in modo efficiente il processo e mantenere rapidamente la capacità in caso di cambiamenti del team. Sviluppare strategie di diffusione per massimizzare l'impatto dei conti sanitari e il loro utilizzo nelle politiche è anch'esso una componente chiave per un'istituzionalizzazione di successo.

Le migliori pratiche suggeriscono di produrre una serie di output per diversi utenti al fine di massimizzare la diffusione e l'impatto. Questo dovrebbe spaziare da comunicati stampa e tabelle di dati di accompagnamento per sensibilizzare e comunicare risultati di alto livello a un vasto pubblico ad analisi più approfondite, che inseriscono anche la spesa sanitaria in un contesto politico più ampio.

È chiaro che la natura di queste analisi deve concentrarsi su argomenti di grande rilevanza per il Paese per poter contribuire ai dibattiti politici. L'organizzazione di eventi di alto livello per la pubblicazione e la discussione dei risultati dei conti sanitari si è dimostrata un modo efficace per aumentare ulteriormente la consapevolezza e la pertinenza dei risultati dei conti sanitari.

L'uso diffuso dei conti sanitari per orientare le politiche sanitarie è chiaramente un obiettivo finale importante dell'istituzionalizzazione dei conti sanitari, al di là della produzione in sé. Tuttavia, i team che si occupano dei conti sanitari possono avere solo un'influenza limitata su questo aspetto. Tuttavia, strategie di coinvolgimento del personale dei ministeri della salute, dei parlamentari, dei rappresentanti della società civile e dei diversi stakeholder, come le organizzazioni di professionisti sanitari, gli assicuratori o gli operatori sanitari, possono contribuire a un maggiore utilizzo delle politiche, che a sua volta può innescare la domanda di analisi più dettagliate della spesa sanitaria, rafforzando un ciclo di feedback positivo.

In tutto ciò, è fondamentale che i conti sanitari possano essere adattati per rispondere alle mutevoli (e crescenti) esigenze informative sulla spesa sanitaria. L'istituzionalizzazione nei paesi deve riflettere questo aspetto per mantenere e potenzialmente aumentare la rilevanza politica dei dati dei conti sanitari.

I conti sanitari nazionali sono un potente strumento per monitorare sistematicamente la spesa sanitaria e orientare le decisioni in materia di politiche sanitarie. Questo capitolo fornisce informazioni di base su "Un sistema di conti sanitari", il quadro internazionale per misurare la spesa sanitaria in modo comparabile. Introduce i concetti chiave di questo quadro contabile, che si basa sui tre assi del finanziamento sanitario, dell'utilizzo dei servizi e dell'erogazione dell'assistenza sanitaria. Infine, il capitolo introduce il resto della pubblicazione.

quotidiano**sanità**.it

### **Il paradosso dell'articolo 32: tra identità smarrite e la necessità di un nuovo diritto alla salute**

**Ivan Cavicchi**

*Io vengo da questa scuola, da quella di un sindacato che sa bene che cosa sono le contraddizioni e che sa bene che esse, una volta rimosse, alla fine cambiano la società. Ma sa altrettanto bene che esse, se non sono rimosse, rischiano di portarci indietro, di farci regredire e, alla fine, di farci fare una brutta fine. Senza diritti, la Cgil non è la Cgil, o meglio non è il sindacato che ho conosciuto io*

**27 GIU -**

La scorsa settimana, presso la Camera del Lavoro di Milano, Adriano Sgro, il coordinatore delle “Radici del Sindacato”, un’area programmatica della Cgil, ha organizzato la presentazione del mio ultimo libro “Art. 32. Un diritto dimezzato”. Non sono mancate le solite apologie dell’art. 32 (Agnoletto), ma sono anche venute fuori interessanti aperture sulla necessità di superare le sue clamorose contraddizioni politiche (Stanzione, Greco, Agnoletto).

#### **L'ircocervo**

È del tutto casuale che la presentazione sia avvenuta dopo due flop politici importanti:

- la sconfitta referendaria
- l’aborto della “via maestra”

Due importanti fatti politici che, per me, sono due prove significative, direi “patognomoniche”, della difficoltà profonda in cui oggi versa la Cgil, della sua difficoltà a elaborare una strategia adeguata alle complessità del tempo (e che complessità!), della presenza di forti contraddizioni strategiche che rischiano addirittura di compromettere la sua identità politica, quella per intenderci descritta sia nel suo “Statuto” che nel suo “Codice Etico”.

Oggi, la Cgil, rispetto alle cose affrontate nel mio libro, mi appare come il famoso “ircocervo” citato da Aristotele: per metà progressista e per metà neoliberaista, quindi come una vera antinomia politica, concetto che in logica significa qualcosa che, se affermato o negato, comporta necessariamente sempre un risultato contraddittorio. La sconfitta referendaria e l’inconcludenza della terza via per me sono un risultato contraddittorio. Oggi la “mia” Cgil è come se fosse imbrigliata o impaniata in scelte dalle quali non riesce a districarsi, passando suo malgrado da una contraddizione all’altra.

#### **Il rischio della subalternità**

Non molto tempo fa, e in tempi del tutto non sospetti, rivolgendomi lealmente alla “mia” Cgil, ho lanciato proprio su questo giornale un allarme preoccupato (QS, 1 febbraio 2022), che oggi, dopo la sconfitta referendaria e la prova inconcludente della via maestra, ribadisco più preoccupato di prima. Il rischio che corre la Cgil, sulle questioni affrontate dal mio libro, è semplicemente quello della sua subalternità al pensiero neoliberaista.

Una regressione senza dubbio, ma anche un grande tradimento delle proprie regole e dei propri valori, e quindi – direbbe Adriano Sgro – delle proprie “radici”.

#### **Prigioniera di scelte sbagliate**

Per capire le ragioni delle difficoltà in cui oggi si trova la Cgil, è necessario risalire a scelte politiche secondo me incaute e poco meditate fatte in passato e rispetto alle quali essa risulta paradossalmente quasi costretta ad essere coerente con le proprie contraddizioni. Quando, al contrario, le contraddizioni, dovrebbe rimuoverle.

Sono queste scelte sbagliate del passato che spiegano l'assurdità non solo di fare referendum improbabili e senza speranza, ma anche di delegare l'elaborazione della via maestra proprio ai principali responsabili delle svolte neoliberiste avvenute negli anni '90. Svolta dalla quale, ricordo, sono nate le più pesanti e le più distruttive controriforme della sanità: quelle, per intenderci, che hanno ridotto il diritto fondamentale alla salute a un diritto potestativo, quindi negoziabile e subordinabile al mercato.

Sono probabilmente queste scelte sbagliate che oggi spiegano la ragione vera per la quale la Cgil ha deciso di mettere a guardia del proprio orto – quindi alla faccia del proprio Statuto e del proprio Codice Deontologico – le principali capre del neoliberismo sanitario in Italia. Mi riferisco, tanto per essere chiaro, alla Bindi quanto alla Dirindin.

## **Il bleffeur**

In un mio libro recente ("La sinistra e la sanità", Castelvocchi 2021), ho definito la Bindi un bleffeur, cioè un personaggio abile, ambiguo e spregiudicato, ma soprattutto la rappresentante più autorevole del pensiero neoliberista in sanità. La linea politica della Bindi, alla quale la Cgil sembra essersi accodata, oggi è quella di chiedere più soldi per la sanità, ma a controriforme invariati. Una linea, vorrei far notare, che può essere vera e falsa, dal momento che essa dipende effettivamente dalle condizioni sulla base delle quali la sanità è finanziata.

Un conto è finanziare una sanità pubblica, un conto è finanziare una sanità ibrida, mezza pubblica e mezza privata. Se il finanziamento avviene a deriva neoliberista invariante, cioè seguendo le controriforme della Bindi, la sanità pubblica è perduta. Apparentemente, quindi, quella del rifinanziamento della sanità sembra una linea molto avanzata, ma in realtà è la più regressiva e la più subdola, perché essa non muta mai la propria strategia neoliberista di fondo. Con il neoliberismo, per il diritto alla salute non può esserci futuro.

## **Ragioni e contraddizioni**

Che la Cgil abbia deciso di incollarsi un mucchio di contraddizioni per andare dietro al neoliberismo della Bindi lo si capisce da tante cose.

Io ne cito solo due:

- aver promosso un referendum contro il Jobs Act senza dire una parola contro il welfare aziendale, cioè mantenendo l'art. 9 sui fondi integrativi della controriforma della Bindi del '99
- allargare giustamente la responsabilità sugli infortuni sul lavoro agli appaltatori, quando il problema vero in realtà, appalti a parte, è non avere più infortuni sul lavoro. Infortuni che però, se faccio saltare il diritto alla salute, non possono che aumentare.

## **Il welfare aziendale non è il meglio per un lavoratore**

Ma le contraddizioni della Cgil sono anche altre:

- non potremo mai finanziare la sanità come propone tutta l'opposizione, fino a quando abbiamo una sanità privata sostitutiva favorita fiscalmente dal fisco. Oggi la spesa per incentivare il privato toglie risorse al servizio pubblico
  - non potremo mai avere la tutela dei diritti di cui parla la Cgil se i diritti saranno messi a mercato con i fondi integrativi non potremo mai avere dal privato le garanzie di cura che solo il servizio pubblico può garantire.
- La Cgil è convinta che con il welfare aziendale di aver fatto ai lavoratori un grande regalo. Ma i dati, anche internazionali, mostrano che non è così. Più si privatizza e più cala quella che in epidemiologia si chiama la "sopravvivenza in salute", soprattutto quando la salute è messa a mercato. Nel mercato si sopravvive mediamente di meno, mentre con i diritti si sopravvive mediamente di più. Oggi nel nostro Paese l'aspettativa di vita è in aumento, ma la "sopravvivenza in salute" è in calo, soprattutto per le donne, per le generazioni più giovani e per i soggetti socialmente più deboli e svantaggiati.

Il welfare aziendale riduce la sopravvivenza in salute. La Cgil non può pensare di avere la botte piena e la moglie ubriaca, cioè mettere insieme il neoliberismo della Bindi e difendere i diritti fondamentali della Costituzione. Interessi e diritti, come dice anche lo Statuto della Cgil, non sono facilmente compatibili.

### **Una exit strategy per uscire dall'empasse**

Come ho spiegato alla Camera del Lavoro di Milano, serve come il pane la definizione di una exit strategy per uscire dall'empasse nel quale oggi si trova la Cgil.

Non è pensabile che la Cgil sia strumentalmente messa a guardia del bidone del pensiero neoliberista. La mia proposta è di ripartire proprio dall'art. 32, ma per andare oltre e più avanti. Non è vero, come ha detto Agnoletto nella presentazione a Milano, che esso è un diritto che non è stato applicato. In realtà esso è stato: - applicato, ma in un modo inevitabilmente sbagliato, seguendo la teoria della patogenesi, quindi vittima delle sue tante aporie, delle sue tante semplificazioni e delle sue compatibilità- controriformato (concetto diverso da quello della disapplicazione), per mezzo di politiche contro riformatrici di marca neoliberista, fatte dalla sinistra e sottoscritte dalla Cgil.

### **Art. 32: significato e senso**

Il pensiero moderno (soprattutto Frege e Wittgenstein), dice che il "significato" dell'art. 32 dipende dal senso contestuale, quindi dal contesto sociale e politico. Se questo contesto è controriformato in senso neoliberista, anche il significato dell'art. 32 risulta a sua volta inevitabilmente controriformato.

In un contesto neoliberista si compromette sia il significato che il senso dell'art. 32.

Esso non è più uguale a quello che aveva in un contesto welfarista. Per me oggi l'art. 32 è ormai "out of play" e, con le contraddizioni che ha accumulato, limitarsi a farne l'apologia è un errore. È difficile, dopo le controriforme che esso ha subito, rimettere il dentifricio dentro il tubetto.

Ma se esso è ormai irrimediabilmente compromesso, a questo punto non ci resta che cambiare gioco e alzare il livello della proposta.

La buona notizia è che questo è possibile, usando la Costituzione che abbiamo, cioè gli art. 9 e 41, e definendo per legge un modo nuovo di concepire e organizzare la salute.

### **Il metadiritto**

I nuovi articoli della Costituzione, approvati solo un paio di anni fa, dichiarano chiaramente una cosa che è del tutto assente dal vecchio art. 32, una ragione in più per non farne l'apologia: essi impongono all'economia un limite preciso.

In Costituzione si ribadisce il principio della libertà di iniziativa economica privata, ma nello stesso tempo all'economia si impongono dei freni. La Costituzione oggi chiarisce senza ambiguità che "l'iniziativa economica non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale, né in modo da recare danno alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana e all'ambiente". La mia proposta di "metadiritto" ha lo scopo di consentire l'applicazione effettiva dell'art. 41. Oggi per legge non è più consentito né danneggiare gli equilibri ecologici, quindi l'ambiente, né danneggiare la salute delle persone e delle collettività.

Oggi, grazie a questi articoli, siamo ben oltre la logica della compatibilità e della tolleranza tipica dell'art. 32 e entriamo nel campo di una logica nuova (tutta da costruire) e che nel mio libro ho definito "compossibilità", cioè una metodologia in grado di rimuovere tutte le contraddizioni che esistono tra economia, ambiente, salute e società, che oggi, con le nuove possibilità offerte dalla tecnologia informatica, è del tutto alla portata di mano.

### **Si ritorni alle radici**

Se il metadiritto ci dà la possibilità di superare le contraddizioni dell'art. 32 e di andare oltre la sua semplice, ma anche inutile, apologia, in Cgil resta da risolvere il problema del welfare aziendale. Ricordo, ormai tanti anni fa, che la Cgil fu costretta, all'indomani della riforma sanitaria del '78, a fare le assemblee nelle fabbriche per convincere i lavoratori a lasciare le mutue, ma offrendo loro in cambio l'art. 32 e una sanità universale, solidale, equa e gratuita. Oggi dobbiamo fare più o meno la stessa cosa, ma questa volta per convincere i lavoratori a lasciare il welfare aziendale, offrendo loro quello che non hanno più, cioè dei servizi pubblici veri, quindi delle valide alternative ai fondi e dei diritti veri.

E quindi offrire loro quella che nel mio libro ho chiamato il diritto alla durata, cioè un vero diritto alla vita, al benessere e alla salute. Cioè alzare "a gratis" il grado di "sopravvivenza in salute" dei nostri cittadini e dei nostri lavoratori. La prima cosa da fare è creare le condizioni giuste perché i cittadini, per curarsi, non siano

costretti a ricorrere al privato. Al problema delle liste di attesa dobbiamo rispondere aumentando il grado di accessibilità di tutti ai servizi pubblici.

### **Le precondizioni**

Le possibilità che abbiamo, ma che non enumero, sono tante e diverse, ma esse si basano semplicemente su tre condizioni preliminari di fondo:

- mettere mano a una “quarta riforma” per aggiustare gli errori fatti in passato, ma anche per spingere in avanti un processo riformatore che, a causa delle controriforme, si è interrotto finendo con l’abortire
- offrire più sanità pubblica e meno sanità privata, quindi superare la folle idea di ammettere la sanità sostitutiva
- riconvertire la spesa enorme a carico del bilancio pubblico, impiegata per incentivare il privato e deflazionare il pubblico

Ma soprattutto, insisto ancora: si tratta di offrire a tutti, lavoratori e cittadini, qualcosa di meglio dell’art. 32, cioè offrire un metadiritto che metta insieme il diritto alla vita, al benessere e alla salute.

### **Conclusione**

Sono convinto che questa exit strategy sia perfettamente coerente sia con lo Statuto della Cgil, sia con il suo Codice Etico, e soprattutto con le sue radici storiche e i suoi ideali politici. Io vengo da questa scuola, da quella di un sindacato che sa bene che cosa sono le contraddizioni e che sa bene che esse, una volta rimosse, alla fine cambiano la società. Ma sa altrettanto bene che esse, se non sono rimosse, rischiano di portarci indietro, di farci regredire e, alla fine, di farci fare una brutta fine. Senza diritti, la Cgil non è la Cgil, o meglio non è il sindacato che ho conosciuto io. Alla Cgil, per il bene del Paese, auguro che esca presto dalle sue incertezze, dalle sue aporie e dalle sue contraddizioni.

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=130624](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=130624)

# Global Wealth Report 2025

## Spotlight: Italia



Da 16 anni forniamo informazioni di primo piano sui patrimoni nel mondo con il nostro Global Wealth Report. Nel corso degli anni è diventato il punto di riferimento per chi è interessato alle tendenze che determinano la ricchezza in tutto il mondo.

Spunti tratti dal report di quest'anno

### Crescita della ricchezza solida ma non omogenea

Dopo un calo nel 2022, nel 2024 la ricchezza globale ha continuato a crescere per il secondo anno di fila. Tuttavia, l'intensità della crescita è stata tutt'altro che uniforme. Nel 2023 l'aumento fu trainato principalmente dall'Europa e dal Medio Oriente. Nel 2024, invece, la crescita della ricchezza è stata fortemente orientata verso gli Stati Uniti, sostenuta dal dollaro stabile e da mercati finanziari in rialzo. Gli Stati Uniti e la Cina continentale rappresentano insieme più della metà dell'intera ricchezza personale del nostro campione di 56 nazioni. Persiste un divario significativo nella ricchezza per adulto tra gli Stati Uniti e l'Australia da un lato e le altre regioni del mondo dall'altro.

### Un quarto di secolo di aumenti della ricchezza

Eccezione fatta per singoli cali annuali, dall'inizio del millennio vi è stato un aumento marcato e costante della ricchezza in tutto il mondo. La fascia di ricchezza più bassa, vale a dire quella da zero a 10 000 dollari, continua a perdere membri anno dopo anno. La ricchezza è in costante aumento anche al netto dell'inflazione, ossia in termini reali.

Nel complesso, la ricchezza totale al netto del debito e dell'inflazione dall'anno 2000 in poi è aumentata ad un tasso di crescita annuale del 3,4%. Prevediamo che questa dinamica continuerà per tutta la seconda metà del decennio, anche se non in modo uniforme.

### Gli EMILLI – i milionari di tutti i giorni

Il report di quest'anno presenta i cosiddetti milionari di tutti i giorni, o *Everyday MILLionaires* in inglese, da cui l'acronimo EMILLI. Con un patrimonio compreso tra uno e cinque milioni di dollari, rappresentano una categoria di investitori in crescita ma spesso trascurata. Il numero di EMILLI è più che quadruplicato dal 2000, raggiungendo circa 52 milioni, e rappresenta 107 trilioni di dollari di ricchezza totale alla fine del 2024.

### Milionari in aumento da qui al 2029

Sono emersi oltre 680.000 nuovi milionari nel 2024, un aumento dell'1,2%. Complessivamente, ci aspettiamo che altri 5,34 milioni di persone entrino a far parte dei milionari in dollari del mondo entro il 2029, pari ad un aumento pressoché del 9%.

## La situazione in Italia

Nel corso del 2024 la ricchezza media per adulto in Italia, misurata in valuta locale, è aumentata del 3,81% al netto dell'inflazione. La ricchezza mediana, misurata negli stessi termini, è addirittura salita pressoché del 15%, al sesto posto tra i 56 Paesi da noi analizzati. L'evoluzione degli ultimi cinque anni, invece, è meno favorevole: dall'inizio del decennio in poi, la ricchezza media è calata di oltre il 9% e quella mediana è aumentata soltanto del 4,7%.

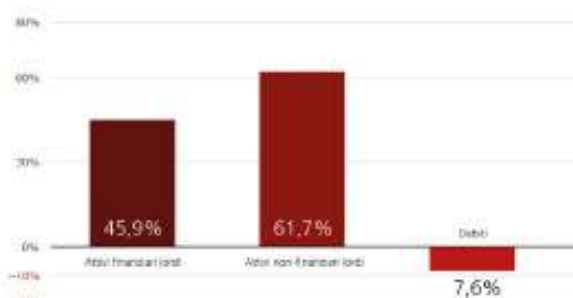
Il divario tra valori medi e mediani suggerisce che le fasce patrimoniali medie si siano avvalse di una crescita della ricchezza ben più rapida delle fasce alte.

I valori finanziari rappresentano poco meno del 46% del patrimonio lordo complessivo, un valore al pari della Germania. I valori non finanziari (immobili e terreni) rappresentano poco meno del 62%, mentre i debiti ammontano al 7,6%, un valore estremamente basso nel confronto internazionale. Sottraendo i debiti dalla somma dei valori finanziari e non finanziari lordi si ottiene il patrimonio personale netto.

L'Italia occupa il 23esimo posto su 56 Paesi della classifica della ricchezza media per adulto misurata in dollari, dopo la Spagna e davanti al Giappone, ma raggiunge il 14esimo posto nella classifica della ricchezza mediana, davanti agli Stati Uniti e Singapore.

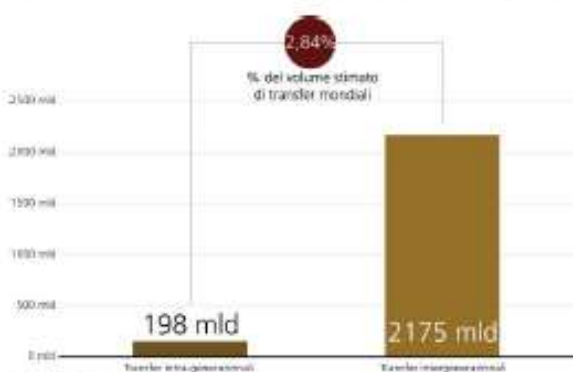
A fine 2024 l'Italia conta poco più di 1,3 milioni di milionari in dollari. Nel corso dei prossimi due-tre decenni stimiamo che l'Italia assisterà ad un'impennata dei patrimoni trasferiti tra le generazioni nonché all'interno della stessa generazione (da coniuge a vedova/o) per un totale di oltre 2.300 miliardi di euro, pari ad oltre un quinto dell'intero patrimonio privato del Paese e pari al doppio della somma prevista in Giappone, che ha il doppio della popolazione.

### Valori finanziari, non finanziari e debiti nel 2024



Fonte: PwC Financial Services.

### Stima dei trasferimenti di patrimoni nei decenni a venire



Fonte: PwC Financial Services.

### Indicatori macroeconomici 2024

|                                             | Italia    |                   |
|---------------------------------------------|-----------|-------------------|
| Abitanti                                    | 59 343    | in migliaia       |
| PIL                                         | 48 126    | in USD per adulto |
| Ricchezza media                             | 214 663   | in USD per adulto |
| Ricchezza mediana                           | 124 473   | in USD per adulto |
| Milionari in USD                            | 1 344     | in migliaia       |
| Patrimonio complessivo dei milionari in USD | 3 513 719 | in milioni di USD |

Fonte: PwC Financial Services



#### Per saperne di più

Approfondisca le nostre analisi sui patrimoni nel mondo nel nostro Global Wealth Report 2025 su [ubs.com/gwr](https://ubs.com/gwr)

### La terza rivoluzione industriale

**La terza rivoluzione industriale: come il "potere laterale" sta trasformando l'energia, l'economia e il mondo** è un libro di [Jeremy Rifkin](#) pubblicato in Italia da [Arnoldo Mondadori Editore](#) nel **2011**. Il testo introduce l'avvento della Terza rivoluzione industriale in seguito alla compresenza di risorse energetiche e mezzi di comunicazione idonei nonché all'impellente necessità che si ha di prevenire una catastrofe climatica. Il tema trattato contiene una dettagliata descrizione non solo del passaggio dai [combustibili fossili](#) alle risorse rinnovabili, ma anche dell'impiego di un "internet" delle energie e di edifici generatori.

In seguito all'esaurimento dei principali combustibili fossili e del petrolio e alle ormai obsolete tecnologie da essa alimentate, [Jeremy Rifkin](#) dichiara la fine dell'era del carbonio e introduce la Terza Rivoluzione Industriale. Nella nuova Era energetica, ogni cittadino da casa, dall'ufficio o da qualsiasi altro edificio potrà produrre energia da utilizzare in proprio o da condividere nel sistema a cui è collegato tutto il mondo. Seguendo l'esempio di internet, [Rifkin](#) vede il futuro del regime energetico come distribuito e collaborativo al contrario dell'attuale centralizzato e gerarchico. Appoggiandosi ai 5 pilastri su cui la Terza Rivoluzione poggia, si fa forza di mostrarci i passi necessari all'evoluzione ed i motivi che ci spingono a orientare il nostro futuro in una determinata direzione. Assieme al cambiamento economico-energetico sarà infatti necessario accompagnare una [rivoluzione culturale](#) il cui principale obiettivo sarà lo sviluppo di una "coscienza biosferica".

I 5 pilastri su cui si fonda la Terza Rivoluzione Industriale sono:

1. Passaggio alle [energie rinnovabili](#)
2. Conversione degli edifici in centrali produttive
3. [Idrogeno](#) e altre tecnologie per l'immagazzinaggio di energie
4. Tecnologia [Smart Grid](#)
5. Trasporti non alimentati da combustibili fossili

Jeremy Rifkin, [La terza rivoluzione industriale](#), Edizioni Mondadori, 2011

**quotidiano**sanità.it

### Cos'è il Triangolo della Salute: un modello per l'umanizzazione e la sostenibilità

**Vincenzo La Regina**, Direttore Sanitario ASL Roma 6 e creatore del concetto di "Triangolo della Salute"

**24 GIU -**

*Gentile direttore,*

negli ultimi decenni, si è assistito a un aumento della specializzazione e della sotto specializzazione in ambito medico al fine di fornire una maggiore competenza nel trattamento di malattie e condizioni specifiche e complesse.

Questo ha comportato "la pervasione della tecnica nella medicina, depotenziando tantissimo gli aspetti simbolico-relazionali nel rapporto medico – paziente". Ebbene questi sviluppi medici abbiano migliorato l'assistenza ai pazienti, come sicurezza, efficacia ed efficienza, essi comportano nuovi problemi.

L'automatizzazione e la standardizzazione dell'assistenza e la frammentazione dei percorsi di lavoro e di cura, spesso legati al razionamento del tempo e del personale, possono portare a una disumanizzazione e spersonalizzazione dell'assistenza. C'è il rischio di trattare il paziente come un "gruppo di sintomi" piuttosto che come un essere umano con esigenze individuali.

Molto prima che tutto questo fosse evidente, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1948 ha rivoluzionato il modo in cui la salute è percepita e valutata, sottolineando le implicazioni per la salute pubblica, la politica sanitaria e la pratica medica, affermando che "la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto assenza di malattia o infermità". Questa prospettiva ha spostato il focus dalla sola cura delle malattie al benessere globale della persona.

Parallelamente, i sistemi sanitari europei stanno affrontando sfide comuni come la transizione demografica ed epidemiologica, i fenomeni migratori interni ed esterni alle nazioni, la crescente urbanizzazione, l'aumento dei costi dell'assistenza sanitaria, la debolezza dei sistemi di prevenzione e di cure primarie. Problemi a cui nessun Paese europeo può dirsi immune. Le trasformazioni stanno avvenendo contemporaneamente e rapidamente: e la risposta non può ridursi ad un (peraltro improbabile) aumento della spesa sanitaria. I sistemi capaci di fronteggiare questa situazione saranno, infatti, solo quelli in grado di riprogrammare i propri servizi nell'ottica della sostenibilità.

Parte irrinunciabile della sostenibilità, e soluzione di diversi nodi critici come il burn out, le aggressioni, la sfiducia reciproca medico-paziente, è l'umanizzazione delle cure. Se la medicina guarda oltre la semplice cura delle malattie per abbracciare il benessere complessivo della persona, risulta fondamentale comprendere e valorizzare le storie individuali. Per questo è necessario coinvolgersi emotivamente con le storie e le lotte individuali per accedere, fornire e mantenere la salute. Questo articolo propone il modello del "*Triangolo della Salute*" partendo da una nuova visione di salute coerente con un "Nuovo Umanesimo della Salute".

È un modello avviare una rivoluzione culturale e filosofica in sanità, fondata sul concetto di "Nuovo Umanesimo della Salute" che ponga la dignità e l'unicità dell'essere umano sofferente al centro di ogni riflessione e pratica.

Un futuro in cui la salute non sia solo assenza di malattia, ma uno stato di benessere completo che abbraccia le dimensioni fisica, mentale, sociale e spirituale dell'individuo. Questa visione richiede un cambiamento di paradigma, dove l'assistenza sanitaria diventa un sistema comunitario-centrico, che integra la prospettiva clinica con quella organizzativa e gestionale per rispondere in modo efficace e umano alle esigenze di ogni persona.

L'elemento distintivo di questa visione è l'adozione di un modello di cura che non solo rispetti i principi di sostenibilità e universalità, ma che ponga al centro la dignità e i valori della persona assistita. Il concetto dei "Livelli Essenziali di Assistenza e Umanizzazione" (LEAU) rappresenta il fulcro di questa trasformazione, aspirando a creare un sistema che promuova non solo l'efficacia clinica, ma anche il rispetto, la comprensione e l'empatia nei confronti dei pazienti nei percorsi clinico- diagnostici, nelle procedure operative, nei progetti scientifici e culturali.

In questa visione, il ruolo delle neuroscienze applicate alla leadership è cruciale per educare una nuova generazione di operatori della salute, capaci di navigare le complessità del mondo moderno con competenze etiche e comportamentali. La neuroleadership offre strumenti per migliorare la collaborazione, l'innovazione e l'efficacia delle organizzazioni sanitarie, creando ambienti in cui ogni membro del team si senta valorizzato e coinvolto nel processo di cura.

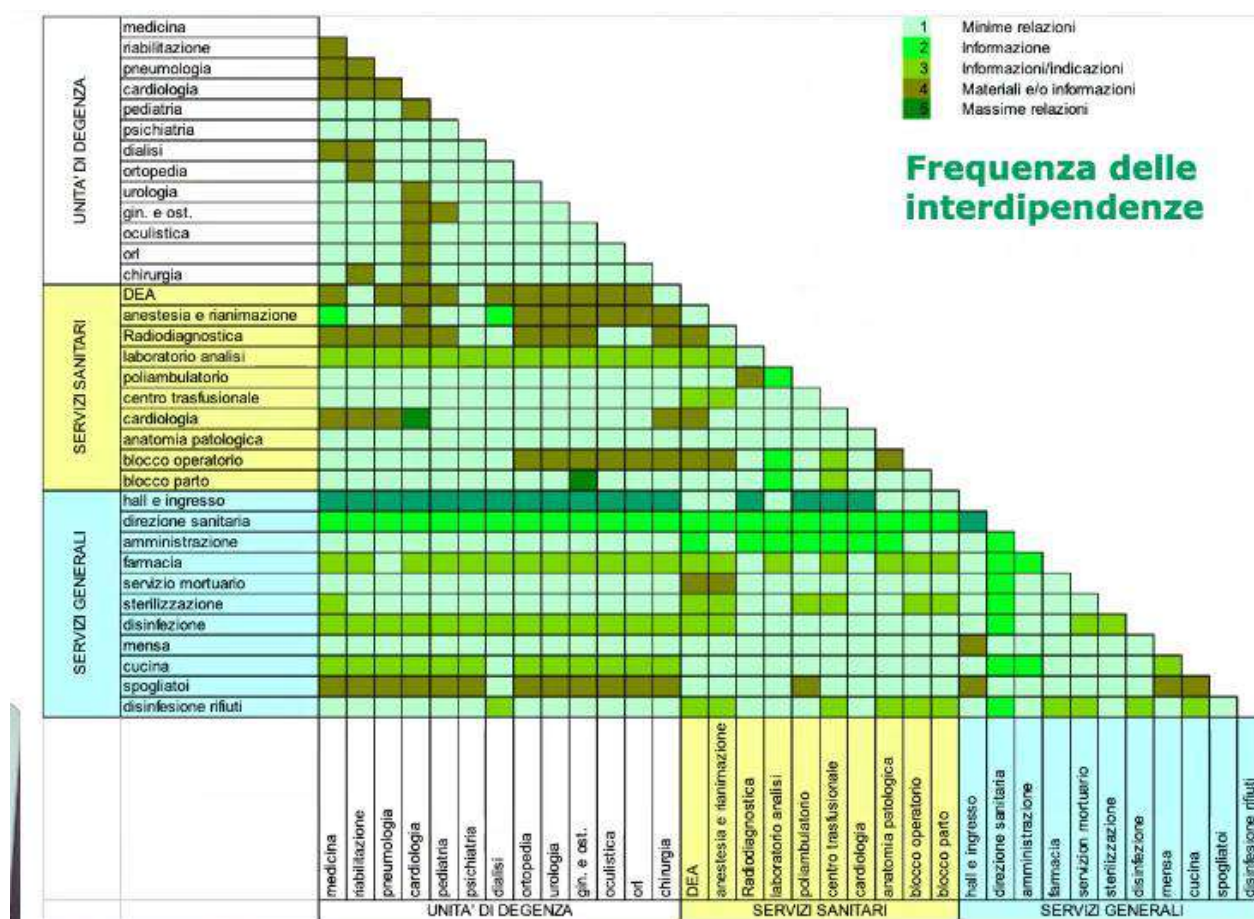
I lati rappresentano gli strumenti: la Comunicazione empatica, l'Alleanza delle menti e la Leadership emotiva; gli angoli rappresentano gli obiettivi: Sicurezza delle cure, Umanizzazione delle cure e Benessere organizzativo. Il "*Triangolo della Salute*" vuole rappresentare anche in modo inequivocabile l'interdipendenza tra l'umanizzazione delle cure e il benessere organizzativo. Ridefinisce l'idea di cura come un atto profondamente umano, che integra conoscenze scientifiche e saggezza filosofica per costruire un futuro in cui la salute sia un diritto universale e una responsabilità condivisa. La nostra missione è di trasformare la concezione stessa della salute, rendendola un pilastro fondamentale di una società più giusta e sostenibile.

## Bibliografia

1. OMS. (1948). "Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità."

- Langdon LO, Toskes PP, Kimball HRM. The American Board of Internal Medicine Task Force sulla medicina interna di sottospecialità. Ruoli futuri e formazione dei sottospecialisti di medicina interna. Ann Intern Med. 1996;124:686–91.
- Institute of Medicine (Stati Uniti) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century (Attraversare il baratro della qualità: un nuovo sistema sanitario per il XXI secolo). National Academies Press (Stati Uniti), Washington, DC (2001).
- Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser WD. Percezione dell'umanizzazione della nascita in un ospedale altamente specializzato: pensiamo diversamente. Health Care Women Int. 2014;35:127–48.
- Borbasi S, Galvin KT, Adams T, Todres L, Farrelly B. Dimostrazione dell'utilità di un quadro teorico per l'umanizzazione dell'assistenza con riferimento a un servizio di assistenza residenziale per anziani in Australia. J Clin Nurs. 2012;22:881–9.

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=130536](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=130536)



## **La spesa sanitaria privata resta stabile sul Pil. Aiop: nessun rischio di privatizzazione del Ssn**

*Focus dell'Associazione dell'ospitalità privata sulle dinamiche della spesa pubblica e di quella a carico delle famiglie che nel 2023 hanno cumulato quasi 46 miliardi di esborso a proprio carico di cui il 54,6% per prestazioni extra Lea*

**Barbara Gobbi**

Nel Servizio sanitario nazionale non è in atto alcuna “tendenza verso la privatizzazione”. Anzi. la spesa sanitaria privata, pure se aumentata nel tempo in valori assoluti, resta sostanzialmente stabile sul Pil e nel 2024 è rallentata scendendo al di sotto del 2% del Prodotto interno lordo.

Quella privata rappresenta stabilmente 1/4 della spesa sanitaria totale e si qualifica come una “componente strutturale e difficilmente comprimibile delle decisioni o necessità delle famiglie”. E una delle motivazioni per cui di fatto l'esborso privato - pari a quasi 46 miliardi nel 2023 - resta inalterato nel tempo, sta nel fatto che oltre la metà è destinata all'acquisto di beni e servizi extra-Lea cioè al di fuori della tutela Ssn.

È questa la conclusione a cui giunge il Rapporto “La spesa per beni e servizi sanitari: il finanziamento da sempre ibrido del sistema salute”, realizzato dal Centro studi dell'Associazione dell'ospitalità privata (Aiop), presentato a Roma. Una lettura commentata dal sottosegretario alla Salute Marcello Gemmato, secondo cui la spesa sanitaria privata «è spesso oggetto di letture ideologiche».

Mentre la sanità privata accreditata va intesa come «un alleato per risolvere alcune criticità» del Servizio sanitario nazionale.

### **L'identikit della spesa**

La spesa sanitaria privata nel 2023 si attesta su 45,9 miliardi circa, pari al 26% della spesa sanitaria totale. Nel tempo, si legge nel Rapporto Aiop, “l'andamento della spesa sanitaria privata non è condizionato da quello della spesa sanitaria pubblica, laddove la prima è sostanzialmente stabile nel tempo a valori prossimi al 2% del Pil mentre la seconda presenta variazioni più rilevanti”.

La composizione della spesa sanitaria privata nel dettaglio vede almeno 25 miliardi (pari al 54,6% della spesa privata totale) dedicati a prestazioni extra-Lea e quindi non erogabili dal Servizio sanitario nazionale. Se a questo valore economico si aggiungono i circa 4,1 mld per la sola quota a carico degli utenti destinata alle prestazioni che prevedono una quota Lea e una extra-Lea, come ad esempio gli interventi di Long Term Care coperti dal Ssn tra il 50% e il 70% del totale, si arriva a circa il 60% della spesa privata complessiva.

I restanti 17,7 mld circa di spesa privata, al netto delle spese di governance e di amministrazione, coprono prestazioni riconducibili ai Livelli essenziali di assistenza, comprensive del ticket.

“Se il Ssn dovesse assicurare queste ultime prestazioni - si legge nel Rapporto - la spesa pubblica dovrebbe incrementare del 13,6%, a parità di efficienza, solo per assicurare gli stessi volumi di trattamenti e interventi di cui già oggi usufruiscono i cittadini italiani”.

### **Metà della spesa per farmaci e dentista**

A trainare la spesa sono i farmaci e i presidi medici non rimborsabili, che rappresentano il 33,5% della spesa privata totale, seguiti dalle cure odontoiatriche, che incidono per il 21%: queste due voci da sole assorbono oltre la metà della spesa sanitaria privata. Subito dopo, si collocano le visite specialistiche, i servizi diagnostici e paramedici, che includono analisi, esami strumentali e trattamenti riabilitativi spesso erogati fuori dal circuito della sanità pubblica.

Se, in base a diverse analisi, queste spese derivano da liste d'attesa troppo lunghe, che spingono i cittadini a rivolgersi al privato per ricevere cure in tempi compatibili, per Aiop “non si tratta solo di una fuga” dal pubblico.

«Una parte consistente di queste prestazioni - spiega Gabriele Pellissero, presidente Aiop - nasce anche da scelte individuali di consumo, come la preferenza per un professionista specifico. In altri casi, è dettato da trattamenti innovativi ancora esclusi dai Livelli essenziali di assistenza».

### Trend a confronto

Secondo il Report Aiop, la spesa sanitaria privata “non svolge alcuna funzione sostitutiva o compensativa rispetto alla pubblica, ma possiede una propria dinamica evolutiva legata alle condizioni economiche complessive del Paese”.

E “rappresenta una componente in parte incompressibile della spesa sanitaria italiana in quanto diretta espressione o di bisogni soggettivi non ricompresi nei Lea o di scelte discrezionali del singolo cittadino”.

Dal 2019 al 2024, si legge nel rapporto Aiop, la spesa pubblica a prezzi correnti cresce del 20,4% mentre la spesa privata cresce, nello stesso intervallo di tempo, dell’11,9%.

Nonostante l’incremento in termini nominali, sia la spesa pubblica sia la spesa privata crescono a livelli inferiori sia dell’inflazione sia del Pil.

In particolare, la spesa privata rispetto al Pil “si attesta sul livello più contenuto degli ultimi 10 anni, diminuendo del 3,2% nel 2023 e del 4,8% nel 2024, attestandosi su un valore inferiore al 2%”. Tuttavia, il dato più importante è quello di “una sostanziale stabilità nel tempo”.

La conclusione a cui giunge il Rapporto del Centro studi Aiop è che “non si assiste ad alcuna tendenza verso la privatizzazione del sistema salute perché di fatto la spesa dei privati non sviluppa alcuna azione di bilanciamento al definanziamento progressivo del Ssn”.

Cioè “la sanità a pagamento non aumenta al comprimersi degli spazi della tutela pubblica, ma in funzione delle grandezze macroeconomiche”, con un ritmo di crescita fortemente ancorato alle dinamiche del Pil.

[https://www.ilsole24ore.com/art/la-spesa-sanitaria-privata-resta-stabile-pil-aiop-nessun-rischio-privatizzazione-ssn-AHt3uXIB?&cmpid=nl\\_sanita24](https://www.ilsole24ore.com/art/la-spesa-sanitaria-privata-resta-stabile-pil-aiop-nessun-rischio-privatizzazione-ssn-AHt3uXIB?&cmpid=nl_sanita24)



### Un Welfare integrato richiede scelte coraggiose e il superamento del dualismo pubblico-privato

*Ragionare di sanità complementare significa ragionare di previdenza complementare ma anche dell’assistenza e delle risorse da poter dirottare in questa direzione adottando un sistema integrato che scongiuri derive “selvagge” come accaduto in Svezia*

**Cesare Damiano**, Presidente ONWS – Osservatorio nazionale Welfare e Salute

Il tema del welfare complementare e integrato - ossia sanità, previdenza, assistenza, welfare aziendale, Long Term Care, non autosufficienza - è un tema strategico, in particolar modo in una fase storica caratterizzata da mutamenti globali. Siamo immersi nell’incertezza e siamo di fronte a cambiamenti repentini, complessi e inediti che impongono riflessioni non ordinarie ma di visione: una crescita economica piuttosto lenta, la questione demografica e, in conseguenza di ciò, l’efficacia e la sostenibilità dei sistemi di welfare.

Su questo fronte abbiamo bisogno di fare scelte nel solco del superamento del conflitto tra pubblico e privato per quanto riguarda i sistemi di welfare e trovare le ragioni di un’alleanza che abbia dei confini ben delineati, partendo dalla salvaguardia del welfare pubblico, che per noi rimane l’architrave fondamentale di tutto il sistema. Anche perché la morte del welfare pubblico significherebbe l’impossibilità di procedere con il welfare privato, di natura familiare o contrattuale che sia.

### Tener conto della complessità

Nel tempo delle connessioni e delle sinergie, noi abbiamo bisogno di sintonizzare anche le nostre idee e le nostre proposte alla complessità. Quindi, ragionare di sanità complementare vuol dire ragionare di previdenza complementare, ma anche dell’assistenza e delle risorse che complessivamente potranno essere dirottate in questa direzione, nel pubblico e nel privato: adottare cioè un sistema integrato.

L'esempio della Svezia, che da modello di stato sociale efficiente e all'avanguardia, è diventato il regno della privatizzazione selvaggia, va decisamente evitato.

Per scongiurare tale ipotesi è necessario senza dubbio una legislazione che regoli il sistema della sanità complementare con un intervento-quadro che nasca dal confronto con gli attori del sistema e che tocchi i nodi fondamentali, a partire dalla sostenibilità finanziaria. Così come, all'inizio degli anni 90, si regolò il sistema della previdenza complementare che diede, alla fine del decennio, vita ai grandi fondi contrattuali, per quanto molto diverse siano le regole di funzionamento dei due sistemi.

### **Cambiare mentalità**

Oltre a ciò, è indispensabile cambiare mentalità. Il tema è garantire la tutela del lavoratore non solo durante il periodo in cui si è in attività, ma anche dal momento in cui si esce dal mondo del lavoro e soprattutto nel momento in cui si entra nel ciclo di maggiore fragilità e nel quale si ha bisogno di maggiori cure. E' dunque di grande importanza affrontare il tema del Long Term Care rispetto al quale occorre intervenire attraverso l'intero sistema di welfare, ossia previdenza e sanità complementare, con un accantonamento di tipo solidaristico che consenta di utilizzare poi una leva di copertura di tutela degli anni più fragili.

La fragilità va affrontata non solo in termini anagrafici ma anche in termini di genere e di tutele nel mondo del lavoro, per cui ritengo sia fondamentale la necessità dell'allargamento della copertura non solo al lavoratore dipendente ma anche al suo nucleo familiare.

Dal 2025 l'esclusione dalla determinazione del reddito imponibile dei premi e dei contributi previdenziali pagati dal datore di lavoro è estesa dal c.d. "Decreto Irpef-Ires" anche ai componenti familiari "fiscalmente a carico" dei dipendenti. Si tratta di innovazioni sulle quali dobbiamo ragionare se vogliamo avere una visione strategica efficace, in una maggiore logica di sistema.

[https://www.ilsole24ore.com/art/un-welfare-integrato-richiede-scelte-coraggiose-e-superamento-dualismo-pubblico-privato-AHOkEclB?cmpid=nl\\_sanita24](https://www.ilsole24ore.com/art/un-welfare-integrato-richiede-scelte-coraggiose-e-superamento-dualismo-pubblico-privato-AHOkEclB?cmpid=nl_sanita24)



## **Noi Italia *in breve***

**100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo**

Edizione 2025

### **SALUTE E WELFARE**

#### **Sanità e salute**

Nel 2022, in Italia la **spesa sanitaria pubblica** è di gran lunga inferiore rispetto a quella di altri paesi europei. La spesa sanitaria pubblica corrente dell'Italia ammonta a 130,386 miliardi di euro (6,7 per cento del Pil), 2.212 euro annui per abitante. A parità di potere di acquisto, a fronte di 3.526 dollari per abitante spesi in Italia nel 2022, la Cechia ne spende circa 3.947; la Finlandia si attesta intorno ai 4.661 dollari per abitante; Belgio, Irlanda, Danimarca e Francia superano i 5 mila dollari per abitante; Austria e Lussemburgo sfiorano i 6 mila dollari per abitante; Paesi Bassi e Svezia superano di poco i 6 mila dollari di spesa, mentre la Germania, con i suoi 7.403 dollari per abitante, si conferma al primo posto in Europa per spesa pro capite.

Il confronto europeo evidenzia che, in Italia, nel 2023, la quota di **spesa sanitaria privata** sulla spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata) è pari al 26,0 per cento. L'Italia si colloca al quinto posto tra i paesi UE per contributo delle famiglie alla spesa sanitaria privata. I paesi in cui i contributi della spesa privata sono maggiori sono Grecia e Portogallo (38,3 per cento), Ungheria (28,5 per cento) e Slovenia (26,2 per cento); tutti gli altri paesi dell'UE registrano contributi minori.

Nel 2022, in Italia l'**assistenza ospedaliera** si è avvalsa di 996 istituti di cura pubblici e privati accreditati con il Servizio sanitario nazionale (SSN). I **posti letto** ospedalieri sono pari a 3,0 per mille abitanti. Si conferma un divario tra le aree geografiche del Paese: il Mezzogiorno con 2,7 posti letto ogni mille abitanti, Nord-ovest e Nord-est con 3,2 posti letto per mille abitanti. I valori più bassi si registrano in Campania e Calabria (rispettivamente 2,5 e 2,6). I valori più alti si osservano nella Provincia autonoma di Trento (3,6) e in Emilia-Romagna (3,5). L'Italia è tra i paesi dell'UE con i livelli più bassi di posti letto per mille abitanti. L'attività ospedaliera ancora non raggiunge i livelli di ospedalizzazione registrati nel 2019, anno pre pandemico. I **ricoveri ospedalieri** per 100 mila abitanti in regime ordinario, per le malattie del sistema circolatorio (1.640,8 per 100 mila abitanti) risultano ancora inferiori rispetto al 2019, anno pandemico; quelli per tumori (1.083,9 per 100 mila abitanti), anch'essi inferiori, seppure in misura minore.

Nel 2023, rispetto all'anno precedente, si assiste a un progressivo incremento dell'**emigrazione ospedaliera** tra regioni, dopo la forte riduzione registrata nel 2020; i valori risultano inferiori ai livelli pre pandemici solo nel Lazio, in Sicilia e in Abruzzo. Le regioni che risultano più attrattive, ossia con un'immigrazione ospedaliera di entità maggiore dell'emigrazione ospedaliera, sono principalmente nel Centro-nord. Si confermano quote più elevate di flussi in uscita principalmente nelle regioni del Centro-sud.

Nel 2022 il **tasso di mortalità evitabile** (i decessi sotto i 75 anni che potrebbero essere evitati con un'assistenza sanitaria adeguata e stili di vita più salutari) è di 17,6 decessi per 10 mila abitanti. La mortalità evitabile è costituita da due componenti: la **mortalità trattabile**, cioè la mortalità che potrebbe essere contenuta grazie a una tempestiva prevenzione secondaria e a trattamenti sanitari adeguati (il cui tasso è pari a 6,3 decessi per 10 mila abitanti), e la **mortalità prevenibile**, che può essere evitata con efficaci interventi di prevenzione primaria e di salute pubblica (11,3 decessi per 10 mila abitanti). Entrambe le componenti sono diminuite, rispetto al 2021. I maschi hanno un tasso di mortalità evitabile più alto delle femmine (rispettivamente 23,2 e 12,5 per 10 mila abitanti). In particolare, lo svantaggio maschile è principalmente dovuto alla componente "prevenibile", ossia quella maggiormente legata agli stili di vita (abuso di alcol, maggiore propensione a fumare, non adeguata alimentazione, eccetera) e ai comportamenti più a rischio (eventi accidentali, attività lavorativa, eccetera). La mortalità evitabile presenta anche nel 2022 delle forti disuguaglianze territoriali: il Nord-est ha il tasso di mortalità evitabile più basso (15,6 decessi per 10 mila abitanti), mentre il Mezzogiorno quello più alto (20,0 decessi per 10 mila abitanti). L'Italia presenta una mortalità evitabile tra le più basse in ambito europeo.

Nel 2022, in Italia i tassi di mortalità delle **principali cause di morte**, ovvero **malattie dell'apparato cardiocircolatorio** (27,0 decessi per 10 mila abitanti) e **tumori** (23,1 decessi per 10 mila abitanti), sono rispettivamente aumentati e diminuiti rispetto all'anno precedente. Le disuguaglianze di genere continuano a essere più marcate per i tumori. Si conferma lo svantaggio del Mezzogiorno per la mortalità dovuta alle malattie del sistema cardiocircolatorio rispetto a tutte le altre ripartizioni (31,2 decessi per 10 mila abitanti), mentre il Nord-ovest presenta il tasso più alto per la mortalità per tumore (23,7 decessi per 10 mila abitanti). I tassi di mortalità per tumori e per malattie del sistema circolatorio, più bassi della media UE, sono inferiori a quelli della maggior parte dei paesi europei.

Nel 2022 il **tasso di mortalità infantile**, importante indicatore del livello di sviluppo e benessere di un paese, è pari a 2,5 decessi per mille nati vivi, leggermente inferiore al 2021. Nel Mezzogiorno si registra il tasso mortalità infantile più elevato (3,0 decessi per mille nati vivi). L'Italia si conferma tra i paesi dell'UE con il più basso valore del tasso di mortalità infantile.

Nel 2023 la quota di **fumatori** stimata è del 19,3 per cento e quella dei **consumatori di alcol a rischio** è pari al 15,4 per cento, mentre tra la popolazione adulta le persone obese rappresentano l'11,8 per cento. Non si osservano rilevanti differenze territoriali per l'abitudine al fumo. Nel Centro-nord si registra la quota più alta di consumatori di alcol a rischio (17,1 per cento); nel Mezzogiorno quella relativa alle persone obese (13,2 per cento).

## Protezione sociale

Nel 2023 la **spesa per la protezione sociale** è pari al 28,9 per cento del Pil. Dal 2019 al 2023 si osserva un lieve decremento (-0,1 punti percentuali), mentre il decremento registrato rispetto al 2022 è pari a -0,7 punti percentuali. La spesa per prestazioni sociali è destinata prevalentemente alla funzione “vecchiaia” (50,8 per cento) e alla funzione “malattia” (22,1 per cento), seguite da: funzioni “superstiti” (8,4 per cento), “disoccupazione e altra esclusione sociale non altrove classificata” (7,8 per cento), “famiglia” (5,5 per cento) e “invalidità” (5,4 per cento). Nel 2022, la **spesa pro capite per la protezione sociale** è pari a 10.074 euro annui, appena al di sopra della media UE (10.050 euro). La spesa per la protezione sociale rapportata al Pil dell'Italia (29,7 per cento) supera la media UE (28,0 per cento).

Nel 2022 il **tasso di pensionamento** (calcolato come rapporto tra il numero totale delle pensioni e la popolazione al 31 dicembre dell'anno di riferimento) è invariato rispetto all'anno precedente (37,9 per cento). La **spesa per prestazioni sociali** in percentuale del Pil è rimasta altresì invariata (20,2 per cento); al contrario, le prestazioni sociali pro capite (circa 6.670 euro) sono in lieve aumento. La spesa per prestazioni sociali è solo in parte finanziata dai contributi sociali, come emerge dall'**indice di copertura previdenziale**, misurato dal rapporto tra contributi e prestazioni, in aumento nel 2022 (70,8 per cento) rispetto al 2021 (68,8 per cento). L'**incidenza dei trattamenti pensionistici** sul Pil è pari al 16,4 per cento, inferiore di 0,7 punti percentuali al 2021. L'**indice di beneficio relativo**, che mostra la quota del reddito medio per abitante derivante da trasferimenti pensionistici, è pari al 43,4 per cento.

Nel 2022 la **spesa dei comuni per i servizi sociali**, al netto del contributo degli utenti e del Servizio sanitario nazionale, ammonta a 8,865 miliardi di euro, corrispondenti allo 0,46 per cento del Pil. Si conferma la tendenza alla crescita della spesa, iniziata nel 2016, dopo la flessione degli anni precedenti. Il 37,3 per cento delle risorse gestite dai comuni per i servizi sociali è destinato alle famiglie con figli, il 27,5 per cento ai disabili, il 14,8 per cento agli anziani. Dopo un aumento degli interventi a supporto delle famiglie in difficoltà economica, dovuto alla pandemia, la spesa per “povertà, disagio adulti e senza dimora” ritorna ai livelli del periodo pre-pandemico (9,0 per cento). La spesa residua è rivolta per il 5,1 per cento agli immigrati, per lo 0,3 per cento alle dipendenze da sostanze o comportamenti nocivi e per il 6,0 per cento alle spese generali, di organizzazione e per i servizi rivolti alla multiutenza.

Nelle regioni del Mezzogiorno i livelli di **spesa pro capite per la rete territoriale dei servizi sociali** sono di gran lunga inferiori rispetto alle regioni del Centro-nord, a eccezione della Sardegna, dove i comuni spendono 306 euro per abitante, valore al di sopra della media nazionale (150 euro per abitante). Nelle altre regioni del Mezzogiorno, si passa da un minimo di 38 euro per abitante in Calabria, a un massimo di 103 euro in Puglia. Nel Centro-nord, viceversa, dove si concentra il 78 per cento della spesa per i servizi sociali, si passa da un minimo di 117 euro pro capite in Umbria, fino al massimo di 607 euro nella Provincia autonoma di Bolzano/Bozen.

Nell'anno educativo 2022/2023, il 64,4 per cento dei comuni italiani offre **servizi socio-educativi per la prima infanzia**. Il 62,6 per cento dei comuni offre il servizio di nido (incluse le sezioni primavera); il 14,5 per cento garantisce un'offerta di servizi integrativi per la prima infanzia. Rispetto al precedente anno educativo si registra un aumento del 7,5 per cento degli iscritti ai nidi comunali o privati convenzionati con i comuni. Complessivamente, al 31 dicembre 2022, il numero degli iscritti ai servizi educativi per la prima infanzia finanziati dai comuni recupera quasi 15 mila unità rispetto al 2021, contando circa 205 mila bambini. La percentuale di bambini tra 0 e 2 anni accolti nelle strutture pubbliche o finanziate dal settore pubblico è uguale al 16,8 per cento, in aumento rispetto al 15,2 per cento dell'anno educativo precedente. A livello regionale l'indicatore di diffusione dell'offerta pubblica di servizi socio-educativi per la prima infanzia presenta significativi divari regionali: nell'anno educativo 2022/2023, si passa dal 100 per cento dei comuni della Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste e del Friuli-Venezia Giulia che garantiscono la presenza dei servizi, al 26,0 per cento della Basilicata.

## Ambiente

Nel 2023 i **rifiuti urbani prodotti**, in lieve aumento rispetto all'anno precedente (+0,7 per cento), ammontano a 29,3 milioni di tonnellate, con una produzione pro capite annua di 496,2 kg per abitante (+4,0 kg). Anche

nel 2023 le tre regioni con la produzione annua di rifiuti pro capite più elevata sono: Emilia-Romagna (640,7 kg per abitante), Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste (620,4 kg per abitante) e Toscana (586,2 kg per abitante). Le regioni con la produzione di rifiuti pro capite più bassa sono, come nell'anno precedente: Calabria (396,7 kg per abitante), Molise (379,2 kg per abitante) e Basilicata (355,5 kg per abitante).

La quota di **rifiuti raccolti e smaltiti in discarica** (15,8 per cento del totale dei rifiuti urbani prodotti) è in diminuzione, rispetto al 2022 (-2,0 punti percentuali). La situazione di maggiore criticità, con quote superiori al 50 per cento di rifiuti urbani conferiti in discarica, si riscontra in: Molise (66,4 per cento), che importa da altre regioni il 34,0 per cento dei rifiuti smaltiti in discarica; Marche (43,1 per cento) e Toscana (38,3), che importano da altre regioni, rispettivamente il 17,6 e il 20,4 per cento dei rifiuti smaltiti. Le seguenti regioni registrano le quote minime: Provincia autonoma di Bolzano/Bozen (1,3 per cento); Lombardia (2,4 per cento), che esporta fuori regione l'87,4 per cento dei propri rifiuti urbani destinati alla discarica; Emilia-Romagna (6,3 per cento), che importa da altre regioni il 26,7 per cento dei rifiuti urbani smaltiti. Campania e Provincia autonoma di Trento esportano in altre regioni tutti i rifiuti urbani destinati allo smaltimento in discarica. Secondo la direttiva UE 2018/850, entro il 2035, lo smaltimento in discarica dei rifiuti non dovrà superare il 10 per cento.

La **raccolta differenziata**, fattore strategico per la corretta gestione dei rifiuti, sale al 66,6 per cento dei rifiuti urbani prodotti; rispetto al 2022 la quota è in aumento di 1,5 punti percentuali, superando per il secondo anno consecutivo il target del 65 per cento, obiettivo da conseguire entro il 2012, secondo quanto previsto dal d.lgs. n. 152/2006. Dodici regioni, nelle quali risiede complessivamente il 56,8 per cento della popolazione nazionale, raggiungono il target del 65 per cento della raccolta differenziata dei rifiuti urbani. L'aumento più rilevante della percentuale di raccolta differenziata si ha nel Nord-est (+2,4 punti percentuali, rispetto al 2022) e nel Mezzogiorno (+1,4), che continua a ridurre il divario rispetto al Nord. In particolare, le regioni meno virtuose sono: Calabria (54,8 per cento), Sicilia (55,2 per cento) e Lazio (55,4 per cento).

Nel 2023, rispetto all'anno precedente, le **emissioni di gas serra** derivanti dal sistema economico italiano (sul territorio italiano e all'estero) generate da famiglie e attività produttive residenti in Italia si riducono e sono pari a 399 milioni di tonnellate di CO<sub>2</sub> equivalente. Anche le emissioni di gas serra generate sul territorio italiano, da unità residenti e non residenti (secondo l'inventario nazionale delle emissioni – United Nations Framework Convention on Climate Change – UNFCCC, Convenzione quadro delle Nazioni unite sui cambiamenti climatici, conosciuta anche come “accordi di Rio”), risultano in calo rispetto al 2022 (-7,3 per cento), dopo la stabilità registrata tra il 2021 e il 2022 (+0,2 per cento); rispetto al 1990, diminuiscono del 26 per cento.

L'**inquinamento dell'aria** continua a rappresentare uno dei principali problemi ambientali, soprattutto in ambito urbano. Nel 2024 il 40,6 per cento delle famiglie percepisce come inquinata l'aria della zona in cui vive e quasi un quinto delle famiglie segnala la **presenza di odori sgradevoli**. Le famiglie di Lombardia e Campania lamentano in percentuale maggiore, anche nel 2024, la presenza di inquinamento dell'aria nella zona in cui vivono (rispettivamente 57,2 – in crescita di 2,5 punti percentuali rispetto al 2023 – e 48,1 per cento); il problema degli odori sgradevoli è lamentato soprattutto dalle famiglie che vivono in Campania e Puglia (rispettivamente 29,0 e 27,5 per cento).

Nel 2022 il volume di **acqua prelevata per uso potabile** è pari a 9,14 miliardi di metri cubi (-0,5 per cento, rispetto al 2020), con un prelievo giornaliero di 25,0 milioni di metri cubi (424 litri per abitante al giorno), grazie a una fitta rete di approvvigionamento composta da circa 37.400 punti di prelievo distribuiti su tutto il territorio nazionale. Dei 1.492 enti che gestiscono l'approvvigionamento di acqua per uso potabile, la quota di quelli specializzati (308), pari al 20,6 per cento, ha prelevato il 91,1 per cento del totale (circa 8,3 miliardi di metri cubi). Rispetto al 2020 il volume di acqua prelevata si è ridotto dello 0,5 per cento, confermando il trend in diminuzione registrato dal 2015 (-3,6 per cento). Da oltre un ventennio, l'Italia è al primo posto nell'UE per la quantità di acqua dolce complessivamente prelevata per uso potabile da corpi idrici superficiali o sotterranei.

Nel 2022 si riducono complessivamente sia il volume di **acqua immessa in rete** sia il volume di acqua erogata agli utenti finali, pari rispettivamente a 8,0 miliardi di metri cubi di acqua (-1,4 per cento rispetto al 2020), corrispondenti a 371 litri per abitante al giorno, e a 4,6 miliardi di metri cubi di acqua (-1,6 per cento rispetto al 2020), corrispondenti a 214 litri per abitante al giorno. Il volume delle **perdite idriche** totali, nella fase di distribuzione dell'acqua, corrisponde a 3,4 miliardi di metri cubi, pertanto il 42,4 per cento dell'acqua

immessa in rete non arriva agli utenti finali (42,2 per cento, nel 2020). Si stima che l'acqua dispersa nelle reti comunali di distribuzione dell'acqua potabile soddisferebbe le esigenze idriche di 43,4 milioni di persone per un intero anno (un numero di utenti pari a circa il 75 per cento della popolazione italiana). Nel 2022, in Italia lo 0,1 per cento della popolazione totale (circa 58 mila abitanti) risiede in 13 comuni in cui è completamente assente il servizio pubblico di distribuzione dell'acqua potabile.

La percentuale di residenti allacciata alla **rete fognaria pubblica**, nel 2022, è pari all'88,8 per cento, dato stabile a livello nazionale rispetto al 2020; di contro, si contano circa 6,6 milioni di residenti non allacciati alla rete. I comuni dove il servizio pubblico di fognatura risulta completamente assente sono 41 (397 mila residenti). Il 2,2 per cento degli abitanti (1,3 milioni), nel 2020, risiede in 296 comuni completamente privi del servizio di depurazione delle acque reflue urbane.

Nel 2023 le **aree adibite alla balneazione** sono complessivamente costituite da 5.533 siti (acque marino-costiere, di transizione e interne superficiali), di cui il 90,3 per cento con una qualità delle acque di balneazione eccellente. L'Italia è molto vicina all'obiettivo previsto dalla normativa dell'UE, che mira a garantire che tutti i siti delle acque di balneazione siano conformi alla qualità almeno sufficiente.

Tra le quindici regioni bagnate dal mare, anche nel 2023, quella che rispetta gli standard più rigorosi (qualità eccellente) è la Puglia (99,4 per cento), seguita dal Friuli-Venezia Giulia (97,0 per cento) e dalla Sardegna (96,8 per cento), mentre l'Abruzzo è la regione con la quota più bassa (77,7 per cento). Friuli-Venezia Giulia, Toscana, Basilicata, Molise e Puglia hanno raggiunto l'obiettivo della "Direttiva" di riferimento.

Nel 2023 i **rifiuti marini spiaggiati** sono in media 250 rifiuti per ogni 100 metri di spiaggia (nel 2022 erano 303 rifiuti/100 metri), un valore lontano dal benchmark fissato dalla Commissione europea (20 rifiuti/100 metri).

Il territorio litoraneo costiero italiano è caratterizzato sia da un'elevata concentrazione della popolazione (in media 354 abitanti per kmq, rispetto ai 158 dei comuni non litoranei), sia dalla pressione turistica esercitata dalle attività sul territorio, con densità cinque volte superiore a quella delle aree non costiere (4.189 presenze per kmq rispetto a 852), che incidono particolarmente sulla presenza di rifiuti marini.

## Finanza pubblica

L'anno 2023 è ancora interessato dalla crisi economica dovuta alla guerra in Ucraina e un gran numero di paesi dell'UE registra un rapporto tra indebitamento e Pil superiore alla soglia del 3 per cento. Per l'Italia l'**indebitamento netto** è uguale a -7,2 per cento del Pil, in riduzione rispetto al 2022 (-8,1 per cento del Pil); analogamente, il saldo primario è negativo (-3,5 per cento del Pil) e in miglioramento, rispetto al 2022 (-4,0 per cento del Pil).

Tra le maggiori economie europee, Italia e Francia mostrano un rapporto tra indebitamento netto e Pil superiore alla media UE (-3,5 per cento) e rispettivamente uguale a -7,2 per cento e -5,5 per cento; mentre per Spagna e Germania è rispettivamente pari al -3,5 per cento e al -2,6 per cento.

Il **saldo primario** è negativo in 19 paesi su 27 (17 su 27 nel 2022). In particolare, tra le maggiori economie europee, Francia e Italia registrano un dato superiore alla media UE (-1,9 per cento) e rispettivamente pari a -3,6 per cento e -3,5 per cento, mentre Germania e Spagna mostrano un dato inferiore alla media (rispettivamente -1,7 per cento e -1,1 per cento).

Nel 2023, in quasi tutti i paesi dell'UE27, si registrano aumenti nei livelli della **spesa delle Amministrazioni pubbliche per abitante**, con una crescita media pari a poco meno del 6 per cento. In Italia, nel 2023 la spesa delle Amministrazioni pubbliche per abitante è cresciuta del 4,5 per cento e ammonta a 19.410 euro, contro un valore pari a 18.796 euro relativo alla media dei paesi dell'UE. Tra le principali economie dell'Unione solo la Spagna spende meno della media UE (14.084 euro).

Nel 2022, in Italia la **spesa statale per abitante regionalizzata** è pari a 12.109 euro (fonte: Ministero dell'economia e delle finanze); nel Centro-nord, come negli anni precedenti, tale spesa è superiore a quella del Mezzogiorno. Nel 2022 il divario tra queste due ripartizioni, pari all'11,7 per cento, è sensibilmente superiore rispetto a quello rilevato nel 2021 (8,8 per cento). Le regioni con la più alta spesa statale per abitante sono: Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste (18.732 euro), Trentino-Alto Adige/ Südtirol (17.777 euro), seguite a una certa distanza da Lazio (16.219 euro) e Friuli-Venezia-Giulia (15.550 euro). Le regioni con una spesa statale per abitante minore sono: Campania, Veneto, Puglia, Sicilia e Lombardia (tra i 10,3 mila e gli 11,2 mila euro). Tra le regioni del Mezzogiorno la Sardegna è quella con la spesa statale per abitante più elevata (14.272 euro).

I sistemi fiscali dei paesi dell'UE, seppure caratterizzati da un crescente grado di armonizzazione e da molte similitudini, presentano divari molto ampi. Per quanto attiene alla **pressione fiscale** nel suo complesso, si osserva una notevole variabilità tra i paesi dell'UE. Nel 2023, in Italia la pressione fiscale è pari al 41,7 per cento del Pil, valore che la colloca all'ottavo posto nella graduatoria decrescente dei paesi dell'UE.

**quotidianosanità.it**

## **479 centri collaboratori dell'Oms: "Con interruzione finanziamenti salute globale a rischio milioni di vite"**

*Un sondaggio condotto dall'agenzia ginevrina indica che "l'80% degli uffici nazionali Oms ha subito interruzioni in almeno un'area programmatica a causa delle riduzioni degli aiuti pubblici allo sviluppo. Pensare di risparmiare tagliando gli aiuti sanitari internazionali è un'illusione, ammoniscono.*

**16 GIU** - "L'improvvisa interruzione dei finanziamenti per la salute globale ha messo a rischio milioni di vite. Questo improvviso blocco viola principi e valori bioetici fondamentali, inclusi i diritti umani, l'universalità e l'equità" che ispirano l'attività dell'Organizzazione mondiale della sanità, "senza adeguati piani di transizione per l'assistenza e i servizi clinici". Comincia così una lettera aperta a sostegno dell'Oms pubblicata su 'The Lancet', sottoscritta da 479 centri collaboratori dell'agenzia delle Nazioni Unite per la salute.

"La convinzione che tagliare in questo modo i bilanci della sanità pubblica possa portare a un risparmio sui costi è immorale e fuorviante", attaccano i firmatari che avvertono: "Le preoccupazioni per la salute pubblica" derivanti da potenziali emergenze sanitarie "richiedono risposte coordinate a livello nazionale e internazionale".

"Collaborando con gli Stati membri - si ricorda nella lettera - l'Oms ha guidato l'eradicazione del vaiolo e ha contribuito a drastiche riduzioni di altre importanti minacce per la salute pubblica. Il personale Oms è stato in prima linea in conflitti e disastri naturali, garantendo che gli aiuti salvavita raggiungessero chi ne aveva bisogno. L'Oms svolge un ruolo cruciale nel rispondere a sfide sanitarie globali senza precedenti, ma oggi sta affrontando grandi sfide operative". Un sondaggio condotto dall'agenzia ginevrina indica che "l'80% degli uffici nazionali Oms ha subito interruzioni in almeno un'area programmatica a causa delle riduzioni degli aiuti pubblici allo sviluppo".

"Le aree colpite più gravemente - precisano gli autori - includono gli aiuti umanitari, la preparazione e la risposta alle emergenze sanitarie, la sorveglianza della sanità pubblica e l'erogazione dei servizi sanitari di base". Si trascurano "malaria e malattie tropicali; programmi di vaccinazione; assistenza per la tubercolosi; salute materna e infantile; pianificazione familiare. La salute sul lavoro, la terapia d'urgenza, critica e chirurgica, e la rilevazione delle epidemie sono tutti fattori compromessi", elencano i centri firmatari. "Nonostante questi ostacoli - puntualizzano - l'Oms sta supportando i Paesi più gravemente colpiti nel passaggio dalla dipendenza dagli aiuti a un finanziamento interno sostenibile".

Pensare di risparmiare tagliando gli aiuti sanitari internazionali è un'illusione, ammoniscono i centri collaboratori Oms. "E' dimostrato - sottolineano - che le riduzioni a breve termine dei programmi sanitari critici comportano perdite economiche a lungo termine dovute all'aumento del carico di malattia, alla riduzione della produttività, all'incremento dei costi di trattamento e al più ampio impatto economico delle epidemie incontrollate. Un'analisi della Banca Mondiale ha rilevato che solo il fatto di investire nella preparazione delle pandemie può produrre un ritorno fino all'88% annuo attraverso la prevenzione dei danni economici".

Dalle emergenze sanitarie si esce insieme, restando uniti, rimarcano gli autori della lettera. "La pandemia di Covid-19 - scrivono - e le epidemie su larga scala del virus Ebola e dell'Mpox", già vaiolo delle scimmie, "evidenziano che la sicurezza sanitaria è una responsabilità collettiva. Qualsiasi minaccia all'azione globale collettiva, agli investimenti sostenuti in sanità e a una forte leadership tecnica rischia di trasformare problemi sanitari locali in crisi globali".

Concludono i firmatari: "In qualità di direttori, attuali o ex, e membri dei centri collaboratori dell'Oms, sosteniamo pienamente l'Organizzazione mondiale della sanità nell'adempimento del suo mandato costituzionale e invitiamo tutti, inclusi gli Stati membri, i donatori, i partner e le altre parti interessate, a continuare a investire nell'Oms per promuovere la salute e la sicurezza, aiutando al contempo le popolazioni vulnerabili in tutto il mondo".

[https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo\\_id=130323](https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=130323)





## Il Presidente del Consiglio dei Ministri

DECRETA

ART. 1

*(Finalità)*

1. Il presente decreto individua le modalità e le procedure per l'esercizio dei poteri sostitutivi attribuiti all'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (di seguito Organismo) ai sensi dell'articolo 2, comma 6, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2024, n. 107.
2. La disciplina di cui al presente decreto è ispirata ai principi di trasparenza dell'azione amministrativa, nonché di leale collaborazione tra Stato e Regioni.

ART. 2

*(Ambito di applicazione e funzioni dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria)*

1. ~~L'Organismo esercita il potere sostitutivo nei casi previsti dall'articolo 2, comma 6, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, nonché in tutti i casi di inadempienze connesse all'obiettivo della riduzione delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie, intervenendo sui compiti affidati al RUAS.~~  
1. L'Organismo esercita il potere sostitutivo nel caso di mancata nomina del Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria (RUAS) entro il termine di cui all'articolo 2, comma 5, primo periodo, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73 nonché nel caso, previsto dal comma 6 dello stesso articolo 2, in cui il RUAS o le Regioni non svolgano i compiti loro affidati **ai sensi delle disposizioni dettate dal citato decreto-legge n. 73 del 2024. per il raggiungimento degli obiettivi connessi all'abbattimento delle liste di attesa.**
2. L'Organismo subentra all'Amministrazione titolare del potere nel caso di inadempienze **o provvedimenti non idonei a raggiungere gli obiettivi previsti dal citato decreto-legge n. 73 del 2024, elusione** nei limiti dell'attuazione delle funzioni da eseguire. **Adottato il provvedimento la competenza ritorna al soggetto titolare del potere.**
3. Nei casi previsti dal comma 1 dell'articolo 3 del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73 il potere sostitutivo, ove ne ricorrano i presupposti, può essere esercitato decorsi centoottanta giorni dall'entrata in vigore del presente decreto.

4. Nell'esercizio del potere sostitutivo l'Organismo ha gli stessi poteri e incontra gli stessi limiti dell'Amministrazione titolare del potere.

### ART. 3

#### *(Esercizio dei poteri sostitutivi)*

1. Nel caso di ritardi e inadempienze rispetto agli obiettivi di cui al citato decreto-legge n. 73 del 2024, ~~rilevati dal Ministero dall'Organismo ovvero a queste segnalati dalle competenti Direzioni ministeriali~~, l'Organismo contesta il ritardo o l'inadempienza dandone comunicazione alla Regione nonché al Ministro della salute, assegnando un termine, ~~non superiore a di trenta novanta~~ giorni, per controdedurre ~~e per eliminare le criticità~~.
2. Decorso il termine previsto dal comma 1, in assenza di controdeduzioni o in caso di controdeduzioni giudicate non accoglibili, l'Organismo ~~assegna un ulteriore termine di 60/90 giorni, salvo deroghe specificamente concordate, per eliminare le criticità. In caso di omesso riscontro o mancato superamento delle criticità, l'Organismo si sostituisce al soggetto inadempiente per l'adozione degli atti o provvedimenti non posti in essere o indica allo stesso le linee operative ed il termine per adempiere, verificando la corretta e tempestiva esecuzione. La sostituzione è comunicata al Ministro della salute e alla Amministrazione titolare del potere.~~
3. Nel caso in cui il provvedimento adottato dall'Organismo sia ad efficacia durevole, l'esercizio del potere sostitutivo non esclude definitivamente il potere del soggetto titolare. In tal caso, anche dopo l'adozione del provvedimento da parte dell'Organismo, il titolare del potere può chiedere all'Organismo di essere autorizzato ad esercitarlo. L'Organismo, valutate anche le specifiche circostanze e l'interesse pubblico prevalente, determina se autorizzare l'esercizio del potere, assegnando un termine perentorio per provvedere. A conclusione del procedimento o a

seguito del comportamento attivo da parte del soggetto titolare del potere, l'Organismo dispone la revoca del provvedimento che aveva adottato in sostituzione.

4. Nell'esercizio del potere sostitutivo l'Organismo si può avvalere delle strutture e degli Uffici dell'Amministrazione sostituita. Le spese e gli oneri sono a carico della Amministrazione sostituita.
5. Ove il Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria (RUAS) non sia nominato entro il termine di cui all'articolo 2, comma 5, primo periodo, del citato decreto-legge n. 73 del 2024, l'Organismo provvede a nominarlo nella persona del Direttore regionale della sanità.
6. L'Organismo redige una relazione sulle azioni poste in essere in sostituzione della Amministrazione inadempiente e la invia a quest'ultima nonché al Ministro della salute. La relazione riporta, altresì, le criticità rilevate, la modalità e i termini con i quali è stato instaurato il contraddittorio, i professionisti che hanno condotto le eventuali attività di accesso e verifica, l'eventuale assistenza dei Carabinieri del NAS, i referenti del soggetto sostituito che hanno assistito l'Organismo nell'esercizio del potere sostitutivo e delle attività di verifica e controllo, l'elenco della documentazione di cui si è acquisita copia, gli atti e i provvedimenti assunti in via sostitutiva, il dettaglio delle spese sostenute, nonché ogni altro elemento utile ai fini della trasparenza dell'azione amministrativa.
7. L'Organismo redige, entro il 10 gennaio di ogni anno, una relazione sulle complessive attività svolte in sostituzione delle Amministrazioni inadempienti da inviare al Ministro della salute.

### ART. 4

#### *(Clausola di invarianza finanziaria)*

1. L'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria e le amministrazioni interessate provvedono alle attività ivi previste nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Il presente decreto è trasmesso ai competenti organi di controllo e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

p. IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI  
IL SOTTOSEGRETARIO DI STATO  
Alfredo Mantovano

IL MINISTRO DELLA SALUTE

24 Ore Salute

## Liste d'attesa: il decreto non decolla e 4 milioni di persone rinunciano alle cure (+51%)

*Cartabellotta: dei sei decreti attuativi solo tre sono stati pubblicati in Gazzetta Ufficiale, gli altri sono bloccati da complessità tecniche e conflitti*

di [Redazione Salute](#)

«Nonostante annunci e dichiarazioni ufficiali, il Decreto Legge sulle liste d'attesa (DL 73/2024) non ha ancora prodotto benefici concreti per i cittadini». Lo afferma **Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe**, sottolineando che a un anno esatto dalla sua pubblicazione, «l'attuazione delle misure è stata prima bloccata dalla lunga gestazione del decreto attuativo sulla piattaforma nazionale, poi tenuta in ostaggio dal conflitto istituzionale tra Governo e Regioni sul decreto relativo ai poteri sostitutivi». Nel frattempo la realtà restituisce numeri allarmanti: secondo l'Istat, nel 2024 una persona su dieci ha rinunciato ad almeno una prestazione sanitaria, il 6,8% a causa delle lunghe liste di attesa e il 5,3% per ragioni economiche. E la motivazione relativa alle liste di attesa è cresciuta del 51% rispetto al 2023.

Secondo quanto riportato dal Dipartimento per il Programma di Governo, secondo un'analisi indipendente condotta da Gimbe, al 10 giugno 2025 dei sei decreti attuativi previsti dal DL Liste d'attesa solo tre sono stati pubblicati in Gazzetta Ufficiale, lo scorso aprile. Dei rimanenti, uno è scaduto da oltre nove mesi e due non hanno una scadenza definita. «Come già evidenziato in audizione dalla Fondazione Gimbe – continua Cartabellotta – il carattere di urgenza del provvedimento si è rivelato incompatibile con un numero così elevato di decreti attuativi, alcuni tecnicamente complessi, altri politicamente scottanti».

### I ritardi sulla piattaforma di monitoraggio

Nel question time del 5 novembre 2024, spiega il report Gimbe, il ministro Schillaci aveva annunciato che da febbraio 2025 sarebbe stato disponibile il “cruscotto” nazionale con gli indicatori di monitoraggio delle liste d'attesa, completo dei dati di tutte le Regioni e Province autonome. Nei fatti, però, il decreto sulla piattaforma è approdato in Conferenza Stato-Regioni solo il 18 dicembre 2024, l'intesa è stata siglata solo il 13 febbraio 2025 e la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale è slittata inspiegabilmente all'11 aprile. Da quella data le Regioni hanno avuto 60 giorni (raddoppiati rispetto ai 30 inizialmente previsti) per presentare i progetti necessari a garantire la “comunicazione” tra le proprie piattaforme e quella nazionale. «Proprio il 10 giugno – chiosa Cartabellotta – sono scaduti i 60 giorni, ma i tempi per rendere pubblicamente accessibili i dati di tutte le Regioni sulla piattaforma nazionale restano del tutto imprevedibili».

### Il conflitto tra Governo e Regioni

Il decreto attuativo più “spinoso”, quello sull'esercizio dei poteri sostitutivi, ha acceso un duro scontro istituzionale tra Governo e Regioni, che si è consumato in due mesi di missive ufficiali con accuse incrociate e

rivendicazioni. Il clima sembra essersi disteso dopo il confronto del 22 maggio tra la premier Meloni e il presidente della Conferenza delle Regioni Fedriga, che il 28 maggio ha incontrato il ministro Schillaci per finalizzare il testo del decreto. «Al di là delle dichiarazioni pubbliche di ritrovata sintonia istituzionale – commenta Cartabellotta – al 10 giugno non risulta ancora raggiunta l'intesa tra Governo e Regioni sul decreto attuativo». Ma soprattutto, secondo Cartabellotta, «amareggia constatare che, su un tema che lede un diritto costituzionale, lo scontro frontale abbia preso il sopravvento sulla leale collaborazione tra Stato e Regioni, rendendo evanescente il supremo principio di 'Repubblica che tutela la salute'. Nel frattempo, milioni di persone continuano ad attendere. O peggio, rinunciano alle prestazioni sanitarie».

### **La rinuncia alle prestazioni sanitarie**

«L'espressione "rinuncia alle cure" – spiega Cartabellotta – è ormai entrata nel linguaggio comune di politici e media, ma dovrebbe essere abbandonata perché fuorviante: la rinuncia infatti, riguarda test diagnostici e visite specialistiche, non le terapie». Nel 2024 il fenomeno ha registrato un'allarmante impennata: secondo le elaborazioni Gimbe su dati Istat, il 9,9% della popolazione – circa 5,8 milioni di persone – ha rinunciato ad almeno una prestazione sanitaria, rispetto al 7,6% del 2023 (4,5 milioni di persone) e al 7% del 2022 (4,1 milioni di persone). Il dato è sostanzialmente omogeneo in tutto il Paese, senza differenze significative: 9,2% al Nord, 10,7% al Centro e 10,3% al Sud. «Il vero problema – osserva Cartabellotta – non è più, o almeno non è soltanto, il portafoglio dei cittadini, ma la capacità del Ssn di garantire le prestazioni in tempi compatibili con i bisogni di salute». Va inoltre ricordato che il questionario Istat consente risposte multiple: il cittadino può indicare contemporaneamente sia i motivi economici sia i lunghi tempi d'attesa tra le cause della rinuncia. «È proprio l'intreccio di questi due fattori – commenta Cartabellotta – a rendere il fenomeno ancora più allarmante: quando i tempi del pubblico diventano inaccettabili, molte persone sono costrette a rivolgersi al privato; ma se i costi superano la capacità di spesa, la prestazione diventa un lusso. E alla fine, per una persona su 10, la scelta obbligata è rinunciare».

### **I decreti attuativi senza scadenza**

Degli altri due decreti attuativi che mancano all'appello, per i quali non è prevista alcuna scadenza, non vi è al momento alcuna traccia pubblicamente disponibile, dopo le rassicurazioni del ministro Ciriani question time del 5 febbraio 2025. «Il primo decreto – spiega Cartabellotta – riguarda il superamento del tetto di spesa per il personale sanitario ed è verosimilmente in stand-by per la mancata approvazione della "nuova metodologia" Agenas per stimare il fabbisogno di personale, dopo la sperimentazione condotta nel triennio 2022-2024». Il secondo, che prevede linee di indirizzo nazionali per un nuovo sistema di disdetta delle prenotazioni e per l'ottimizzazione delle agende CUP, continua il presidente Gimbe «al 10 giugno 2025 non risulta ancora calendarizzato per l'esame in Conferenza delle Regioni».

«Le liste d'attesa non sono infatti una criticità da risolvere a colpi di decreti - conclude Cartabellotta -: sono il sintomo del grave indebolimento del Ssn, che richiede investimenti consistenti sul personale sanitario, coraggiose riforme organizzative, una completa trasformazione digitale e misure concrete per arginare la domanda inappropriata di prestazioni sanitarie».

[https://www.ilsole24ore.com/art/liste-d-attesa-decreto-non-decolla-e-4-milioni-persone-rinunciano-cure-51percento-AH1hXxCB?cmpid=nl\\_sanita24](https://www.ilsole24ore.com/art/liste-d-attesa-decreto-non-decolla-e-4-milioni-persone-rinunciano-cure-51percento-AH1hXxCB?cmpid=nl_sanita24)

## Liste d'attesa.

**Visite ed esami urgenti quasi sempre garantiti nei tempi, ma per le prestazioni programmabili le code sono lunghe. Per una mammografia fino a 320 giorni. Ecco i primi dati della nuova Piattaforma nazionale**

**Luciano Fassari**

*Da una prima analisi della nuova [Piattaforma nazionale](#) per il monitoraggio delle liste d'attesa emergono luci e ombre: le urgenze vengono quasi sempre garantite, ma per le richieste di prestazioni programmabili (che sono anche le più numerose) i ritardi in alcuni casi sono significativi. Ecco cosa dicono i dati aggiornati al 2025 sulle cinque visite specialistiche e cinque esami diagnostici più richiesti dagli italiani appena pubblicati sulla nuova Piattaforma.*

### 26 GIU -

Le urgenze sono salve, ma tutto il resto si muove a rilento. È il quadro che emerge dalla nuova Piattaforma nazionale per il monitoraggio delle liste d'attesa realizzata da Agenas, che per la prima volta consente di seguire in modo dettagliato e trasparente i tempi di erogazione delle prestazioni ambulatoriali nel Servizio Sanitario Nazionale. Per capire come vanno le cose, in attesa anche dei dati per ogni singola Regione e struttura, *Quotidiano Sanità* ha analizzato le 5 visite (oculistiche, dermatologiche/allergologiche, cardiologiche, ortopediche e otorinolaringoiatriche) e i 5 esami (Ecografia dell'addome completo, Ecocolordoppler cardiaco a riposo, Ecocolordoppler TSA (tronchi sovra-aortici) Mammografia bilaterale e Radiografia del torace) con i volumi più alti.

Da questa prima analisi il sistema sembra tenere solo sulle prestazioni con priorità U (urgente), dove quasi tutte le specialità rispettano il vincolo dei 3 giorni previsti. Ma già con la priorità B (breve) – da erogare entro 10 giorni – si cominciano a osservare i primi rallentamenti, con tempi massimi che spesso raddoppiano. La situazione peggiora in modo evidente per le classi D (differibile) e P (programmabile): qui le code si fanno lunghe, e in molti casi i tempi reali superano ampiamente i limiti fissati (rispettivamente 30/60 e 120 giorni, a seconda della prestazione).

Se da un lato alcune branche come ortopedia e radiologia toracica mostrano una buona tenuta anche nelle fasce non urgenti, in altri casi – su tutti dermatologia, mammografia ed esami cardiovascolari – si registrano ritardi importanti, con punte di oltre 300 giorni di attesa. Un dato che pesa soprattutto nei percorsi di prevenzione oncologica o follow-up cardiologici.

Il monitoraggio nazionale segna dunque un primo passo nella direzione della trasparenza, ma i numeri restituiscono una sanità pubblica che, pur garantendo il pronto intervento, fatica a gestire la domanda ordinaria. Per riportare equilibrio, servono investimenti, riorganizzazione delle agende e soprattutto una strategia nazionale di programmazione della domanda.

### I focus prestazione per prestazione

#### Prima visita oculistica

Per quanto riguarda l'oculistica, la situazione è buona nelle urgenze: tutte le prestazioni con priorità U sono garantite entro i 3 giorni previsti. Già nelle priorità brevi (B), però, iniziano i primi segnali di sofferenza: le mediane si mantengono al limite di 9-10 giorni, ma un numero rilevante di pazienti aspetta fino a 20 giorni. Nelle priorità differibili (D), le attese mediane superano sistematicamente i 30 giorni, con picchi fino a 169 giorni. Anche nella fascia programmabile (P), i ritardi sono evidenti: la mediana si avvicina ai 100 giorni e i massimi toccano quota 239.

## PRESTAZIONE

### PRIMA VISITA OCULISTICA

| anno          | mese | priorità U    | gg_U<br>(max.3gg)<br>dal | gg_U<br>(max.3gg)<br>mediana | gg_U<br>(max.3gg)<br>al |
|---------------|------|---------------|--------------------------|------------------------------|-------------------------|
| 2025          | 1    | 2.993         | 0                        | 1                            | 3                       |
| 2025          | 2    | 2.959         | 0                        | 2                            | 3                       |
| 2025          | 3    | 3.285         | 0                        | 2                            | 3                       |
| 2025          | 4    | 2.225         | 0                        | 1                            | 3                       |
| 2025          | 5    | 2.834         | 0                        | 1                            | 3                       |
| <b>Totale</b> |      | <b>14.296</b> |                          |                              |                         |

| anno          | mese | priorità B    | gg_B<br>(max.10gg)<br>dal | gg_B<br>(max.10gg)<br>mediana | gg_B<br>(max.10gg)<br>al |
|---------------|------|---------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 2025          | 1    | 18.565        | 6                         | 9                             | 15                       |
| 2025          | 2    | 18.758        | 6                         | 10                            | 18                       |
| 2025          | 3    | 20.358        | 6                         | 9                             | 16                       |
| 2025          | 4    | 13.407        | 6                         | 9                             | 20                       |
| 2025          | 5    | 16.636        | 6                         | 9                             | 14                       |
| <b>Totale</b> |      | <b>87.724</b> |                           |                               |                          |

| anno          | mese | priorità D     | gg_D<br>(max.30gg)<br>dal | gg_D<br>(max.30gg)<br>mediana | gg_D<br>(max.30gg)<br>al |
|---------------|------|----------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 2025          | 1    | 87.605         | 16                        | 42                            | 133                      |
| 2025          | 2    | 81.437         | 17                        | 47                            | 140                      |
| 2025          | 3    | 80.761         | 15                        | 50                            | 151                      |
| 2025          | 4    | 55.781         | 20                        | 47                            | 169                      |
| 2025          | 5    | 66.851         | 14                        | 36                            | 132                      |
| <b>Totale</b> |      | <b>372.435</b> |                           |                               |                          |

| anno          | mese | priorità P     | gg_P<br>(max.120gg)<br>dal | gg_P<br>(max.120gg)<br>mediana | gg_P<br>(max.120gg)<br>al |
|---------------|------|----------------|----------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| 2025          | 1    | 87.864         | 23                         | 96                             | 225                       |
| 2025          | 2    | 84.635         | 28                         | 107                            | 225                       |
| 2025          | 3    | 84.231         | 26                         | 111                            | 239                       |
| 2025          | 4    | 59.989         | 29                         | 112                            | 238                       |
| 2025          | 5    | 54.867         | 20                         | 86                             | 198                       |
| <b>Totale</b> |      | <b>371.586</b> |                            |                                |                           |

### Prima visita dermatologica/allergologica

La visita dermatologica è tra quelle che soffrono di più. Pur rispettando i tempi per le urgenze, le altre classi di priorità mostrano disfunzioni importanti. I casi differibili hanno medie tra 44 e 58 giorni (oltre i 30 consentiti) e tempi massimi che superano i 190 giorni. La situazione più preoccupante si riscontra tra le prenotazioni programmabili: mediana attorno ai 100 giorni, ma tempi massimi che raggiungono addirittura i 253 giorni. Un quadro che evidenzia un'area a forte pressione, probabilmente per l'elevata domanda e la carenza di offerta.

## PRESTAZIONE

### PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA

| anno          | mese | priorità U    | gg_U<br>(max.3gg)<br>dal | gg_U<br>(max.3gg)<br>mediana | gg_U<br>(max.3gg)<br>al |
|---------------|------|---------------|--------------------------|------------------------------|-------------------------|
| 2025          | 1    | 5.511         | 1                        | 2                            | 3                       |
| 2025          | 2    | 5.503         | 1                        | 2                            | 3                       |
| 2025          | 3    | 6.338         | 1                        | 2                            | 3                       |
| 2025          | 4    | 4.606         | 1                        | 2                            | 3                       |
| 2025          | 5    | 5.242         | 1                        | 2                            | 3                       |
| <b>Totale</b> |      | <b>27.200</b> |                          |                              |                         |

| anno          | mese | priorità B     | gg_B<br>(max.10gg)<br>dal | gg_B<br>(max.10gg)<br>mediana | gg_B<br>(max.10gg)<br>al |
|---------------|------|----------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 2025          | 1    | 30.832         | 7                         | 10                            | 21                       |
| 2025          | 2    | 30.501         | 7                         | 10                            | 22                       |
| 2025          | 3    | 34.034         | 7                         | 10                            | 21                       |
| 2025          | 4    | 23.955         | 7                         | 10                            | 28                       |
| 2025          | 5    | 31.434         | 7                         | 10                            | 25                       |
| <b>Totale</b> |      | <b>150.756</b> |                           |                               |                          |

| anno          | mese | priorità D     | gg_D<br>(max.30gg)<br>dal | gg_D<br>(max.30gg)<br>mediana | gg_D<br>(max.30gg)<br>al |
|---------------|------|----------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 2025          | 1    | 76.790         | 15                        | 44                            | 134                      |
| 2025          | 2    | 75.856         | 16                        | 47                            | 146                      |
| 2025          | 3    | 81.592         | 18                        | 56                            | 171                      |
| 2025          | 4    | 58.180         | 22                        | 58                            | 191                      |
| 2025          | 5    | 74.598         | 20                        | 53                            | 180                      |
| <b>Totale</b> |      | <b>367.016</b> |                           |                               |                          |

| anno          | mese | priorità P     | gg_P<br>(max.120gg)<br>dal | gg_P<br>(max.120gg)<br>mediana | gg_P<br>(max.120gg)<br>al |
|---------------|------|----------------|----------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| 2025          | 1    | 63.107         | 25                         | 89                             | 180                       |
| 2025          | 2    | 67.585         | 28                         | 90                             | 194                       |
| 2025          | 3    | 75.619         | 31                         | 97                             | 211                       |
| 2025          | 4    | 54.266         | 33                         | 105                            | 219                       |
| 2025          | 5    | 51.696         | 32                         | 117                            | 253                       |
| <b>Totale</b> |      | <b>312.273</b> |                            |                                |                           |

### Prima visita cardiologica

La cardiologia presenta problemi già nella gestione delle urgenze: se la mediana resta formalmente nei 3 giorni, i tempi massimi superano i 5-6 giorni, violando le soglie. Le priorità brevi restano nei limiti medi, ma arrivano fino a 20 giorni. Grave la situazione delle visite differibili, con medie attorno ai 40 giorni e punte fino

a 100. Anche nella fascia P le attese si allungano sensibilmente: la mediana è di 70-76 giorni, ma i tempi massimi sfiorano i 180 giorni.

#### PRESTAZIONE

##### PRIMA VISITA CARDIOLOGICA

| anno          | mese | priorità U    | gg_U<br>(max.3gg)<br>dal | gg_U<br>(max.3gg)<br>mediana | gg_U<br>(max.3gg)<br>al |
|---------------|------|---------------|--------------------------|------------------------------|-------------------------|
| 2025          | 1    | 2.431         | 1                        | 2                            | 5                       |
| 2025          | 2    | 2.619         | 1                        | 2                            | 6                       |
| 2025          | 3    | 2.798         | 1                        | 2                            | 5                       |
| 2025          | 4    | 1.897         | 1                        | 2                            | 4                       |
| 2025          | 5    | 1.906         | 1                        | 2                            | 3                       |
| <b>Totale</b> |      | <b>11.651</b> |                          |                              |                         |

| anno          | mese | priorità B     | gg_B<br>(max.10gg)<br>dal | gg_B<br>(max.10gg)<br>mediana | gg_B<br>(max.10gg)<br>al |
|---------------|------|----------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 2025          | 1    | 25.423         | 6                         | 9                             | 15                       |
| 2025          | 2    | 26.267         | 6                         | 10                            | 17                       |
| 2025          | 3    | 28.411         | 7                         | 10                            | 17                       |
| 2025          | 4    | 21.454         | 7                         | 10                            | 20                       |
| 2025          | 5    | 23.090         | 7                         | 10                            | 16                       |
| <b>Totale</b> |      | <b>124.645</b> |                           |                               |                          |

| anno          | mese | priorità D     | gg_D<br>(max.30gg)<br>dal | gg_D<br>(max.30gg)<br>mediana | gg_D<br>(max.30gg)<br>al |
|---------------|------|----------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 2025          | 1    | 60.719         | 13                        | 29                            | 69                       |
| 2025          | 2    | 61.912         | 14                        | 33                            | 90                       |
| 2025          | 3    | 63.388         | 15                        | 36                            | 91                       |
| 2025          | 4    | 49.464         | 20                        | 39                            | 91                       |
| 2025          | 5    | 50.292         | 15                        | 34                            | 100                      |
| <b>Totale</b> |      | <b>285.775</b> |                           |                               |                          |

| anno          | mese | priorità P     | gg_P<br>(max.120gg)<br>dal | gg_P<br>(max.120gg)<br>mediana | gg_P<br>(max.120gg)<br>al |
|---------------|------|----------------|----------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| 2025          | 1    | 62.505         | 14                         | 47                             | 126                       |
| 2025          | 2    | 68.092         | 18                         | 55                             | 139                       |
| 2025          | 3    | 67.413         | 19                         | 60                             | 147                       |
| 2025          | 4    | 43.400         | 27                         | 76                             | 180                       |
| 2025          | 5    | 39.065         | 22                         | 70                             | 168                       |
| <b>Totale</b> |      | <b>280.475</b> |                            |                                |                           |

#### Prima visita ortopedica

È tra le migliori per performance complessiva. Le urgenze sono gestite puntualmente, con tempi stabili entro i 3 giorni. Le priorità brevi hanno mediane entro i 10 giorni, con sforamenti moderati. Ma il vero punto di forza è nella tenuta delle visite differibili e programmabili, dove la maggior parte delle prestazioni rientra nei limiti di legge. Nessuna punta eccessiva: un esempio positivo di equilibrio tra domanda e capacità erogativa.

##### PRIMA VISITA ORTOPEDICA

| anno          | mese | priorità U    | gg_U<br>(max.3gg)<br>dal | gg_U<br>(max.3gg)<br>mediana | gg_U<br>(max.3gg)<br>al |
|---------------|------|---------------|--------------------------|------------------------------|-------------------------|
| 2025          | 1    | 3.458         | 0                        | 2                            | 3                       |
| 2025          | 2    | 3.586         | 0                        | 2                            | 3                       |
| 2025          | 3    | 4.034         | 0                        | 2                            | 3                       |
| 2025          | 4    | 2.575         | 0                        | 1                            | 3                       |
| 2025          | 5    | 3.386         | 0                        | 1                            | 3                       |
| <b>Totale</b> |      | <b>17.039</b> |                          |                              |                         |

| anno          | mese | priorità B     | gg_B<br>(max.10gg)<br>dal | gg_B<br>(max.10gg)<br>mediana | gg_B<br>(max.10gg)<br>al |
|---------------|------|----------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 2025          | 1    | 27.923         | 6                         | 9                             | 18                       |
| 2025          | 2    | 28.244         | 6                         | 10                            | 19                       |
| 2025          | 3    | 30.892         | 6                         | 10                            | 20                       |
| 2025          | 4    | 21.654         | 7                         | 10                            | 26                       |
| 2025          | 5    | 27.172         | 6                         | 10                            | 20                       |
| <b>Totale</b> |      | <b>135.885</b> |                           |                               |                          |

| anno          | mese | priorità D     | gg_D<br>(max.30gg)<br>dal | gg_D<br>(max.30gg)<br>mediana | gg_D<br>(max.30gg)<br>al |
|---------------|------|----------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 2025          | 1    | 70.205         | 9                         | 25                            | 49                       |
| 2025          | 2    | 70.931         | 10                        | 27                            | 54                       |
| 2025          | 3    | 77.137         | 10                        | 27                            | 59                       |
| 2025          | 4    | 58.887         | 15                        | 30                            | 63                       |
| 2025          | 5    | 68.355         | 10                        | 27                            | 54                       |
| <b>Totale</b> |      | <b>345.515</b> |                           |                               |                          |

| anno          | mese | priorità P     | gg_P<br>(max.120gg)<br>dal | gg_P<br>(max.120gg)<br>mediana | gg_P<br>(max.120gg)<br>al |
|---------------|------|----------------|----------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| 2025          | 1    | 44.071         | 18                         | 48                             | 109                       |
| 2025          | 2    | 47.144         | 21                         | 53                             | 116                       |
| 2025          | 3    | 51.188         | 21                         | 60                             | 120                       |
| 2025          | 4    | 36.872         | 23                         | 54                             | 111                       |
| 2025          | 5    | 32.909         | 19                         | 49                             | 115                       |
| <b>Totale</b> |      | <b>212.184</b> |                            |                                |                           |

#### Prima visita otorinolaringoiatrica

Questa prestazione mostra una gestione generalmente buona. Urgenze e visite brevi vengono erogate nei tempi previsti, con valori medi ben sotto soglia. Nelle visite differibili si evidenziano ritardi, con picchi di 72

giorni, ma le mediane restano intorno ai 30. Anche le programmabili si mantengono nei limiti dei 120 giorni, con punte contenute tra 95 e 120. Si tratta di una prestazione con buona tenuta complessiva.

#### PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA

| anno          | mese | priorità U    | gg_U<br>(max.3gg)<br>dal | gg_U<br>(max.3gg)<br>mediana | gg_U<br>(max.3gg)<br>al |
|---------------|------|---------------|--------------------------|------------------------------|-------------------------|
| 2025          | 1    | 4.598         | 0                        | 2                            | 3                       |
| 2025          | 2    | 4.747         | 0                        | 2                            | 3                       |
| 2025          | 3    | 4.967         | 0                        | 2                            | 3                       |
| 2025          | 4    | 3.607         | 0                        | 1                            | 3                       |
| 2025          | 5    | 3.975         | 0                        | 1                            | 3                       |
| <b>Totale</b> |      | <b>21.894</b> |                          |                              |                         |

| anno          | mese | priorità B     | gg_B<br>(max.10gg)<br>dal | gg_B<br>(max.10gg)<br>mediana | gg_B<br>(max.10gg)<br>al |
|---------------|------|----------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 2025          | 1    | 27.449         | 6                         | 8                             | 14                       |
| 2025          | 2    | 26.933         | 6                         | 9                             | 16                       |
| 2025          | 3    | 29.500         | 6                         | 10                            | 16                       |
| 2025          | 4    | 20.662         | 6                         | 9                             | 18                       |
| 2025          | 5    | 24.368         | 6                         | 9                             | 14                       |
| <b>Totale</b> |      | <b>128.912</b> |                           |                               |                          |

| anno          | mese | priorità D     | gg_D<br>(max.30gg)<br>dal | gg_D<br>(max.30gg)<br>mediana | gg_D<br>(max.30gg)<br>al |
|---------------|------|----------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 2025          | 1    | 68.053         | 11                        | 29                            | 59                       |
| 2025          | 2    | 66.287         | 14                        | 30                            | 68                       |
| 2025          | 3    | 70.131         | 14                        | 31                            | 72                       |
| 2025          | 4    | 50.720         | 16                        | 34                            | 70                       |
| 2025          | 5    | 59.130         | 13                        | 30                            | 70                       |
| <b>Totale</b> |      | <b>314.321</b> |                           |                               |                          |

| anno          | mese | priorità P     | gg_P<br>(max.120gg)<br>dal | gg_P<br>(max.120gg)<br>mediana | gg_P<br>(max.120gg)<br>al |
|---------------|------|----------------|----------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| 2025          | 1    | 48.458         | 17                         | 49                             | 95                        |
| 2025          | 2    | 50.041         | 20                         | 57                             | 104                       |
| 2025          | 3    | 53.013         | 22                         | 66                             | 109                       |
| 2025          | 4    | 35.128         | 24                         | 64                             | 113                       |
| 2025          | 5    | 31.814         | 23                         | 63                             | 120                       |
| <b>Totale</b> |      | <b>218.454</b> |                            |                                |                           |

#### Ecografia dell'addome completo

Le prestazioni urgenti e a priorità breve sono generalmente garantite, ma la pressione aumenta per le classi D e P. Le ecografie differibili hanno medie oltre i 30 giorni e punte fino a 76, mentre quelle programmabili arrivano fino a 185 giorni. La mediana cresce costantemente nei mesi, segno di un progressivo accumulo di arretrati. È un esame di largo consumo che necessita di riorganizzazione.

#### ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO

| anno          | mese | priorità U    | gg_U<br>(max.3gg)<br>dal | gg_U<br>(max.3gg)<br>mediana | gg_U<br>(max.3gg)<br>al |
|---------------|------|---------------|--------------------------|------------------------------|-------------------------|
| 2025          | 1    | 2.339         | 1                        | 2                            | 3                       |
| 2025          | 2    | 2.322         | 1                        | 2                            | 3                       |
| 2025          | 3    | 2.722         | 1                        | 2                            | 4                       |
| 2025          | 4    | 1.698         | 1                        | 2                            | 3                       |
| 2025          | 5    | 2.118         | 1                        | 2                            | 3                       |
| <b>Totale</b> |      | <b>11.199</b> |                          |                              |                         |

| anno          | mese | priorità B     | gg_B<br>(max.10gg)<br>dal | gg_B<br>(max.10gg)<br>mediana | gg_B<br>(max.10gg)<br>al |
|---------------|------|----------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 2025          | 1    | 27.552         | 5                         | 9                             | 15                       |
| 2025          | 2    | 27.010         | 6                         | 9                             | 15                       |
| 2025          | 3    | 29.037         | 6                         | 9                             | 15                       |
| 2025          | 4    | 21.333         | 6                         | 10                            | 19                       |
| 2025          | 5    | 26.777         | 5                         | 9                             | 14                       |
| <b>Totale</b> |      | <b>131.709</b> |                           |                               |                          |

| anno          | mese | priorità D     | gg_D<br>(max.60gg)<br>dal | gg_D<br>(max.60gg)<br>mediana | gg_D<br>(max.60gg)<br>al |
|---------------|------|----------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 2025          | 1    | 66.283         | 10                        | 26                            | 58                       |
| 2025          | 2    | 63.204         | 10                        | 29                            | 60                       |
| 2025          | 3    | 66.993         | 10                        | 30                            | 67                       |
| 2025          | 4    | 49.135         | 13                        | 36                            | 76                       |
| 2025          | 5    | 57.505         | 9                         | 28                            | 66                       |
| <b>Totale</b> |      | <b>303.120</b> |                           |                               |                          |

| anno          | mese | priorità P     | gg_P<br>(max.120gg)<br>dal | gg_P<br>(max.120gg)<br>mediana | gg_P<br>(max.120gg)<br>al |
|---------------|------|----------------|----------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| 2025          | 1    | 88.156         | 13                         | 36                             | 111                       |
| 2025          | 2    | 84.311         | 14                         | 36                             | 119                       |
| 2025          | 3    | 88.209         | 15                         | 43                             | 120                       |
| 2025          | 4    | 50.018         | 19                         | 67                             | 185                       |
| 2025          | 5    | 49.525         | 16                         | 67                             | 170                       |
| <b>Totale</b> |      | <b>360.219</b> |                            |                                |                           |

#### Ecocolordoppler cardiaco a riposo

È la prestazione con le peggiori performance. Le urgenze, che dovrebbero essere erogate entro 3 giorni, hanno mediane di 3-4 giorni e picchi fino a 17. Le classi B sono al limite o oltre, ma è tra le D e P che la situazione

esplode: mediane tra 35 e 83 giorni per le D (massimo 84), e fino a 188 giorni per le P. L'alta complessità dell'esame e l'elevato numero di richieste rendono questa prestazione una delle più critiche.

#### ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A RIPOSO

| anno   | mese | priorità U | gg_U (max.3gg) dal | gg_U (max.3gg) mediana | gg_U (max.3gg) al |
|--------|------|------------|--------------------|------------------------|-------------------|
| 2025   | 1    | 722        | 2                  | 3                      | 13                |
| 2025   | 2    | 823        | 1                  | 4                      | 15                |
| 2025   | 3    | 852        | 2                  | 4                      | 17                |
| 2025   | 4    | 493        | 1                  | 3                      | 14                |
| 2025   | 5    | 457        | 2                  | 4                      | 16                |
| Totale |      | 3.347      |                    |                        |                   |

| anno   | mese | priorità B | gg_B (max.10gg) dal | gg_B (max.10gg) mediana | gg_B (max.10gg) al |
|--------|------|------------|---------------------|-------------------------|--------------------|
| 2025   | 1    | 12.097     | 6                   | 8                       | 13                 |
| 2025   | 2    | 13.087     | 6                   | 9                       | 15                 |
| 2025   | 3    | 14.957     | 6                   | 9                       | 14                 |
| 2025   | 4    | 11.392     | 6                   | 10                      | 20                 |
| 2025   | 5    | 12.396     | 6                   | 9                       | 13                 |
| Totale |      | 63.929     |                     |                         |                    |

| anno   | mese | priorità D | gg_D (max.60gg) dal | gg_D (max.60gg) mediana | gg_D (max.60gg) al |
|--------|------|------------|---------------------|-------------------------|--------------------|
| 2025   | 1    | 43.059     | 12                  | 30                      | 63                 |
| 2025   | 2    | 44.947     | 13                  | 35                      | 76                 |
| 2025   | 3    | 50.200     | 14                  | 39                      | 76                 |
| 2025   | 4    | 39.512     | 18                  | 44                      | 84                 |
| 2025   | 5    | 40.290     | 12                  | 36                      | 78                 |
| Totale |      | 218.008    |                     |                         |                    |

| anno   | mese | priorità P | gg_P (max.120gg) dal | gg_P (max.120gg) mediana | gg_P (max.120gg) al |
|--------|------|------------|----------------------|--------------------------|---------------------|
| 2025   | 1    | 67.842     | 14                   | 47                       | 130                 |
| 2025   | 2    | 72.150     | 15                   | 50                       | 138                 |
| 2025   | 3    | 77.063     | 17                   | 60                       | 168                 |
| 2025   | 4    | 50.651     | 27                   | 83                       | 196                 |
| 2025   | 5    | 51.087     | 21                   | 77                       | 188                 |
| Totale |      | 318.793    |                      |                          |                     |

#### Ecocolordoppler TSA (tronchi sovra-aortici)

Altra prestazione ad alta complessità, con forti criticità. Le urgenze non rispettano il limite dei 3 giorni, superando spesso i 14-22 giorni. Le priorità brevi si mantengono al limite, ma nelle D e P si va ampiamente oltre: punte di 118 giorni per le D e 193 per le P. Il sistema non riesce a tenere il passo con la domanda, soprattutto nei contesti territoriali dove l'accesso alle diagnostiche vascolari è limitato.

#### ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAA...

| anno   | mese | priorità U | gg_U (max.3gg) dal | gg_U (max.3gg) mediana | gg_U (max.3gg) al |
|--------|------|------------|--------------------|------------------------|-------------------|
| 2025   | 1    | 240        | 1                  | 4                      | 14                |
| 2025   | 2    | 271        | 2                  | 5                      | 20                |
| 2025   | 3    | 343        | 2                  | 4                      | 22                |
| 2025   | 4    | 169        | 2                  | 3                      | 20                |
| 2025   | 5    | 208        | 1                  | 3                      | 15                |
| Totale |      | 1.231      |                    |                        |                   |

| anno   | mese | priorità B | gg_B (max.10gg) dal | gg_B (max.10gg) mediana | gg_B (max.10gg) al |
|--------|------|------------|---------------------|-------------------------|--------------------|
| 2025   | 1    | 7.247      | 6                   | 8                       | 13                 |
| 2025   | 2    | 7.146      | 6                   | 8                       | 14                 |
| 2025   | 3    | 7.790      | 6                   | 9                       | 15                 |
| 2025   | 4    | 5.883      | 6                   | 10                      | 25                 |
| 2025   | 5    | 6.788      | 6                   | 9                       | 15                 |
| Totale |      | 34.854     |                     |                         |                    |

| anno   | mese | priorità D | gg_D (max.60gg) dal | gg_D (max.60gg) mediana | gg_D (max.60gg) al |
|--------|------|------------|---------------------|-------------------------|--------------------|
| 2025   | 1    | 58.377     | 10                  | 29                      | 61                 |
| 2025   | 2    | 55.241     | 10                  | 33                      | 83                 |
| 2025   | 3    | 59.892     | 12                  | 40                      | 94                 |
| 2025   | 4    | 41.377     | 20                  | 54                      | 118                |
| 2025   | 5    | 50.179     | 10                  | 38                      | 112                |
| Totale |      | 265.066    |                     |                         |                    |

| anno   | mese | priorità P | gg_P (max.120gg) dal | gg_P (max.120gg) mediana | gg_P (max.120gg) al |
|--------|------|------------|----------------------|--------------------------|---------------------|
| 2025   | 1    | 77.693     | 14                   | 49                       | 132                 |
| 2025   | 2    | 76.713     | 16                   | 51                       | 137                 |
| 2025   | 3    | 79.248     | 18                   | 61                       | 166                 |
| 2025   | 4    | 52.126     | 26                   | 77                       | 193                 |
| 2025   | 5    | 50.960     | 22                   | 71                       | 178                 |
| Totale |      | 336.650    |                      |                          |                     |

#### Mammografia bilaterale

Prestazione chiave per la prevenzione oncologica, ma con ritardi preoccupanti. Le urgenze sono gestite con discreta puntualità. Tuttavia, le visite differibili hanno medie di 31-42 giorni e punte tra i 130 e 144. Drammatico il quadro nelle classi programmabili: la mediana cresce costantemente e i tempi massimi arrivano

fino a 320 giorni, quasi un anno. Questo ritardo può compromettere seriamente l'efficacia dei percorsi di screening.

#### MAMMOGRAFIA BILATERALE

| anno   | mese | priorità U | gg_U<br>(max.3gg)<br>dal | gg_U<br>(max.3gg)<br>mediana | gg_U<br>(max.3gg)<br>al |
|--------|------|------------|--------------------------|------------------------------|-------------------------|
| 2025   | 1    | 556        | 1                        | 2                            | 4                       |
| 2025   | 2    | 546        | 1                        | 2                            | 5                       |
| 2025   | 3    | 484        | 1                        | 2                            | 5                       |
| 2025   | 4    | 251        | 1                        | 2                            | 7                       |
| 2025   | 5    | 351        | 1                        | 2                            | 4                       |
| Totale |      | 2.188      |                          |                              |                         |

| anno   | mese | priorità B | gg_B<br>(max.10gg)<br>dal | gg_B<br>(max.10gg)<br>mediana | gg_B<br>(max.10gg)<br>al |
|--------|------|------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 2025   | 1    | 4.488      | 4                         | 7                             | 14                       |
| 2025   | 2    | 4.608      | 4                         | 7                             | 13                       |
| 2025   | 3    | 5.003      | 5                         | 7                             | 13                       |
| 2025   | 4    | 3.388      | 5                         | 8                             | 14                       |
| 2025   | 5    | 4.175      | 4                         | 7                             | 11                       |
| Totale |      | 21.662     |                           |                               |                          |

| anno   | mese | priorità D | gg_D<br>(max.60gg)<br>dal | gg_D<br>(max.60gg)<br>mediana | gg_D<br>(max.60gg)<br>al |
|--------|------|------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 2025   | 1    | 17.265     | 9                         | 35                            | 130                      |
| 2025   | 2    | 17.696     | 9                         | 34                            | 133                      |
| 2025   | 3    | 17.407     | 10                        | 37                            | 135                      |
| 2025   | 4    | 11.666     | 12                        | 42                            | 144                      |
| 2025   | 5    | 12.580     | 9                         | 31                            | 131                      |
| Totale |      | 76.614     |                           |                               |                          |

| anno   | mese | priorità P | gg_P<br>(max.120gg)<br>dal | gg_P<br>(max.120gg)<br>mediana | gg_P<br>(max.120gg)<br>al |
|--------|------|------------|----------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| 2025   | 1    | 70.136     | 14                         | 62                             | 208                       |
| 2025   | 2    | 69.657     | 15                         | 69                             | 215                       |
| 2025   | 3    | 70.563     | 15                         | 78                             | 245                       |
| 2025   | 4    | 44.970     | 20                         | 96                             | 295                       |
| 2025   | 5    | 46.528     | 18                         | 110                            | 320                       |
| Totale |      | 301.854    |                            |                                |                           |

#### Radiografia del torace (RX torace)

È la prestazione migliore del sistema. Tutte le urgenze vengono garantite in giornata (0 giorni). Anche le priorità brevi, differibili e programmabili sono gestite con ampio margine di anticipo rispetto ai limiti di legge. Le mediane si attestano tra i 6 e i 18 giorni al massimo. Un esempio virtuoso, possibile grazie all'ampia diffusione del servizio e all'elevata automazione della prestazione.

#### RX DEL TORACE

| anno   | mese | priorità U | gg_U<br>(max.3gg)<br>dal | gg_U<br>(max.3gg)<br>mediana | gg_U<br>(max.3gg)<br>al |
|--------|------|------------|--------------------------|------------------------------|-------------------------|
| 2025   | 1    | 16.933     | 0                        | 0                            | 1                       |
| 2025   | 2    | 15.431     | 0                        | 0                            | 1                       |
| 2025   | 3    | 14.410     | 0                        | 0                            | 1                       |
| 2025   | 4    | 9.413      | 0                        | 0                            | 1                       |
| 2025   | 5    | 9.433      | 0                        | 0                            | 1                       |
| Totale |      | 65.620     |                          |                              |                         |

| anno   | mese | priorità B | gg_B<br>(max.10gg)<br>dal | gg_B<br>(max.10gg)<br>mediana | gg_B<br>(max.10gg)<br>al |
|--------|------|------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 2025   | 1    | 27.397     | 3                         | 6                             | 10                       |
| 2025   | 2    | 24.757     | 3                         | 6                             | 10                       |
| 2025   | 3    | 26.072     | 3                         | 7                             | 11                       |
| 2025   | 4    | 16.715     | 2                         | 6                             | 10                       |
| 2025   | 5    | 18.633     | 2                         | 6                             | 10                       |
| Totale |      | 113.574    |                           |                               |                          |

| anno   | mese | priorità D | gg_D<br>(max.60gg)<br>dal | gg_D<br>(max.60gg)<br>mediana | gg_D<br>(max.60gg)<br>al |
|--------|------|------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 2025   | 1    | 27.914     | 6                         | 15                            | 36                       |
| 2025   | 2    | 26.183     | 6                         | 16                            | 36                       |
| 2025   | 3    | 28.263     | 6                         | 16                            | 39                       |
| 2025   | 4    | 18.668     | 6                         | 17                            | 37                       |
| 2025   | 5    | 19.823     | 5                         | 15                            | 35                       |
| Totale |      | 120.851    |                           |                               |                          |

| anno   | mese | priorità P | gg_P<br>(max.120gg)<br>dal | gg_P<br>(max.120gg)<br>mediana | gg_P<br>(max.120gg)<br>al |
|--------|------|------------|----------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| 2025   | 1    | 43.088     | 3                          | 12                             | 33                        |
| 2025   | 2    | 42.733     | 3                          | 13                             | 34                        |
| 2025   | 3    | 45.466     | 4                          | 15                             | 41                        |
| 2025   | 4    | 28.159     | 5                          | 18                             | 44                        |
| 2025   | 5    | 25.678     | 5                          | 16                             | 42                        |
| Totale |      | 185.124    |                            |                                |                           |

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=130578](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=130578)

## Liste d'attesa. Gimbe: "Decreto nel pantano: dopo un anno mancano metà dei sei decreti attuativi. Nel 2024 quasi 6 milioni di persone hanno rinunciato alle prestazioni"

*Il presidente, Nino Cartabellotta: "Dedicarsi ad alleviare il "sintomo" (tempi di attesa), piuttosto che risolvere "la grave malattia" che distrugge il SSN equivale a somministrare ad un paziente oncologico cure sintomatiche, anziché una terapia radicale. Così il DL Liste di attesa rischia di restare solo una promessa mancata. E milioni di cittadini e pazienti continuano a rinunciare alle prestazioni, sperimentando una silenziosa ma concreta esclusione dai diritti".*

### 11 GIU -

Nonostante annunci e dichiarazioni ufficiali, il Decreto Legge sulle liste d'attesa (DL 73/2024) non ha ancora prodotto benefici concreti per i cittadini.

A un anno esatto dalla sua pubblicazione, l'attuazione delle misure è stata prima bloccata dalla lunga gestazione del decreto attuativo sulla piattaforma nazionale, poi tenuta in ostaggio dal conflitto istituzionale tra Governo e Regioni sul decreto relativo ai poteri sostitutivi.

Nel frattempo la realtà restituisce numeri allarmanti: secondo l'ISTAT, nel 2024 una persona su dieci ha rinunciato ad almeno una prestazione sanitaria, il 6,8% a causa delle lunghe liste di attesa e il 5,3% per ragioni economiche. E la motivazione relativa alle liste di attesa è cresciuta del 51% rispetto al 2023.

"A un anno dalla pubblicazione del DL Liste di attesa – dichiara **Nino Cartabellotta** Presidente della Fondazione GIMBE – abbiamo condotto un'analisi indipendente sullo status di attuazione della norma, con l'obiettivo di informare in maniera costruttiva il dibattito pubblico e politico e di ridurre le aspettative irrealistiche dei cittadini, sempre più intrappolati nella rete delle liste di attesa.

Tracciando un confine netto tra realtà e propaganda".

Secondo [quanto riportato dal Dipartimento per il Programma di Governo](#), al 10 giugno 2025 dei sei decreti attuativi previsti dal DL Liste d'attesa solo tre sono stati pubblicati in Gazzetta Ufficiale, lo scorso aprile. Dei rimanenti, uno è scaduto da oltre nove mesi e due non hanno una scadenza definita. "Come già evidenziato in [audizione](#) dalla Fondazione GIMBE – spiega il Presidente Nino Cartabellotta – il carattere di urgenza del provvedimento si è rivelato incompatibile con un numero così elevato di decreti attuativi, alcuni tecnicamente complessi, altri politicamente scottanti".

In dettaglio al 10 giugno 2025:

#### Decreti attuativi pubblicati

- **Art 1, comma 4.** Modalità con cui la Piattaforma nazionale delle liste di attesa opera in coerenza con il «Modello Nazionale di Classificazione e Stratificazione della popolazione». **Adottato il 28 ottobre 2024**, quasi 4 mesi dopo la scadenza prevista, è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 16 aprile 2025.
- **Art 1, comma 3.** Adozione dei criteri di realizzazione, di funzionamento e di interoperabilità tra la Piattaforma nazionale e le piattaforme regionali delle liste di attesa. **Adottato il 17 febbraio 2025**, con un ritardo di oltre 4 mesi dalla scadenza prevista, è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale l'11 aprile 2025.
- **6, comma 1.** Adozione di un piano d'azione finalizzato al rafforzamento della capacità di erogazione dei servizi sanitari e all'incremento dell'utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio per le Regioni destinatarie del Programma nazionale equità nella salute 2021-2027. **Adottato il 20 febbraio 2025**, con un ritardo di oltre 4 mesi dalla scadenza prevista, è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale l'11 aprile 2025.

#### Decreti attuativi non pubblicati e già scaduti

- **Art 2, comma 6.** Modalità e procedure per l'esercizio dei poteri sostitutivi da parte dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria. **Scaduto il 31 agosto 2024.**

### Decreti attuativi non pubblicati e con scadenze non definite

- **Art 3, comma 5.** Linee di indirizzo, a livello nazionale, contenenti le indicazioni tecniche per gestire, da parte del CUP, un nuovo sistema di disdetta delle prenotazioni e ottimizzazione delle agende di prenotazioni.
- **5, comma 2 (primo periodo).** Adozione di una metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN (*uno o più decreti*).

### I ritardi sulla piattaforma.

Nel [question time del 5 novembre 2024](#), il Ministro Schillaci aveva annunciato che da febbraio 2025 sarebbe stato disponibile il “cruscotto” nazionale con gli indicatori di monitoraggio delle liste d’attesa, completo dei dati di tutte le Regioni e Province autonome.

Nei fatti, però, il decreto sulla piattaforma è approdato in Conferenza Stato-Regioni solo il 18 dicembre 2024, l’intesa è stata siglata solo il 13 febbraio 2025 e la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale è slittata inspiegabilmente all’11 aprile.

Da quella data le Regioni hanno avuto 60 giorni (raddoppiati rispetto ai 30 inizialmente previsti) per presentare i progetti necessari a garantire la “comunicazione” tra le proprie piattaforme e quella nazionale. "Proprio ieri – chiosa Cartabellotta – sono scaduti i 60 giorni, ma i tempi per rendere pubblicamente accessibili i dati di tutte le Regioni sulla piattaforma nazionale restano del tutto imprevedibili".

Lo scorso 22 maggio, presso il Ministero della Salute, è stata illustrata la piattaforma nazionale con tutte le funzionalità del cruscotto, utilizzando i dati di tre Regioni anonimizzate. "Un segnale – commenta Cartabellotta – che testimonia indubbiamente l’avanzamento dei lavori, ma che al tempo stesso dimostra quanto ancora siamo lontani da una piattaforma operativa con i dati di tutte le Regioni e, soprattutto, pubblicamente accessibile".

Una realtà che stride con quanto dichiarato dalla Presidente Meloni nel [question time alla Camera del 14 maggio](#): "La piattaforma nazionale è operativa, e ci dice che nelle Regioni dove ci sono questi strumenti aumentano il numero di visite ed esami per i cittadini e calano i tempi d’attesa". "Ad oggi – commenta il Presidente – non esiste alcun dataset pubblico che documenti una riduzione dei tempi di attesa. Qualsiasi valutazione sull’efficacia del Decreto potrà essere condotta solo quando i dati saranno resi accessibili in modo trasparente".

### Il conflitto tra Governo e Regioni.

Il decreto attuativo più “spinoso”, quello sull’esercizio dei poteri sostitutivi, ha acceso un duro scontro istituzionale tra Governo e Regioni, che si è consumato in due mesi di missive ufficiali con accuse incrociate e rivendicazioni. Il clima sembra essersi disteso dopo il confronto del 22 maggio tra la Presidente Meloni e il Presidente Fedriga, che il 28 maggio ha incontrato il Ministro Schillaci per finalizzare il testo del decreto. "Al di là delle dichiarazioni pubbliche di ritrovata sintonia istituzionale – commenta Cartabellotta – al 10 giugno non risulta ancora raggiunta l’intesa tra Governo e Regioni sul decreto attuativo". Ma soprattutto, continua il Presidente "amareggia constatare che, su un tema che lede un diritto costituzionale, lo scontro frontale abbia preso il sopravvento sulla “leale collaborazione” tra Stato e Regioni, rendendo evanescente il supremo principio di “Repubblica che tutela la salute”. Nel frattempo, milioni di persone continuano ad attendere. O peggio, rinunciano alle prestazioni sanitarie".

### La rinuncia alle prestazioni sanitarie.

"L’espressione ‘rinuncia alle cure’ – spiega Cartabellotta – è ormai entrata nel linguaggio comune di politici e media, ma dovrebbe essere abbandonata perché fuorviante: la rinuncia infatti, riguarda test diagnostici e visite specialistiche, non le terapie". Secondo la definizione ISTAT, si tratta infatti di persone che dichiarano di aver rinunciato nell’ultimo anno a visite specialistiche (escluse quelle odontoiatriche) o esami diagnostici pur avendone bisogno, a causa di almeno uno dei seguenti motivi: tempi di attesa troppo lunghi, problemi economici (impossibilità di pagare, costi eccessivi), difficoltà di accesso (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi).

Nel 2024 il fenomeno ha registrato un’allarmante impennata (figura 1): secondo le elaborazioni GIMBE su dati ISTAT, il 9,9% della popolazione – circa 5,8 milioni di persone – ha rinunciato ad almeno una prestazione

sanitaria, rispetto al 7,6% del 2023 (4,5 milioni di persone) e al 7% del 2022 (4,1 milioni di persone). Il dato è sostanzialmente omogeneo in tutto il Paese, senza differenze significative: 9,2% al Nord, 10,7% al Centro e 10,3% al Sud. "Negli ultimi due anni – commenta Cartabellotta – il fenomeno della rinuncia alle prestazioni non solo è cresciuto, ma coinvolge l'intero Paese, incluse le fasce di popolazione che prima della pandemia si trovavano in una posizione di "vantaggio relativo", come i residenti al Nord e le persone con un livello di istruzione più elevato".

Il netto aumento delle rinunce a visite ed esami rilevato nel 2024 è dovuto soprattutto ai lunghi tempi d'attesa: la quota di popolazione che dichiara di aver rinunciato per questo motivo è passata infatti dal 4,2% del 2022 (2,5 milioni di persone) al 4,5% del 2023 (2,7 milioni di persone), fino a schizzare al 6,8 % nel 2024 (4 milioni di persone).

Anche le difficoltà economiche continuano a pesare: la percentuale di chi rinuncia per motivi economici è aumentata dal 3,2% del 2022 (1,9 milioni di persone) al 4,2% del 2023 (2,5 milioni di persone), fino al 5,3% del 2024 (3,1 milioni di persone).

"Se tra il 2022 e il 2023 l'aumento della rinuncia alle prestazioni era dovuto soprattutto a motivazioni economiche – spiega il Presidente – tra il 2023 e il 2024 l'impennata è stata trainata in larga misura dalle lunghe liste di attesa". E i dati lo confermano: le rinunce legate ai tempi d'attesa sono cresciute del 7,1% tra il 2022 e il 2023, e del 51% tra il 2023 e il 2024; quelle per ragioni economiche, invece, sono aumentate del 31,2% tra 2022 e 2023 e del 26,1% tra 2023 e 2024.

"Il vero problema – osserva Cartabellotta – non è più, o almeno non è soltanto, il portafoglio dei cittadini, ma la capacità del SSN di garantire le prestazioni in tempi compatibili con i bisogni di salute». Va inoltre ricordato che il questionario ISTAT consente risposte multiple: il cittadino può indicare contemporaneamente sia i motivi economici sia i lunghi tempi d'attesa tra le cause della rinuncia.

«È proprio l'intreccio di questi due fattori – commenta Cartabellotta – a rendere il fenomeno ancora più allarmante: quando i tempi del pubblico diventano inaccettabili, molte persone sono costrette a rivolgersi al privato; ma se i costi superano la capacità di spesa, la prestazione diventa un lusso. E alla fine, per una persona su 10, la scelta obbligata è rinunciare".

L'indicatore "rinuncia a prestazioni sanitarie" rientra anche nel Nuovo Sistema di Garanzia, la "pagella" con cui il Ministero della Salute monitora i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) erogati dalle Regioni. "Certo monitorare è indispensabile – avverte Cartabellotta – ma se alle rilevazioni non seguono interventi concreti di miglioramento, ogni anno continueremo ad archiviare record sempre più negativi. Ridurre le liste d'attesa non è solo una sfida organizzativa o politica: è l'unico modo per impedire che l'universalismo del SSN ceda il passo a una sanità per soli abbienti".

### **I Decreti attuativi senza scadenza.**

Degli altri due decreti attuativi che mancano all'appello, per i quali non è prevista alcuna scadenza, non vi è al momento alcuna traccia pubblicamente disponibile, dopo le rassicurazioni del Ministro Ciriani [question time del 5 febbraio 2025](#). "Il primo decreto – spiega Cartabellotta – riguarda il superamento del tetto di spesa per il personale sanitario ed è verosimilmente in stand-by per la mancata approvazione della "nuova metodologia" Agenas per stimare il fabbisogno di personale, dopo la sperimentazione condotta nel triennio 2022-2024".

Il secondo, che prevede linee di indirizzo nazionali per un nuovo sistema di disdetta delle prenotazioni e per l'ottimizzazione delle agende CUP, continua il Presidente "al 10 giugno 2025 non risulta ancora calendarizzato per l'esame in Conferenza delle Regioni".

"A un anno dalla pubblicazione – conclude Cartabellotta – il DL Liste di attesa si è impantanato tra le complessità tecnologiche che frenano il decollo della piattaforma nazionale e la prolungata tensione istituzionale tra Governo e Regioni sui poteri sostitutivi. Rispetto a quanto rilevato nel monitoraggio GIMBE di fine gennaio – che allora scatenò accese polemiche e attacchi strumentali – siamo arrivati a tre decreti attuativi pubblicati in Gazzetta Ufficiale, ma ne mancano ancora altrettanti all'appello: la prova definitiva che il carattere di urgenza del provvedimento era del tutto incompatibile con la complessità del fenomeno.

Le liste d'attesa non sono infatti una criticità da risolvere a colpi di decreti: sono il sintomo del grave indebolimento del SSN, che richiede investimenti consistenti sul personale sanitario, coraggiose riforme

organizzative, una completa trasformazione digitale e misure concrete per arginare la domanda inappropriata di prestazioni sanitarie.

Dedicarsi ad alleviare il “sintomo” (tempi di attesa), piuttosto che risolvere “la grave malattia” che distrugge il SSN equivale a somministrare ad un paziente oncologico cure sintomatiche, anziché una terapia radicale. Così il DL Liste di attesa rischia di restare solo una promessa mancata. E milioni di cittadini e pazienti continuano a rinunciare alle prestazioni, sperimentando una silenziosa ma concreta esclusione dai diritti. Un’esclusione che ha gravi conseguenze sulla salute individuale e collettiva e che tradisce l’articolo 32 della Costituzione e i principi fondanti del nostro SSN”.

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=130195](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=130195)

## ***One Health, clima e salute***



### **Un appello urgente per una strategia dell’UE su clima e salute**

**La crisi climatica richiede un'azione rapida. Una strategia dell'UE per affrontare i rischi emergenti per la salute pubblica non è più un'opzione; è una necessità. Questa è stata la conclusione del [seminario annuale di EuroHealthNet](#) dell'11 giugno, ospitato dal Ministero della Salute spagnolo a Bruxelles.**

L'Europa ha bisogno ora di una strategia UE integrata e multisettoriale su clima e salute, che coordini le misure di adattamento e mitigazione dell'UE, promuova la giustizia climatica e protegga con fermezza i più vulnerabili tra noi. Questo è essenziale per garantire un'Europa competitiva, preparata e inclusiva. I risultati della ricerca dimostrano l'urgenza di agire per il clima. È tempo di agire politicamente, basandosi sulle Conclusioni del Consiglio belga del 2024, che invitano la Commissione europea e gli Stati membri a sviluppare un'agenda coordinata dell'UE su clima e salute nell'ambito dell'Unione Europea della Salute.

---

Poiché la crisi climatica rappresenta una minaccia transfrontaliera per la salute pubblica, è necessario un coordinamento e un'azione politica a livello dell'UE. Ciò include la preparazione alla crisi climatica, il miglioramento degli ambienti di vita, degli alloggi, dei trasporti, dell'alimentazione, l'inverdimento dei sistemi sanitari e la giustizia climatica.

**Caroline Costongs**

### **Crescenti rischi climatici e salute pubblica: i dati allarmanti**

L'Europa è il continente che si sta riscaldando più rapidamente: [si stima che la sola ondata di calore del 2022 abbia causato tra 60.000 e 70.000 morti premature](#). Le crescenti minacce derivanti da siccità, caldo estremo, incendi boschivi, inquinamento dell'aria e dell'acqua, nonché l'aumento delle malattie infettive sensibili al clima, intensificano la pressione sui sistemi sanitari.

---

"La temperatura in Europa sta aumentando del doppio rispetto alla media globale, con conseguenti impatti negativi sulla salute, come malattie e decessi legati al caldo. Sono necessarie misure efficaci con urgenza!"

**Prof. Joacim Rocklöv**

**Co-direttore del Lancet Countdown in Europa su cambiamenti climatici e salute**

---

È fondamentale che queste sfide sanitarie siano avvertite in modo sproporzionato dalle popolazioni vulnerabili (bambini, donne incinte, anziani, migranti, lavoratori all'aperto e comunità vulnerabili), aggravando le disuguaglianze sanitarie già esistenti.

I relatori di alto livello del seminario EuroHealthNet hanno sottolineato:

---

"L'azione per il clima è un'azione per la salute.

Insieme possiamo proteggere vite oggi e costruire sistemi più forti, più sicuri e più sani per affrontare le sfide di domani."

**Antonio Parenti**

**Direttore Sanità pubblica, Cancro e Sicurezza sanitaria presso la Direzione generale della Salute e della sicurezza alimentare della Commissione europea**

"Il cambiamento climatico e la perdita di biodiversità sono fattori scatenanti di crisi sanitarie e malattie. Dobbiamo garantire che le contromisure siano al passo con le crescenti minacce ambientali."

**Florika Fink-Hooijer**

**Direttore Generale, Responsabile della Preparazione alle Emergenze Sanitarie e Autorità di risposta (HERA)**

---

L'appello di EuroHealthNet rafforza gli attuali sviluppi politici globali, come la nuova Commissione paneuropea dell'OMS sul clima e la salute (PECCH), lanciata anch'essa questa settimana, e il Piano d'azione globale dell'OMS sui cambiamenti climatici e la salute.

### **Prossimi passi: dal riconoscimento all'azione**

EuroHealthNet sollecita la Commissione europea a:

- Sviluppare e adottare una strategia dell'UE su clima e salute.
- Integrare le priorità climatiche e sanitarie in tutte le politiche dell'UE, anche nel Pilastro europeo dei diritti sociali, nella Garanzia europea per l'infanzia, nonché nel prossimo Piano per l'edilizia abitativa a prezzi accessibili e nella Strategia anti-povertà.
- Garantire finanziamenti adeguati dell'UE per l'azione per il clima e la salute nel prossimo bilancio a lungo termine dell'UE, noto come Quadro finanziario pluriennale (QFP) 2028-2034.
- Coordinare e supportare i governi nazionali, regionali e locali nell'adozione di misure decisive sui rischi per la salute legati al clima, ponendo al centro equità e resilienza.

---

### **Guardando avanti**

Per prepararsi alle sfide future in materia di salute pubblica, tra cui il cambiamento climatico, il partenariato di EuroHealthNet si è riunito per la riunione del Consiglio generale nei due giorni successivi al seminario, adottando la relazione annuale 2024-25 di EuroHealthNet "Uniti per l'equità sanitaria - Restare ancorati in tempi difficili".

## **la Repubblica**

### **Il Mediterraneo è già estremamente caldo, +5 gradi rispetto alla media**

**[Giacomo Talignani](#)**

*Le mappe di Copernicus mostrano come il Mare Nostrum sia a livelli record per le ondate di calore: Spagna, Tirreno e Sardegna fra gli osservati speciali. Le possibili conseguenze: dagli impatti meteo estremi al proliferare di specie aliene*

Il nostro blu è già estremamente rosso.

Nel Mar Mediterraneo è in corso un'ondata di calore marino particolarmente elevata per il periodo: nella terza settimana di giugno, mostrano le mappe sviluppate dal servizio satellitare europeo di Copernicus Marine Service (CMEMS), il colore predominante è il rosso scuro che simboleggia l'elevata temperatura delle acque. Secondo i [dati diffusi da Copernicus](#) con riferimento ad anomalie nella temperatura superficiale del mare degli ultimi giorni in alcune aree si è arrivati persino a +5° gradi rispetto alla media stagionale.

Tra le zone più colpite dall'ondata di calore c'è anche il Mar Tirreno, così come in generale il bacino del Mediterraneo orientale e il Mar delle Baleari.

### **Ondate di calore**

Temperature estreme delle acque superficiali, per il periodo, si sono registrate per esempio anche nel Sud della Sardegna. Impressionanti, per avere una idea di cosa sta accadendo, i dati registrati dagli scienziati nelle acque della baia di Malaga.

Lì la temperatura media dell'acqua di mare a giugno è solitamente intorno ai 18,5 gradi da quando esistono i dati ufficiali del 1984.

Nell'ultima settimana la boa principale di rilevazione termica del porto ha registrato un allarmante valore di 25,7 gradi.

Dal sistema di monitoraggio Mercator Ocean aggiungono inoltre che "l'ondata di calore marino nel bacino sta aumentando sia in estensione che in intensità, con lo sviluppo di categorie forti e l'emergere di categorie gravi al largo della costa sud-orientale della Spagna".

### **Le conseguenze: eventi estremi, specie aliene, fioritura di alghe**

Il Mediterraneo, come ricordano gli esperti, è un hot spot del cambiamento climatico in corso: essendo un mare chiuso si surriscalda molto più velocemente e sta affrontando profondi cambiamenti.

Lo scorso anno sulle sponde del Mare Nostrum si è arrivati a una temperatura record intorno ai 30 gradi e oggi il grande bacino soffre per carenza di ossigeno e acidificazione, inquinamento da plastica e impatti delle attività antropiche.

A preoccupare è però adesso in particolare proprio la temperatura che sta cambiando sia le dinamiche del mare, sia quelle degli eventi estremi.

Più il Mediterraneo è caldo, più si carica di energia che poi verrà restituita, come già accaduto in diverse occasioni negli ultimi anni, sotto forma di eventi meteo estremi devastanti, soprattutto tra fine estate e autunno, quando il calore accumulato è al massimo.

In più le temperature estreme del mare favoriscono anche le fioriture algali e, come accaduto di recente nell'Adriatico, i "bloom" possono interessare le coste per esempio italiane andando a incidere direttamente su turismo ed economia.

A livello economico le ripercussioni si fanno sentire poi anche sul pescato e sulle specie in commercio: basti pensare alla moria di cozze che si è verificata nel Tarantino o lungo le coste adriatiche dovuta principalmente alle temperature elevate, un effetto che ora interessa anche il riccio viola, così come le acciughe che stanno diminuendo perché si stanno spostando verso bacini più freschi.

A questi impatti vanno poi aggiunti quelli delle specie aliene invasive che, al contrario delle acciughe, stanno popolando sempre di più i nostri mari dove trovano condizioni più calde per prosperare. Un'idea di quante nuove specie siano ormai "residenti" da noi, con rischi diretti anche per l'uomo, l'ha fornita l'ultimo aggiornamento dell'Ispra sulle specie aliene.

Per via delle nuove temperature dobbiamo imparare infatti a fare i conti con [alghe impattanti](#) come la Caulerpa, con meduse molto urticanti come la Rhopilema nomadica o la caravella portoghese, oppure affrontare i ben noti danni da granchio blu, ma anche difenderci dalle spine velenose del pesce gatto dei coralli, del pesce scorpione o del pesce coniglio o dalla tossicità del pesce gatto maculato.

Tutte specie che un tempo, in un Mediterraneo decisamente più freddo rispetto ad oggi, o non erano presenti o erano soltanto dei rari casi.

[https://www.repubblica.it/green-and-blue/2025/06/25/news/il\\_mediterraneo\\_e\\_gia\\_estremamente\\_caldo\\_5\\_gradi\\_rispetto\\_alla\\_mediterranea-424691180/?ref=RHLM-BG-P25-S1-T1-RIAPSOTTO](https://www.repubblica.it/green-and-blue/2025/06/25/news/il_mediterraneo_e_gia_estremamente_caldo_5_gradi_rispetto_alla_mediterranea-424691180/?ref=RHLM-BG-P25-S1-T1-RIAPSOTTO)

## **Emergenza climatica. “E’ anche e soprattutto una crisi sanitaria”. Oms Europa crea commissione che produrrà nuove raccomandazioni**

*Presieduta dall'ex Primo Ministro islandese, Katrín Jakobsdóttir, e supportata dal Consigliere Scientifico Capo, Sir Andrew Haines della London School of Hygiene & Tropical Medicine, la PECCH riunisce 11 commissari provenienti da tutta la Regione Europea dell'OMS*

**11 GIU** - In risposta alle crescenti minacce per la salute causate dal clima l'OMS/Europa ha presentato oggi la Commissione Paneuropea per il Clima e la Salute (PECCH), una nuova iniziativa per affrontare una delle sfide sanitarie più importanti del nostro tempo.

Presieduta dall'ex Primo Ministro islandese, **Katrín Jakobsdóttir**, e supportata dal Consigliere Scientifico Capo, **Sir Andrew Haines** della London School of Hygiene & Tropical Medicine, la PECCH riunisce 11 commissari provenienti da tutta la Regione Europea dell'OMS che vantano una ricca e diversificata esperienza alla guida di istituzioni e organizzazioni politiche e scientifiche, nazionali e internazionali. Insieme, forniranno raccomandazioni per soluzioni praticabili all'intersezione tra salute e clima.

Attraverso le sue audizioni pubbliche e con la partecipazione di esperti, la PECCH collaborerà attivamente anche con i rappresentanti di altre regioni per lavorare insieme a soluzioni condivise. Particolarmente importante sarà il coinvolgimento dei piccoli Stati membri e delle isole, che sono spesso i primi a sopportare il peso della crisi climatica.

“È tempo di riconoscere una verità innegabile: la crisi climatica è una crisi sanitaria. Ci sta già uccidendo e, senza un'azione urgente, peggiorerà notevolmente”, ha affermato **Hans Henri P. Kluge**, Direttore Regionale dell'OMS per l'Europa. “I nostri sistemi sanitari sono già sotto pressione, ma possono anche essere parte della soluzione. Ecco perché ho convocato la Commissione Paneuropea per il Clima e la Salute, che produrrà raccomandazioni accessibili e attuabili per il settore sanitario per affrontare il cambiamento climatico, al fine di contribuire a migliorare i risultati sanitari riducendo al contempo i costi. Dalla riduzione degli sprechi alla costruzione di strutture efficienti dal punto di vista energetico, fino al salvataggio di vite umane attraverso sistemi di allerta precoce per il caldo e la salute, questa Commissione esplorerà un'ampia gamma di soluzioni, nuove ed esistenti, per il settore sanitario”.

La Regione Europea è quella che si sta riscaldando più rapidamente tra tutte le regioni dell'OMS.

Quasi tutti gli indicatori clima-salute, dalla mortalità correlata al caldo all'ansia climatica, stanno peggiorando. Un terzo dei decessi mondiali legati al caldo si verifica già nella Regione, e 4 degli anni più caldi mai registrati si sono verificati tutti a partire dal 2020.

Un decimo della popolazione urbana nella Regione vive attualmente in aree soggette a inondazioni, e si prevede che il cambiamento climatico provocherà precipitazioni intense più frequenti e intense e un innalzamento del livello del mare, rendendo le inondazioni 9 volte più probabili.

A livello globale, quasi la metà dell'umanità (3,6 miliardi di persone) vive già in aree altamente suscettibili al cambiamento climatico. Nel frattempo, si prevede che l'80% della popolazione della Regione Europea vivrà in aree urbane entro il 2030, rendendo le nostre città e i nostri paesi in prima linea nella lotta contro il cambiamento climatico.

Nonostante le crescenti prove della minaccia esistenziale attuale e prevista che il cambiamento climatico rappresenta per le nostre società, l'azione politica, anche nel settore sanitario, fatica a essere all'altezza dell'urgenza e della portata della risposta necessaria per garantire la sicurezza delle persone e del pianeta.

“La crisi climatica non è solo un'emergenza ambientale, ma anche una sfida crescente per la salute pubblica”, afferma Katrín Jakobsdóttir.

“Il 2024 è stato l'anno più caldo mai registrato e ci stiamo rapidamente dirigendo verso un aumento catastrofico di 3 °C delle temperature globali in questo secolo. Oltre 100.000 persone in 35 paesi della regione europea sono morte a causa del caldo nel 2022 e nel 2023. Dobbiamo riconoscere che l'interazione tra l'aumento delle temperature, l'inquinamento atmosferico e i cambiamenti degli ecosistemi causati dai cambiamenti climatici indotti dall'uomo sta già influenzando la salute e il benessere delle comunità della regione europea e del mondo. Questi cambiamenti rappresentano una minaccia per la nostra sicurezza. Affrontare gli impatti dei cambiamenti climatici sulla salute non è facoltativo: è una necessità per comunità

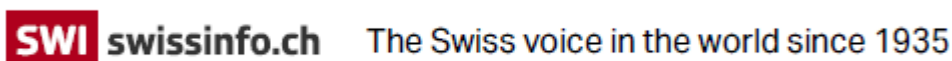
resilienti ed è fondamentale per garantire giustizia sociale, equità, responsabilità intergenerazionale e dignità umana”.

La crisi climatica colpisce in modo sproporzionato la salute dei più vulnerabili, inclusi bambini, anziani, donne incinte, immunodepressi e popolazioni indigene. Calore, inondazioni e nuovi modelli di malattia sono in aumento, con enormi conseguenze sulla salute mentale e fisica.

Questi effetti drenano risorse da sistemi sanitari e bilanci già sovraccarichi. Il solo settore sanitario contribuisce a circa il 5% delle emissioni globali, più di tutti i viaggi aerei commerciali. La nostra dipendenza dai combustibili fossili ci sta uccidendo: l'inquinamento atmosferico da solo causa 7 milioni di morti all'anno a livello globale, di cui mezzo milione nella regione europea.

“Le prove scientifiche sono inequivocabili: il cambiamento climatico rappresenta una minaccia seria e crescente per la salute umana”, spiega **Sir Andrew Haines**. “Dalla diffusione di malattie infettive alle malattie legate al caldo e all'insicurezza alimentare, i rischi sono diffusi. Dobbiamo agire con decisione per ridurre le emissioni e investire in strategie di adattamento che proteggano la salute, riducano le disuguaglianze e costruiscano sistemi sanitari più resilienti, adatti a questo nuovo mondo più imprevedibile”.

[https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo\\_id=130235](https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=130235)



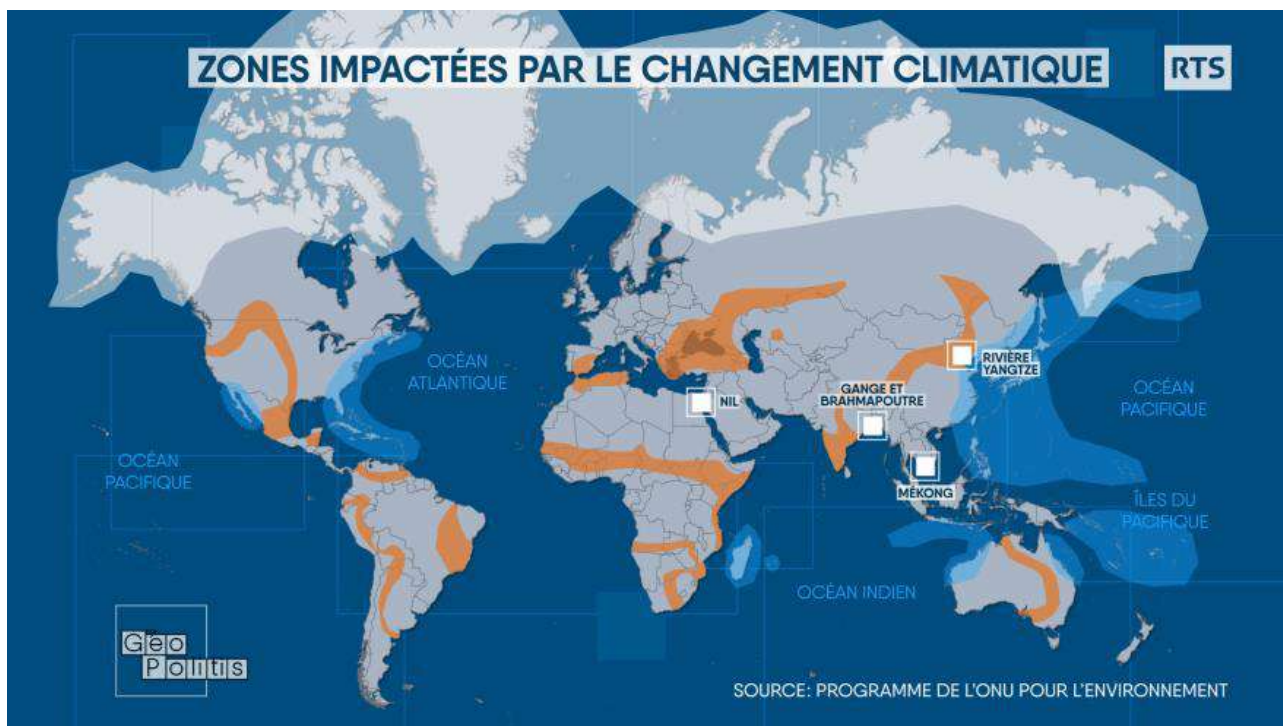
---

## Rifugiati climatici, le vittime dimenticate del diritto internazionale

*I “rifugiati climatici” non sono riconosciuti dal diritto internazionale. Si dovrebbe creare un nuovo status per proteggere queste persone? Si tratta di una questione divisiva in un momento in cui gli spostamenti legati al clima sono in aumento.*

**Rachel Barbara Häubi**

Il clima, un motivo di esilio ignorato La Convenzione di Ginevra sui rifugiati del 1951 non riconosce il clima come motivo di fuga. Un’osservazione che aveva già preoccupato l’ex relatore speciale delle Nazioni Unite sui diritti umani e i cambiamenti climatici quando aveva parlato a Ginevra nel 2022: “Sono molto preoccupato per la questione degli sfollati climatici al di là dei confini nazionali. Non sono riconosciuti come rifugiati dalla Convenzione di Ginevra e quindi sfuggono alla protezione legale”.



Questa scappatoia legale è ancora più preoccupante in un momento in cui quasi la metà della popolazione mondiale vive in ambienti “altamente vulnerabili” ai cambiamenti climatici, secondo le stime del Gruppo intergovernativo sui cambiamenti climatici (IPCC).

### Un parere storico dell'ONU

Il diritto internazionale potrebbe tuttavia cambiare. Nel 2010, un cittadino di Kiribati, un arcipelago del Pacifico minacciato dall'innalzamento del livello del mare, ha chiesto asilo in Nuova Zelanda. Respinta, la sua richiesta è stata deferita al Comitato per i diritti umani delle Nazioni Unite.

Dieci anni dopo, a Ginevra, è stata presa una decisione senza precedenti: rimandare una persona in un territorio gravemente colpito dai cambiamenti climatici potrebbe costituire una violazione del suo diritto alla vita.

“Gli effetti dei cambiamenti climatici (...) possono esporre le e i richiedenti l'asilo a una violazione dei diritti garantiti dagli articoli 6 o 7 del Patto, il che obbligherebbe gli Stati (...) ad applicare il principio di non respingimento”, si legge in questo storico parere, che aggiunge: “Il rischio che un intero Paese scompaia sotto le acque è così grave che le condizioni di vita nel Paese in questione potrebbero diventare incompatibili con il diritto a vivere in modo dignitoso anche prima che si verifichi il disastro”.

Sebbene questo precedente apra una scappatoia, i criteri di ammissibilità rimangono rigorosi. Il richiedente, Ione Teitiota, è stato rimandato nel suo Paese perché non è stato in grado di dimostrare che stava affrontando un pericolo “imminente”.

### Status di rifugiato divisivo

Cinque anni dopo, la creazione di uno status specifico per i rifugiati climatici continua a dividere la comunità internazionale, in un contesto di discussioni in stallo.

“È molto raro che qualcuno attraversi un confine solo a causa del clima. Molte delle persone colpite dal riscaldamento globale sono in realtà immobilizzate perché non hanno le risorse per andarsene”, sottolinea il geografo Etienne Piguet, specialista in migrazioni climatiche presso l'Università di Neuchâtel, alla trasmissione Géopolitis della RTS.

A suo avviso, è ancora più difficile definire un rifugiato climatico, perché questi spostamenti, spesso temporanei, derivano da più cause: “Nella maggior parte dei casi, i fattori sono molteplici. Il clima è spesso la goccia che fa traboccare il vaso”, spiega il ricercatore.

### **Adattarsi invece di scappare**

A Ginevra, l’Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM) si concentra principalmente su soluzioni di adattamento in risposta all’aumento degli spostamenti legati al clima.

“Modificare il quadro giuridico può richiedere tempo e rivelarsi inefficace per la maggior parte degli sfollati climatici, che sono in gran parte sfollati interni”, spiega Rania Sharsh, direttrice dell’azione climatica, durante una visita di Swissinfo all’OIM.

L’organizzazione stima che oltre l’80% degli spostamenti legati al clima avviene all’interno dello stesso Paese.

“Ciò che ci sembra più importante è permettere alle popolazioni di continuare a vivere nel loro Paese, lavorando ad esempio sull’accesso all’acqua o sulla protezione delle terre agricole”, continua, prendendo come esempio la costruzione di dighe nello Yemen per proteggere le terre agricole dalle inondazioni.

“Non saremo in grado di costruire dighe ovunque”, afferma Étienne Piguet, specialista in migrazioni ambientali. “La tecnologia può offrirci delle soluzioni, ma non sarà sufficiente. È fondamentale combattere il riscaldamento globale aiutando le popolazioni già colpite”.

A suo avviso, gli sforzi locali dovranno essere accompagnati da una maggiore solidarietà internazionale: “La comunità internazionale dovrebbe istituire fondi in grado di affrontare le sfide future”. Anche l’Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR) ha lanciato un fondo per aiutare le comunità sfollate a prepararsi e a far fronte ai disastri climatici. L’agenzia spera di raccogliere 100 milioni di dollari entro la fine dell’anno.

### **Verso il visto climatico?**

Ma per alcune persone la fuga è l’unica opzione. “Per coloro che non hanno altra scelta se non quella di andarsene, ad esempio a causa dell’innalzamento del livello del mare, l’OIM sta lavorando con i Governi e le comunità per garantire percorsi di migrazione legali”, continua Rania Sharsh.

Di conseguenza, a volte cominciano a emergere nuove iniziative. È il caso di Tuvalu. Nel 2023, questo piccolo Stato del Pacifico ha firmato un accordo senza precedenti con l’Australia, garantendo ai suoi 11’000 abitanti l’accesso ai visti per vivere, lavorare e gradualmente stabilirsi nel Paese vicino. I primi visti dovrebbero essere rilasciati quest’estate a 280 cittadine e cittadini di Tuvalu.

In cambio, Canberra chiede di avere voce in capitolo su eventuali patti di sicurezza che l’arcipelago potrebbe pensare di firmare con altre nazioni, il che ha dato origine ad accesi dibattiti sulla sovranità di Tuvalu.

### **Tagli americani: l’ultima goccia?**

Questi lenti progressi potrebbero essere messi a rischio dai recenti tagli di budget degli Stati Uniti, che colpiscono in particolare i progetti legati al clima e alla giustizia ambientale.

L’OIM, che è stata particolarmente colpita, ha dovuto ridurre la sua forza lavoro, tagliando almeno il 20% dei e delle dipendenti della sede centrale di Ginevra. Il rischio è che i rifugiati climatici sprofondino ancora di più nell’oblio.

Rania Sharsh vuole però credere nella resilienza del sistema: “Gli spostamenti climatici non saranno mai dimenticati. È una realtà che affrontiamo ogni giorno, in ogni Paese in cui operiamo. Continueremo a mobilitare il sostegno necessario per aiutare le persone colpite dalla crisi climatica”.



## **Antimicrobico resistenza (Prima parte)**

**Fabrizio Gemmi**

L'antimicrobico resistenza (o antibiotico-resistenza, quando si parla specificamente di antibiotici) è uno dei problemi sanitari globali più gravi e in crescita. I principali pericoli associati a questa minaccia sono: infezioni sempre più difficili (o impossibili) da curare, aumento della mortalità, maggiore durata delle degenze ospedaliere, uso di farmaci più costosi, mancanza di nuovi antibiotici.

I batteri resistenti si moltiplicano e mietono vittime soprattutto nei Paesi a basso e medio reddito.

Da quasi un decennio si discute su dati prospettici che affermano che nel 2050 le persone morte ogni anno nel mondo a causa di infezioni resistenti agli antibiotici saranno 10 milioni, superando quelle per i tumori maligni (1). In Italia la diffusione di enterobatteri resistenti ai carbapenemi (antibiotici ad ampio spettro, efficaci contro molti batteri, inclusi quelli resistenti ad altri antibiotici) ha posto in risalto la necessità di contenere la propagazione intraospedaliera di specifici ceppi microbici non più trattabili somministrando antibiotici considerati come le armi disponibili più aggiornate (2, 3).

Poi c'è stata la Pandemia Covid-19, con la consapevolezza di come il nostro pianeta sia interconnesso e come gli agenti infettivi potessero percorrerlo rapidamente, insieme alle persone. Le stime sull'andamento dell'AMR sono state sottoposte a revisione, ma il numero di vite perse a causa di queste infezioni è stato confermato, distinguendo tra quasi 2 milioni di morti direttamente causate da infezioni da germi resistenti (decessi attribuibili all'AMR) e più di 8 milioni di morti (decessi associati a AMR) per i quali l'infezione ha un ruolo nell'aggravamento di altre condizioni patologiche (4) (Figura 1)

Mentre la nostra percezione dell'AMR ci fa preoccupare, a ragione, dei problemi che incontriamo quotidianamente nelle corsie dei nostri ospedali, risulta evidente che i batteri resistenti si moltiplicano e mietono vittime soprattutto nei Paesi a basso e medio reddito (LMICs), e le proiezioni per il 2050 mostrano una amplificazione di questo divario. L'Africa sub-sahariana, il subcontinente indiano e il Sud Est asiatico riscuotono le cifre più elevate.

I ceppi resistenti si avvantaggiano dell'alta densità di popolazione, delle condizioni igieniche insufficienti, dello scarso controllo delle infezioni, delle alte temperature ambientali, dell'elevato uso di antibiotici nell'ambiente e negli allevamenti e dell'insufficiente disponibilità di questi farmaci per la cura dei malati. Gli stessi dati, rapportati alle modificazioni della popolazione, mostrano proiezioni della mortalità in aumento per tutte le super regioni, con l'eccezione dell'Africa subsahariana (Figura 2).

Nei bambini sotto i 5 anni è stato ottenuto un calo dei decessi del 50% tra il 2000 e il 2013 grazie alla disponibilità di acqua sicura e al miglioramento nei servizi igienico-sanitari di base, alle vaccinazioni e ad altri interventi di sanità pubblica. Tuttavia, un terzo dei decessi neonatali è attribuibile alle infezioni e, sempre più spesso, i patogeni sono resistenti agli antibiotici più facilmente disponibili (5).

Sebbene adesso un numero maggiore di pazienti abbia accesso agli antibiotici, l'AMR ha reso meno efficaci i farmaci precedentemente validi e l'accesso a molecole di seconda linea è quindi diventato più importante.

Mentre gli antimicrobici di prima linea, quelli presenti nella lista Access nella classificazione AWaRe dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, tra la metà e la fine del ventesimo secolo costituivano il pilastro della gestione delle infezioni neonatali, gli antibiotici di seconda linea (quelli presenti nelle liste Watch e Reserve dell'OMS) risultano oggi sempre più utilizzati (6).

Figura 1 – Decessi associati e attribuibili a AMR, stime per gli anni 1990, 2019, 2021 e 2050, per super regione GBD (fonte dati: Global Burden of Disease 2021, Antimicrobial Resistance Collaborators, Lancet 2024)

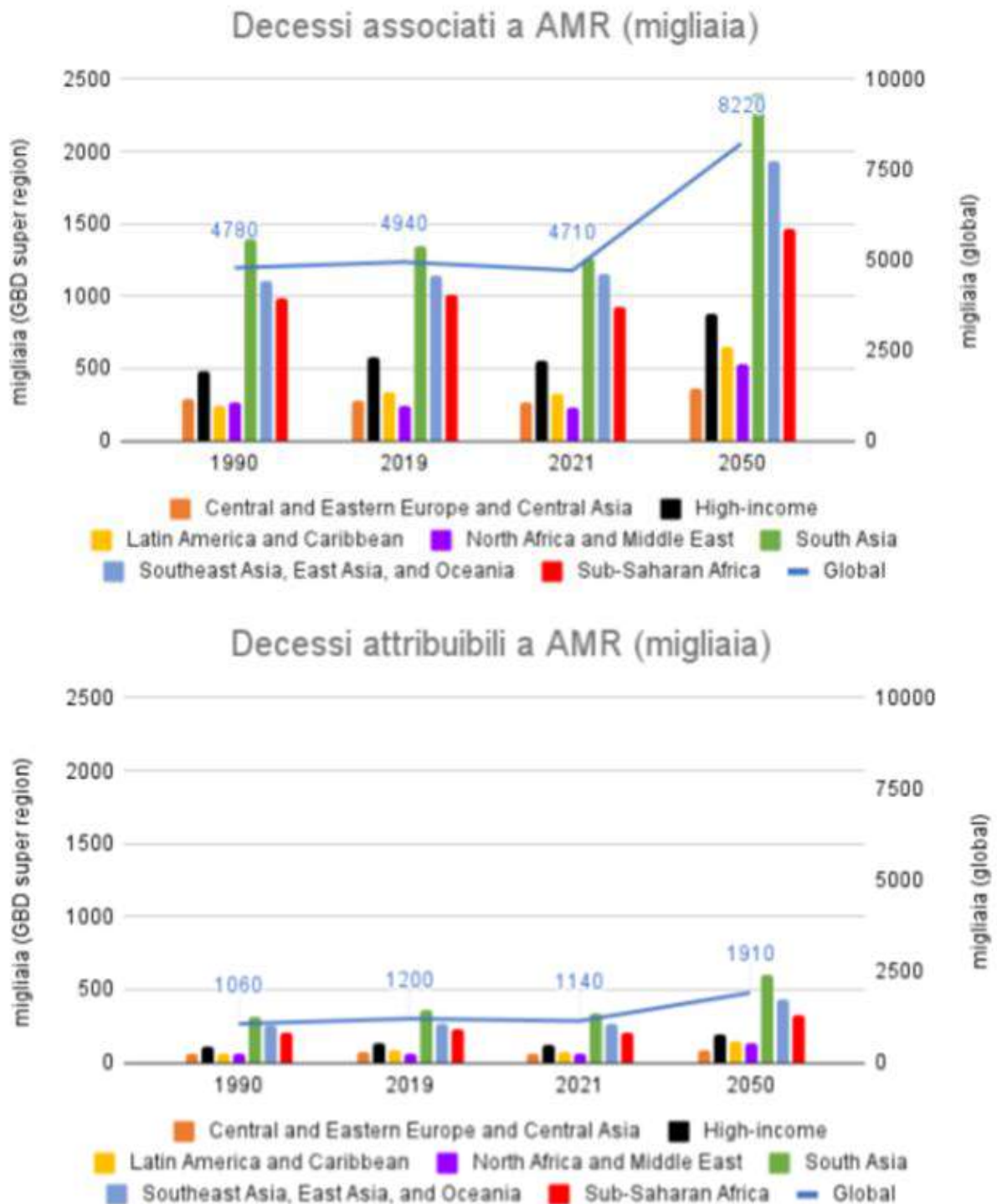
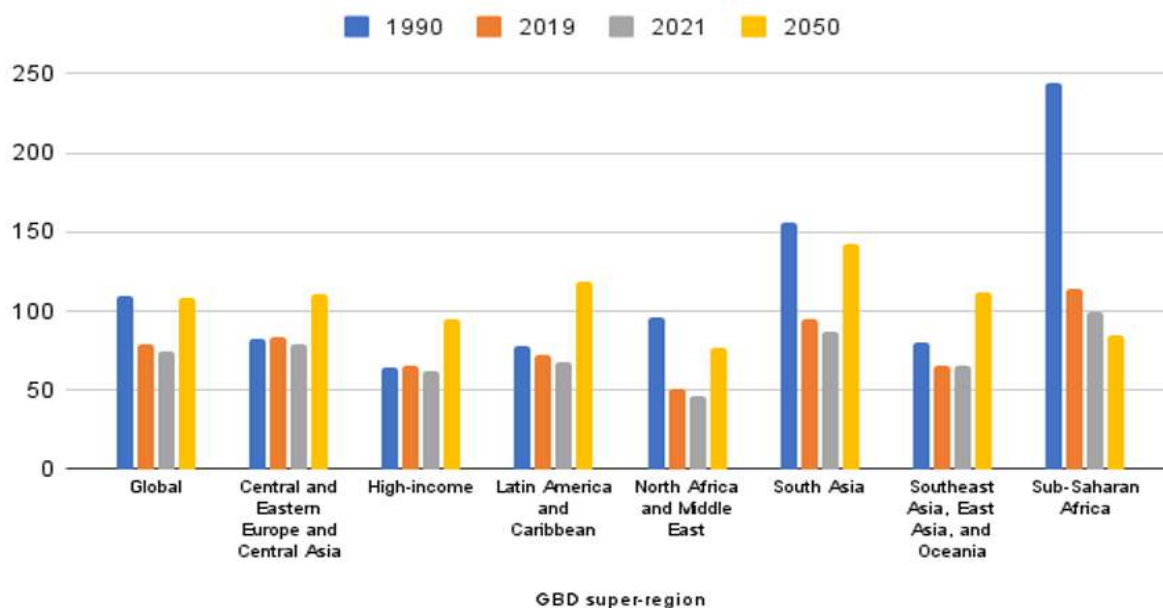


Figura 2 – Decessi attribuibili + associati a AMR (tassi /100.000 di popolazione) stime per gli anni 1990, 2019, 2021 e 2050, per super regione GBD (fonte dati: Global Burden of Disease 2021, Antimicrobial Resistance Collaborators, Lancet 2024)



In oltre un terzo dei neonati la terapia iniziale delle infezioni inizia con regimi antibiotici presenti nella *Watch List*, e il 25% di quelli che hanno iniziato con antibiotici delle liste *Access* o *Watch* è dovuta passare a farmaci di livello più avanzato entro 24 ore a causa del peggioramento delle condizioni o dell'indicazione di resistenza nei risultati di laboratorio. Pertanto, i regimi antimicrobici empirici raccomandati per la sepsi neonatale risultano spesso inefficaci a causa della resistenza.

Per le fasce anziane della popolazione, le comorbidità e l'immuno-senescenza aggravano la suscettibilità alle infezioni, in particolare a quelle resistenti agli antibiotici. Circa un decimo della popolazione mondiale ha più di 65 anni: questa percentuale è destinata a raddoppiare entro il 2050. I progressi nel trattamento delle malattie non trasmissibili (come patologie croniche e cancro) sono minacciati dalla resistenza antimicrobica. Quasi un terzo dei patogeni che causano infezioni nei pazienti con neoplasie ematologiche sono resistenti agli antimicrobici utilizzati per la profilassi delle infezioni: queste infezioni complicano il trattamento e allungano la degenza ospedaliera, aumentando i costi dell'assistenza.

La prevenzione delle infezioni è ormai riconosciuta come la chiave di volta per la riduzione dell'uso di antibiotici, ma non è sufficientemente considerata in quanto elemento essenziale nel contrasto all'AMR: l'alta frequenza di infezioni incoraggia l'uso degli antibiotici, e le difficoltà di accesso a terapie antibiotiche di buona qualità, insieme all'inefficacia di meccanismi regolatori nelle LMICs favoriscono il cattivo uso degli antibiotici (7). Le infezioni batteriche sono la seconda causa di morte nel mondo e l'indisponibilità di antibiotici uccide attualmente più persone dell'AMR. Lo sviluppo delle misure di prevenzione delle infezioni, come l'accesso all'acqua potabile, i vaccini, la sanificazione e l'igiene delle strutture sanitarie potrebbe evitare 750.000 morti associate all'AMR ogni anno nelle LMICs.

La maggior parte degli antibiotici di recente introduzione non sono registrati (e quindi non possono essere utilizzati) nelle LMICs: processi efficaci per la loro registrazione e possibile utilizzo sono presenti in 5 su 113 LMICs. La disponibilità finanziaria destinata ai test diagnostici e vaccini contro batteri appartenenti alla lista dei patogeni prioritari individuati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità è ancora più scarsa di quelle per gli antibiotici.

Il carico globale delle infezioni batteriche e l'AMR stessa sono un risultato della disuguaglianza nella salute e non possono essere tenute sotto controllo con un'agenda basata essenzialmente sui Paesi ad alto reddito.

Gli antibiotici curano le infezioni, ma stimolano anche l'AMR, offrendo un vantaggio selettivo ai batteri resistenti rispetto a quelli sensibili. L'uso globale di antimicrobici, il principale fattore di resistenza, è aumentato del 46% negli ultimi due decenni.

Le analisi dei trend relativi all'AMR indicano un aumento delle infezioni da batteri Gram negativi nell'ultimo decennio. In Europa, nel periodo 2019-2021, sono stati segnalati tassi crescenti di resistenza, in particolare *Acinetobacter* resistente ai carbapenemi, che causa batteriemie e focolai epidemici nelle

strutture. Le proiezioni per i Paesi ad alto reddito prevedono un aumento di più di due volte della resistenza agli antimicrobici di ultima istanza – entro il 2035, rispetto al 2005.

Fabrizio Gemmi, coordinatore dell'Osservatorio per la qualità e l'equità, Agenzia Regionale di Sanità, Regione toscana.

#### Riferimenti

- 1 O'Neill J. Review on Antimicrobial Resistance; London: 2016. Tackling drug-resistant infections globally: final report and recommendations
- 2 Tavoschi L, Forni S, Porretta A, Righi L, Pieralli F, Menichetti F, Falcone M, Gemignani G, Sani S, Vivani P, Bellandi T, Tacconi D, Turini L, Toccafondi G, Privitera G, Lopalco P, Baggiani A, Gemmi F, Luchini G, Petrillo M, Roti L, Pezzotti P, Pantosti A, Iannazzo S, Mechi MT, Rossolini GM; Tuscan Clinical Microbiology Laboratory Network. Prolonged outbreak of New Delhi metallo-beta-lactamase-producing carbapenem-resistant Enterobacterales (NDM-CRE), Tuscany, Italy, 2018 to 2019. Euro Surveill. 2020 Feb;25(6):2000085. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.6.2000085. PMID: 32070467; PMCID: PMC7029447
- 3 Linee Guida per la prevenzione e il controllo di Enterobatteri, Acinetobacter baumannii e Pseudomonas aeruginosa resistenti ai carbapenemi nelle strutture sanitarie. Ministero della Salute. 2020. Licenza CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 4 GBD 2021 Antimicrobial Resistance Collaborators. Global burden of bacterial antimicrobial resistance 1990–2021: a systematic analysis with forecasts to 2050. Lancet. 2024 Sep 28;404(10459):1199–1226. doi: 10.1016/S0140-6736(24)01867-1. Epub 2024 Sep 16. PMID: 39299261; PMCID: PMC11718157
- 5 Liu L, Oza S, Hogan D, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. Lancet 2015; 385: 430–40.
- 6 Web Annex C. WHO AWaRe (access, watch, reserve) classification of antibiotics for evaluation and monitoring of use, 2023. In: The selection and use of essential medicines 2023: Executive summary of the report of the 24th WHO Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines, 24 – 28 April 2023. Geneva: World Health Organization; 2023 (WHO/MHP/HPS/EML/2023.04). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 7 The Lancet. Antimicrobial resistance: an agenda for all. Lancet. 2024 Jun 1;403(10442):2349. doi: 10.1016/S0140-6736(24)01076-6. Epub 2024 May 23. PMID: 38797177.

<https://www.saluteinternazionale.info/2025/06/antimicrobico-resistenza-prima-parte/>



## Antimicrobico resistenza (Seconda parte)

**Fabrizio Gemmi**

L'Antimicrobico resistenza (AMR) minaccia la salute globale anche attraverso l'uso eccessivo di antibiotici negli allevamenti e la dispersione di antimicrobici nell'ambiente. L'AMR rappresenta quindi una sfida *One Health* che richiede sorveglianza e interventi in tutti i settori: umano, animale e ambientale. Anche la crisi climatica è responsabile della diffusione di agenti patogeni emergenti o riemergenti, in grado di produrre nuovi meccanismi di resistenza.

L'AMR impedisce il raggiungimento di vari obiettivi sanitari. Le età della vita più colpite sono i bambini e gli anziani. La sepsi neonatale costituisce un problema rilevante a livello globale, essendo una causa di morte comune nei neonati e nei bambini di età inferiore ai 5 anni, con tassi elevati nelle LMICs. I neonati con sepsi a esordio precoce potrebbero essere infettati prima o durante il parto a causa della rottura prematura delle membrane, mentre la sepsi a esordio tardivo (tra 3 e 28 giorni) rappresenta un'infezione correlata all'assistenza (ICA): in questo caso spesso si sviluppano epidemie di batteri resistenti. I neonati nati in una

struttura sanitaria possono beneficiare di cure ostetriche o neonatali d'urgenza, ma le ICA potrebbero annullare tali miglioramenti nella sopravvivenza infantile. L'AMR limita la gestione della sepsi neonatale: in uno studio condotto in 11 paesi, il 18% dei neonati con emocolture positive non è sopravvissuto nonostante la terapia antimicrobica empirica (1). Si stima che oltre 200.000 decessi neonatali ogni anno, a livello globale, siano attribuibili a sepsi da batteri AMR. *Klebsiella*, *Staphylococcus*, *Acinetobacter* ed *Escherichia* sono le cause eziologiche più comuni di sepsi neonatale, soprattutto nelle LMICs. Inoltre, *Streptococcus agalactiae* acquisito durante il parto è una causa comune di sepsi neonatale a esordio precoce anche in Paesi ad alto reddito. Nei neonati, il rischio reale e percepito di infezioni da batteri resistenti ha portato a un uso eccessivo di antibiotici carbapenemici e a un aumento dei tassi di resistenza. I medici devono spesso ricorrere a farmaci di ultima istanza, che presentano effetti avversi più gravi rispetto ai farmaci empirici di prima linea e i cui effetti a lungo termine sui neonati sono in gran parte incerti.

Anche se le ICA possono essere contratte a qualsiasi età, gli anziani corrono un rischio rilevante a causa delle condizioni di salute e della permanenza prolungata in strutture sanitarie. Nonostante i miglioramenti nella prevenzione e nel controllo delle infezioni, i costi dei trattamenti continuano ad aumentare. L'AMR allunga i tempi di trattamento delle infezioni, richiede farmaci più costosi e mette a rischio la vita dei pazienti. La resistenza rappresenta anche un ostacolo alle cure chirurgiche, influenzando direttamente sugli esiti delle operazioni. L'evidenza suggerisce che alcuni interventi chirurgici in età avanzata sono considerati a rischio proprio per la possibilità di contrarre un'infezione incurabile. L'AMR compromette inoltre il trattamento delle malattie croniche lungo tutto il corso della vita, pregiudicando l'efficacia e il valore dei trapianti di organi, delle protesi articolari, della chemioterapia antitumorale e del trattamento delle malattie non trasmissibili. La gestione delle malattie non trasmissibili potrebbe risultare sub ottimale a causa dell'AMR: infatti, questa complica il trattamento delle malattie renali croniche, del diabete (a causa delle infezioni delle vie urinarie e delle vasculopatie), della broncopneumopatia cronica ostruttiva e della cirrosi epatica. I pazienti oncologici presentano un rischio particolarmente elevato di infezione e i trattamenti (dispositivi medici invasivi, interventi chirurgici, chemioterapia, radioterapia, immunoterapia) possono aumentare il rischio di infezione. L'uso di antibiotici per prevenire le infezioni nei pazienti oncologici può quindi selezionare agenti infettivi resistenti. I patogeni ESKAPE più resistenti (*Enterococcus faecium*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa* ed *Enterobacter spp*) sono frequentemente implicati nelle ICA in pazienti oncologici. Si stima una riduzione di un terzo dell'efficacia della profilassi antibiotica in interventi chirurgici e trattamenti oncologici.

I batteri resistenti vengono diffusi dall'uomo, dagli animali e dall'ambiente. Tali ceppi microbici possono radicarsi nelle strutture sanitarie, nella comunità e permeare le catene alimentari; se non vengono individuati rapidamente e bloccati con strategie di prevenzione e controllo delle infezioni, questi ceppi possono diffondersi in tutto il mondo (2). L'AMR minaccia la salute globale anche attraverso l'uso eccessivo di antibiotici negli allevamenti e la dispersione di antimicrobici e prodotti di degradazione dotati di attività antibatterica nell'ambiente con la selezione di ceppi resistenti e l'esposizione di popolazioni umane e animali al rischio di diffusione di infezioni non trattabili. L'AMR rappresenta quindi una sfida *One Health* che richiede sorveglianza e interventi in tutti i settori: umano, animale e ambientale. Secondo l'OMS, 178 Paesi hanno sviluppato piani nazionali di contrasto all'AMR nel 2023, ma solo un quarto di questi li sta effettivamente implementando e monitorando.

Dal 2016, l'Organizzazione Mondiale per la Salute Animale (World Organisation for Animal Health – WOAH) ha raccolto dati sulle vendite di antibiotici per il bestiame da oltre 150 paesi. Tra il 2016 e il 2018, ha segnalato un calo dell'uso di antimicrobici da 92.269 a 69.455 tonnellate a livello globale (in gran parte attribuibile alla Cina, dove il consumo è sceso da 44.186 a 29.774 tonnellate). Per il 2020, una stima indicava Cina, Brasile, India e Stati Uniti come i primi quattro Paesi utilizzatori. Dal 2017 al 2020, l'impiego è diminuito nei suini da 193 a 173 mg (unità corrette per la popolazione) e nel pollame da 68 a 35 mg. Le stime presuppongono che le dichiarazioni sui principi attivi riportate sulle etichette dei farmaci siano accurate, ma si presume che il 10% degli antimicrobici commercializzati nelle LMICs abbia una etichettatura poco accurata. Inoltre, gli antibiotici possono essere trasportati e conservati in modo errato, causando (soprattutto in climi caldi) una degradazione fisica e chimica che ne compromette la durata di conservazione e l'efficacia. L'etichettatura non corretta degli antimicrobici è comune quando la regolamentazione e il controllo delle catene di approvvigionamento sono deboli e il carico di infezioni (e quindi la domanda) è elevato. Oltre a confondere le stime di consumo, i farmaci

di qualità scadente potrebbero esacerbare la selezione di organismi resistenti, anche se utilizzati secondo la prescrizione, attraverso vari meccanismi. Gli antimicrobici di scarsa qualità compromettono anche la valutazione del raggiungimento degli obiettivi di contrasto alla resistenza. Nel complesso, a causa dell'inerzia e delle difficoltà di documentazione, a livello globale l'uso degli antimicrobici nella medicina veterinaria e in agricoltura è gravemente sottostimato.

Anche la crisi climatica è responsabile della diffusione di agenti patogeni emergenti o riemergenti, in grado di produrre nuovi meccanismi di resistenza (3). Entro il 2050 le persone esposte alle malattie trasmesse da vettori saliranno a 500 milioni; le infezioni tipiche dei climi tropicali trasmesse da vettori si stanno espandendo, anche nei mesi invernali, verso paesi esposti all'innalzamento delle temperature. Per quanto riguarda le patologie batteriche, un'indagine condotta negli Stati Uniti ha rilevato che a un incremento di 10°C nella media delle temperature minime corrisponde un aumento dell'AMR del 4,2% in *Escherichia coli* e del 2,2% in *Klebsiella pneumoniae* (4): questi dati sono stati confermati anche per i Paesi europei (5). Una volta che i meccanismi di difesa dei batteri si sono sviluppati, il trasferimento orizzontale di geni diventa un elemento chiave nell'evoluzione batterica. Tra le diverse modalità di propagazione dell'AMR, la coniugazione, che consente il passaggio di plasmidi attraverso i pili della superficie batterica, è sicuramente rilevante per il trasferimento di geni dell'AMR, come nel caso della diffusione di geni di beta-lattamasi a spettro esteso (ESBL). La temperatura ottimale facilita sia la coniugazione batterica, sia la trasformazione batterica, attraverso l'assunzione di materiale genetico liberato nell'ambiente circostante. La correlazione esistente tra temperatura dell'ambiente e AMR suggerisce che la diffusione delle specie resistenti possa essere potenziata dall'incremento delle temperature locali.

I viaggi internazionali svolgono un ruolo importante nella diffusione di microrganismi e fattori genetici di resistenza (6). Fatta eccezione per il rallentamento associato alla pandemia, i viaggi internazionali sono in costante aumento da decenni. Nel 2019 ci sono stati 1,46 miliardi di arrivi di turisti internazionali, con un aumento del 4% rispetto all'anno precedente. Questo aumento complessivo dei viaggi comprende un concomitante aumento dei viaggi verso e tra paesi con sistemi sanitari vulnerabili e infrastrutture sanitarie pubbliche inadeguate, valutati secondo uno specifico indice: *Fragile States Index* – FSI (7). Attualmente, l'84% della popolazione mondiale vive nei paesi qualificati come *Warning* o *Alert*. Il maggior incremento dei viaggi dal 2010 c'è stato proprio nei viaggi in arrivo e in partenza dai paesi *Alert*, con un aumento dei viaggi in uscita di oltre 300.000 passeggeri ogni anno. La diffusa presenza di sistemi sanitari vulnerabili potenzia i rischi di AMR associata ai viaggi. I paesi ad alto reddito risultano avere maggiori probabilità di essere destinatari di AMR provenienti da paesi a medio e basso reddito (8). Nel complesso risulta che l'acquisizione di enterobatteri produttori di beta lattamasi a spettro esteso (ESBL – *Extended-Spectrum Beta-Lactamase*) si verifica in circa il 30% dei viaggiatori. Studi più recenti hanno anche osservato l'acquisizione di enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) e resistenza alla colistina. Questi risultati suggeriscono una continua evoluzione dell'AMR e un aumento dei geni di resistenza circolanti, che possono essere facilmente acquisiti e trasmessi dai viaggiatori. Nei viaggi per scopo sanitario, il rischio di essere colonizzati da organismi multiresistenti risulta maggiore rispetto ai viaggi per altri motivi. L'AMR correlata a questi viaggi produce un rischio significativo che la resistenza possa essere introdotta in un sistema sanitario in cui prima era assente (9).

L'uso di antibiotici, la diarrea dei viaggiatori e la meta del viaggio sono stati frequentemente indicati come fattori di rischio indipendenti per l'acquisizione di microrganismi AMR nei viaggi internazionali.

La multiresistenza di *E. coli* risulta essere la resistenza più comunemente acquisita nei viaggi, tuttavia la presenza di resistenze differisce in base alla meta del viaggio: Sud-est asiatico, Asia meridionale e Nord Africa sono stati identificati come le destinazioni più rischiose per l'acquisizione di AMR. Molti viaggiatori internazionali diretti in regioni ad alto rischio non chiedono consigli di tipo sanitario prima della partenza, e quelli classificati come VFR (Visiting Friends and Relatives) sono ancora meno propensi di altri viaggiatori a farlo. La mancanza di consapevolezza del rischio, le barriere finanziarie all'assistenza prima del viaggio, l'accessibilità al vaccino contro il tifo, le barriere culturali e linguistiche e, spesso, la partenza con breve preavviso possono spiegare questo comportamento. Di conseguenza, sono necessari programmi educativi e di sensibilizzazione sulla salute dei viaggiatori, in particolare per i VFR. Rimangono molte lacune nella nostra comprensione dell'AMR associata ai viaggi. L'interruzione dell'assistenza sanitaria regolare dovuta a COVID-

19 potrebbe aver esacerbato le minacce della resistenza antimicrobica e ciò rende urgente un aumento degli sforzi per monitorare e combattere la resistenza antimicrobica in ogni parte del mondo.

Fabrizio Gemmi, coordinatore dell'Osservatorio per la qualità e l'equità, Agenzia Regionale di Sanità, Regione toscana

## Riferimenti

1. Russell NJ, Stöhr W, Plakkal N, Cook A, Berkley JA, Adhisivam B, Agarwal R, Ahmed NU, Balasegaram M, Ballot D, Bekker A, Berezin EN, Bilardi D, Boonkasidecha S, Carvalho CG, Chami N, Chaurasia S, Chiurchiu S, Colas VRF, Cousens S, Cressey TR, de Assis ACD, Dien TM, Ding Y, Dung NT, Dong H, Dramowski A, Ds M, Dudeja A, Feng J, Glupczynski Y, Goel S, Goossens H, Hao DTH, Khan MI, Huertas TM, Islam MS, Jarovsky D, Khavessian N, Khorana M, Kontou A, Kostyanov T, Laoyookhon P, Lochindarat S, Larsson M, Luca M, Malhotra-Kumar S, Mondal N, Mundhra N, Musoke P, Mussi-Pinhata MM, Nanavati R, Nakwa F, Nangia S, Nankunda J, Nardone A, Nyaoke B, Obiero CW, Owor M, Ping W, Preedisripipat K, Qazi S, Qi L, Ramdin T, Riddell A, Romani L, Roysuwan P, Saggars R, Roilides E, Saha SK, Sarafidis K, Tusubira V, Thomas R, Velaphi S, Vilken T, Wang X, Wang Y, Yang Y, Zunjie L, Ellis S, Bielicki JA, Walker AS, Heath PT, Sharland M. Patterns of antibiotic use, pathogens, and prediction of mortality in hospitalized neonates and young infants with sepsis: A global neonatal sepsis observational cohort study (NeoOBS). *PLoS Med.* 2023 Jun 8;20(6):e1004179. doi: 10.1371/journal.pmed.1004179. PMID: 37289666; PMCID: PMC10249878.
2. Okeke IN, de Kraker MEA, Van Boeckel TP, Kumar CK, Schmitt H, Gales AC, Bertagnolio S, Sharland M, Laxminarayan R. The scope of the antimicrobial resistance challenge. 2024 Jun 1;403(10442):2426-2438. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00876-6. Epub 2024 May 23.
3. Barnini S, Gemmi F. Antimicrobico resistenza e clima: a qualcuno piace caldo. In S. Forni, F. Gemmi (a cura di). L'antibiotico-resistenza e l'uso di antibiotici in Toscana nel 2023. Collana Documenti ARS Toscana, 2024; 122. ISSN stampa 1970-3244; ISSN on-line 1970-3252. [https://www.ars.toscana.it/images/pubblicazioni/Collana\\_ARS/2024/Documento\\_ATB-resistenza\\_2023xweb.pdf](https://www.ars.toscana.it/images/pubblicazioni/Collana_ARS/2024/Documento_ATB-resistenza_2023xweb.pdf)
4. MacFadden DR, McGough SF, Fisman D, Santillana M, Brownstein JS. Antibiotic Resistance Increases with Local Temperature. *Nat Clim Chang.* 2018 Jun;8(6):510-514. doi: 10.1038/s41558-018-0161-6
5. McGough SF, MacFadden DR, Hattab MW, Mølbak K, Santillana M. Rates of increase of antibiotic resistance and ambient temperature in Europe: a cross-national analysis of 28 countries between 2000 and 2016. *Euro Surveill.* 2020 Nov;25(45):1900414. doi: 10.2807/1560-7917
6. Gemmi F. Viaggi internazionali e antibiotico-resistenza. in Forni S, Gemmi F (a cura di). L'antibiotico-resistenza e l'uso di antibiotici in Toscana nel 2022. Collana Documenti ARS Toscana, 2023; 121. ISSN stampa 1970-3244; ISSN on-line 1970-3252. [https://www.ars.toscana.it/images/pubblicazioni/Collana\\_ARS/2023/Documento\\_ARS\\_121/Documento\\_ATB-resistenza\\_web\\_final.pdf](https://www.ars.toscana.it/images/pubblicazioni/Collana_ARS/2023/Documento_ARS_121/Documento_ATB-resistenza_web_final.pdf)
7. Tuite AR, Bhatia D, Moineddin R, Bogoch II, Watts AG, Khan K. Global trends in air travel: implications for connectivity and resilience to infectious disease threats. *J Travel Med.* 2020 Jul 14;27(4):taaa070. doi: 10.1093/jtm/taaa070. PMID: 32374834.
8. Bokhary H, Pangesti KNA, Rashid H, Abd El Ghany M, Hill-Cawthorne GA. Travel-Related Antimicrobial Resistance: A Systematic Review. *Trop Med Infect Dis.* 2021 Jan 16;6(1):11. doi: 10.3390/tropicalmed6010011. PMID: 33467065; PMCID: PMC7838817
9. Rogers B.A.; Aminzadeh, Z.; Hayashi, Y.; Paterson, D.L. Country-to-Country Transfer of Patients and the Risk of Multi-Resistant Bacterial Infection. *Clin. Infect. Dis.* 2011, 53, 49–56.

<https://www.saluteinternazionale.info/2025/06/antimicrobico-resistenza-seconda-parte/>

## Cos'è una preossigenazione adeguata?

[Nirvik Pal](#)<sup>a</sup> [nirvik.pal@vcuhealth.org](mailto:nirvik.pal@vcuhealth.org) · [Bryant W Tran](#)<sup>b</sup>

Nel loro articolo, Shane George e colleghi hanno dimostrato che l'uso di cannule nasali ad alto flusso (NHF) durante l'intubazione di emergenza non riduce l'incidenza di ipossiemia né migliora il tasso di successo dell'intubazione al primo tentativo nell'analisi primaria intention-to-treat nei bambini di età inferiore a 16 anni. [1](#)

Al contrario, uno studio simile sui neonati ha mostrato un beneficio delle cannule NHF. [2](#)

Inoltre, una meta-analisi di Pitre e colleghi [3](#) ha mostrato il vantaggio sia delle cannule NHF che della ventilazione non invasiva a pressione positiva (NIPPV) per la preossigenazione rispetto all'uso della maschera facciale.

Nello studio di George e colleghi, [1](#) il gruppo sperimentale ha ricevuto una cannula NHF dopo la preossigenazione, mentre il gruppo di controllo no.

I ricercatori non hanno monitorato né misurato l'adeguatezza della preossigenazione. È possibile che diversi pazienti in entrambi i gruppi non fossero adeguatamente preossigenati, introducendo un'eterogeneità involontaria al basale.

La preossigenazione comporta principalmente la deazotazione, ovvero la sostituzione dell'azoto (l'aria ambiente è composta per il 78% da azoto e per il 21% da ossigeno) nella capacità funzionale residua con concentrazioni più elevate di ossigeno.

La deazotazione completa si verifica quando l'aria espirata è priva di azoto. L'efficacia della preossigenazione si riferisce alla riduzione della frazione di azoto alveolare, all'aumento della frazione di concentrazione di ossigeno alveolare (FAO<sub>2</sub>) e all'aumento della tensione arteriosa di ossigeno.

Clinicamente, l'efficacia può essere misurata da una concentrazione di ossigeno di fine espirazione (ETO<sub>2</sub>) superiore al 90%. L'efficienza è calcolata in base alla durata dell'apnea senza desaturazione. [4,5](#)

La deazotogenazione più efficace dipende da una maschera aderente per evitare perdite, dal volume inspirato per evitare la rirespirazione e dalla durata o ventilazione minuto, in genere cinque emivite per una variazione esponenziale della FAO<sub>2</sub>. [5,6](#)

L'adeguatezza della preossigenazione e della deazotogenazione avrebbe potuto essere potenzialmente identificata utilizzando ETO<sub>2</sub> prima dell'induzione. In secondo luogo, la maggiore capacità residua funzionale negli adulti crea uno scenario in cui il tessuto polmonare beneficia maggiormente dell'erogazione di ossigeno forzata, rendendo metodi come la NIPPV o le cannule NHF più efficaci.

Infine, l'intero quadro clinico dovrebbe essere considerato quando si decide quale metodo di preossigenazione sia migliore.

Nei pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva grave, quelli senza stato di nil per os o quelli con uno stato mentale agitato, l'erogazione di ossigeno aggressiva potrebbe avere più rischi che benefici. L'ipossiemia transitoria non porta necessariamente a esiti a lungo termine peggiori, supponendo che l'intubazione abbia infine successo.

Le macchine per la ventilazione non invasiva a pressione positiva potrebbero essere disponibili solo in contesti con risorse elevate e potrebbero non essere accessibili nei paesi a basso reddito.

[https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(25\)00167-5/fulltext?dgcid=raven\\_jbs\\_aip\\_email](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(25)00167-5/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

# Implementation guidance on transitioning to midwifery models of care



# Contents

|                                                                                                                               |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Contents                                                                                                                      | v   |
| Acknowledgements                                                                                                              | vi  |
| 1. Introduction                                                                                                               | 1   |
| 1.1 What is the purpose                                                                                                       | 7   |
| 1.2 Who are the expected users?                                                                                               | 8   |
| 1.3 Exploring midwifery models of care of the implementation guidance                                                         | 9   |
| 1.3.1 Continuity of midwife care models                                                                                       | 13  |
| 1.3.2 Community-based midwifery models of care                                                                                | 15  |
| 1.3.3 Birth centres                                                                                                           | 17  |
| 1.3.4 Private midwifery models of care                                                                                        | 19  |
| 1.3.5 Midwifery models of care in humanitarian and crisis settings                                                            | 21  |
| 1.4 A flexible approach for transitioning to midwifery models of care                                                         | 23  |
| 2. Essential pillars for the transition to midwifery models of care                                                           | 27  |
| 2.1 Foster and secure political commitment and funding                                                                        | 31  |
| 2.2 Establish or strengthen governance                                                                                        | 32  |
| 2.3 Build partnerships                                                                                                        | 33  |
| 2.4 Ensure sustainability for the transition to midwifery models of care                                                      | 35  |
| 3. Strategic planning process                                                                                                 | 37  |
| Step 1 Conduct a situation analysis                                                                                           | 41  |
| Step 2 Design a strategic plan                                                                                                | 43  |
| Step 3 Develop an operational plan with a monitoring and evaluation framework                                                 | 44  |
| Step 4 Develop a financial plan and allocate resources                                                                        | 45  |
| 4. Transition areas for midwifery models of care                                                                              | 47  |
| 4.1 Women and community engagement                                                                                            | 49  |
| 4.2 Service delivery for maternal and newborn care                                                                            | 53  |
| 4.3 Interprofessional collaboration                                                                                           | 61  |
| 4.4 Midwifery leadership and research                                                                                         | 65  |
| 4.5 Policy and regulatory environment                                                                                         | 69  |
| 4.6 Education and continuous professional development                                                                         | 73  |
| 4.7 Health workforce strategies                                                                                               | 77  |
| 4.8 Supportive health system environment                                                                                      | 81  |
| 5. Transition framework assessment tool                                                                                       | 85  |
| 6. Transition stories                                                                                                         | 107 |
| 6.1 Transitioning to midwifery models of care in the absence of midwives: a story from Bangladesh                             | 111 |
| 6.2 Continuity of midwife care for survivors of sexual violence: a transition story from the Democratic Republic of the Congo | 119 |
| 6.3 From political commitment to large-scale change: transition to continuity of midwife care in England                      | 125 |
| 6.4 Introducing a continuity of midwife care model in Northern Ethiopia                                                       | 131 |
| 6.5 Transitioning to continuity of midwife care in a conflict-affected setting: story from the West Bank                      | 135 |
| References                                                                                                                    | 141 |
| Annex I                                                                                                                       | 147 |

## In Italia sempre meno figli, Blangiardo: «I nati stranieri non sono la soluzione al problema delle culle vuote»

*Intervista al professore emerito di Demografia presso l'Università Bicocca di Milano, già presidente dell'Istat. Oggi coloro che hanno almeno 90 anni sono 850 mila, tra 40 anni saranno due milioni. Pensioni e sanità li pagheranno un giorno i 370 mila bambini nati nel 2024*

**Alessandra Ricciardi**

«In Italia si fanno sempre meno figli, tutta colpa delle tre C», dice **Gian Carlo Blangiardo**, professore emerito di Demografia presso l'Università Bicocca di Milano, già presidente dell'Istat. E il contributo degli **immigrati**? «I nati stranieri non sono la magica soluzione al problema delle culle vuote», spiega Blangiardo, «erano 80 mila nel 2012, sono meno di 50 mila nel 2024». E pure sul fronte del contributo al sistema del **welfare**, che dovrà fare i conti con una popolazione sempre più vecchia, «oggi i residenti con almeno 90 anni sono circa 850 mila, tra quarant'anni saranno attorno a 2 milioni», l'immigrazione non può essere la soluzione. La politica delle porte aperte in Europa? «Era e resta un a follia. Pensare di compensare deficit di 1-2 milioni con surplus di 50 milioni annui significa non saper maneggiare i numeri. Alla fine, se si vuole governare nell'interesse di tutti -locali e immigrati-, i numeri vanno considerati per quel che sono».

**Il 2024 in Italia ha fatto registrare, dice l'Istat, il nuovo minimo storico della fecondità: solo 1,18 figli per donna, sotto il record storico del 1995, 1,19. Quali sono le cause: difficoltà di accesso al mercato del lavoro, disoccupazione giovanile, precarietà?**

Le cause sono diverse e interagiscono tra di loro. Si tratta di ostacoli di ordine pratico, come quelle che io chiamo “le tre C”: il Costo dei figli (anche in termini di tempo, non solo di denaro); le necessità della Cura (asili, doposcuola, vacanze estive, ecc.) e la Conciliazione tra genitorialità e lavoro, normalmente un problema “al femminile”. Si aggiunge poi una “quarta C” che è il Contesto culturale. Ossia la non percezione di un clima amichevole e collaborativo verso chi i figli li mette al mondo e, di fatto, rende un servizio anche a chi non ne fa. Perché non dimentichiamo che pensioni e sanità li pagheranno un giorno i 370 mila bambini nati nel 2024 anche a chi ha deciso che alimentare le nuove generazioni non è cosa che lo/la riguarda.

**Non vi è anche una componente sociale? Meglio senza figli che con?**

Più che sociale è “pratica”. È chiaro che i figli cambiano stagione della vita in una coppia. Ci sono impegni e responsabilità che a volte disturbano. Però nel bilancio vanno messe anche le poste attive, sia a livello affettivo sia come, una volta si diceva, “bastone della vecchiaia”.

**Quali sono gli effetti in termini di welfare?**

Il rapporto tra pensionati e attivi si altera a favore di primi e quindi le risorse per le pensioni sono a rischio. Da cui deriva lo spostamento in avanti dei confini del lavoro che si prospetta quasi come una esigenza di bilancio. Poi c'è la sanità, vero problema. Perché se è vero che fra un paio di decenni l'onda dei baby-boomers che entrano in età pensionistica si spegnerà, non sarà altrettanto per la massa di “grandi vecchi” che chiederanno prestazioni dignitose a un sistema sanitario già oggi in difficoltà. Solo un dato a futura memoria: oggi i residenti con almeno 90 anni sono circa 850 mila, tra quarant'anni saranno attorno a 2 milioni.

**E il contributo degli immigrati? Nel 2024, sempre secondo l'Istat, le cittadinanze agli stranieri sono aumentate, da 214 mila a 217 mila. Gli immigrati non fanno più figli degli italiani?**

L'immigrazione ha svolto e può svolgere un ruolo importante sia sul piano del contrasto alla denatalità, sia su quello dell'apporto di forza lavoro. Ma attenzione: i nati stranieri non sono la magica soluzione al problema delle culle vuote. Erano 80 mila nel 2012, sono meno di 50 mila nel 2024! E nel frattempo la popolazione straniera è cresciuta di un milione. La realtà è che il modello nostrano viene assimilato dalle coppie straniere. I loro problemi pratici -lavoro, reddito, casa, cura- sono spesso più pressanti che per gli italiani.

Quanto al contributo in termini di forza lavoro è indubbiamente un punto di forza dell'immigrazione, ma forse conviene curare anche qualche elemento della qualità del lavoro immigrato: inquadramento, regolarità, contribuzione, tanto per citarne qualcuno. È anche presente che il contributo degli stranieri, ad esempio al sistema previdenziale, è un prestito, non un regalo. Sono giovani, ma invecchieranno – e verosimilmente resteranno – tra noi.

**Luca Ricolfi denuncia come il contributo degli immigrati all'economia sia sopravvalutato, visto che si tratta di lavoro povero, pagato poco o sottopagato, e tendenzialmente soggetto ad essere nel breve tempo sostituito dalle tecnologie che usano l'IA, per esempio per il lavoro nei campi. Cosa ne pensa?**

Penso che abbia ragione. E abbia il merito di dire apertamente come stanno oggettivamente le cose. A volte c'è chi enfatizza alcuni aspetti dell'immigrazione, come se fosse necessario dimostrare che è un affare. È un contributo importante, ma ha anche i suoi limiti. In statistica ti insegnano che se aggiungi unità che hanno un valore inferiore alla media finisci con l'abbassare la media stessa. Quindi se a una popolazione con un reddito pro capite di 100 aggiungo unità con reddito di 80 abbasso inevitabilmente il benessere medio. Ora gli immigrati, non per colpa loro, ma si aggiungono alla popolazione con posizioni generalmente inferiori alla media – guardate i dati Istat sull'incidenza della povertà – quindi c'è poco da fare: abbassano la media del complesso della popolazione. Hanno un bel dire quelli che attribuiscono loro fette consistenti del PIL.

**Vi sono alcune realtà in cui nelle scuole ormai il 30% degli studenti è straniero. In termini di integrazione questo cosa comporta?**

Sono convinto che le nuove generazioni, se ben educate, imparano prima e meglio della mia che il mondo è abitato da "persone" che sono tali indipendentemente da come parlano e da come sono fatte. E sono altrettanto convinto che sia fondamentale un tipo di cultura dell'inclusione e del riconoscimento dei diritti che non necessita un "passaporto-targa" (che qualcuno ritiene sia necessario) per far sentire i bambini tutti uguali. Lo sono, lo devono essere per tutti. Innanzitutto proprio per quegli adulti che poi trasmettono i valori ai loro figli che si trovano a scuola col bambino cinese o nigeriano.

**Francia e Germania hanno pensato di poter governare l'immigrazione ma entrambe, con governi non di destra, hanno dovuto imbracciare politiche protezionistiche dei confini.**

Il fatto è che in Europa (EU-27, ndr) c'è oggi mezzo miliardo di persone, in Africa sub sahariana 1,4 miliardi, destinate a superare i 3 miliardi tra qualche decennio. Destra o sinistra non è questione di bandiera, ma di buon senso! Una volta un illustre collega, non demografo, mi diceva: «Sono vasi comunicanti, quello che manca da noi arriva da loro». Era e resta un'affollia. Pensare di compensare deficit di 1-2 milioni con surplus di 50 milioni annui significa non saper maneggiare i numeri. Alla fine, se si vuole governare nell'interesse di tutti -locali e immigrati-, i numeri vanno considerati per quel che sono.

[https://www.repubblica.it/economia/2025/06/14/news/italia\\_figli\\_vecchia\\_immigrati\\_cittadina\\_nza-424668929/?ref=-BH-IO-P-S5-T1](https://www.repubblica.it/economia/2025/06/14/news/italia_figli_vecchia_immigrati_cittadina_nza-424668929/?ref=-BH-IO-P-S5-T1)

## **What worked well in social protection during the COVID-19 pandemic?**

---

### **Cosa ha funzionato bene nella protezione sociale durante la pandemia di COVID-19?**

Questo documento di lavoro esamina alcuni degli impatti a breve e lungo termine della pandemia di COVID-19 sui mercati del lavoro nei paesi OCSE.

Esamina come i programmi di mantenimento del posto di lavoro, le indennità di disoccupazione, il sostegno al reddito per i lavoratori autonomi, nonché le indennità di malattia e la loro rapida espansione siano riusciti a proteggere i posti di lavoro e i redditi delle persone; e come i paesi siano riusciti a prevenire aumenti strutturali dell'inattività del mercato del lavoro, come indicato dall'evoluzione delle prestazioni di invalidità ricevute.

Il documento conferma il significativo successo complessivo nella risposta del mercato del lavoro alla pandemia nei paesi OCSE, il che contribuisce a spiegare perché la pandemia di COVID-19 sia scomparsa dal dibattito sul mercato del lavoro molto più rapidamente di quanto inizialmente previsto, nonostante uno shock senza precedenti per i mercati del lavoro e un forte calo delle ore di lavoro all'inizio della crisi.

Prevenire la disoccupazione di lunga durata e le assenze per malattia di lunga durata ha garantito posti di lavoro e redditi e ha impedito l'inattività.

|                                                                                                                                                          |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Disclaimers                                                                                                                                              | 2  |
| Abstract                                                                                                                                                 | 3  |
| Acknowledgements                                                                                                                                         | 4  |
| Introduction                                                                                                                                             | 8  |
| 1. How well did job retention schemes, unemployment benefits and income support for the self-employed protect jobs and incomes?                          | 9  |
| 1.1. The labour market impact of the COVID-19 crisis                                                                                                     | 9  |
| 1.2. Policies to protect jobs and incomes during the COVID-19 crisis                                                                                     | 14 |
| 2. Has the COVID-19 pandemic caused a structural increase in disability benefit claims and caseloads?                                                    | 27 |
| 2.1. Disability benefits are a good proxy for permanent labour market exit                                                                               | 27 |
| 2.2. OECD countries show large variation in disability benefit caseloads                                                                                 | 30 |
| 2.3. COVID-19 does not seem to have affected disability caseloads thus far                                                                               | 33 |
| 2.4. The pandemic affected different types of disability payments differently                                                                            | 35 |
| 2.5. Long-term unemployment and sickness absence increased temporarily                                                                                   | 38 |
| 2.6. The increase in long-term unemployment and sickness absence has not thus far translated into a measurable increase in new disability benefit claims | 45 |
| 2.7. Conclusions                                                                                                                                         | 48 |
| References                                                                                                                                               | 50 |
| <b>Figures</b>                                                                                                                                           |    |
| Figure 1.1. Fall in hours worked was largely attributable to working time reductions                                                                     | 11 |
| Figure 1.2. Unemployment was back at the pre-COVID-19 level in early 2022                                                                                | 13 |
| Figure 1.3. The interplay of job retention support and unemployment benefits across countries                                                            | 16 |
| Figure 1.4. Over half of all primarily self-employed workers received bridging rights support at the peak of the pandemic                                | 25 |
| Figure 2.1. The share of the population receiving disability benefit varies greatly across countries                                                     | 31 |
| Figure 2.2. The COVID-19 pandemic had limited impact on disability benefit caseloads                                                                     | 34 |
| Figure 2.3. Different types of disability payments followed different trends during the pandemic                                                         | 37 |
| Figure 2.4. The number of long-term unemployed increased one year into the COVID-19 pandemic                                                             | 39 |
| Figure 2.5. Sickness absence tended to peak two years into the COVID-19 pandemic                                                                         | 43 |
| Figure 2.6. Job retention schemes were critical initially but largely phased out by late-2021                                                            | 44 |

WHAT WORKED WELL IN SOCIAL PROTECTION DURING THE COVID-19 PANDEMIC? © OECD 2025

## Punti chiave.

La pandemia di COVID-19 ha avuto un impatto significativo sui lavoratori e sui mercati del lavoro in tutta l'OCSE. I paesi hanno reagito rapidamente per proteggere i lavoratori da parte dell'impatto della pandemia, ampliando le indennità di malattia, il sostegno al mantenimento del posto di lavoro, le indennità di disoccupazione e il sostegno ai lavoratori autonomi.

Nel complesso, la rapida espansione della protezione sociale ha avuto successo e la ripresa del mercato del lavoro è stata rapida, nonostante il calo iniziale dell'attività economica. I paesi sono anche riusciti a prevenire

aumenti strutturali dell'inattività del mercato del lavoro a medio termine, misurati attraverso gli effetti sulle richieste di indennità di invalidità e sul carico di lavoro.

Praticamente tutti i paesi OCSE hanno introdotto nuovi o ampliato programmi di mantenimento del posto di lavoro (JRS), ma il loro utilizzo è variato da paese a paese. I paesi europei hanno assorbito lo shock principalmente attraverso riduzioni sussidiate delle ore lavorate, mentre nei paesi che hanno fatto maggiore affidamento sulle estensioni dei sussidi di disoccupazione (UB), inclusi gli Stati Uniti e, in misura minore, il Canada, l'adeguamento è avvenuto principalmente attraverso la perdita di posti di lavoro.

- I programmi JRS sono stati efficaci nel proteggere i posti di lavoro, ma in alcuni paesi i programmi avrebbero potuto essere più convenienti. I paesi che disponevano di programmi preesistenti sono stati in grado di estenderli più facilmente.

- Anche le proroghe temporanee del sussidio di disoccupazione (UB) hanno avuto un discreto successo; gli effetti negativi sull'occupazione

dovuti alla riduzione degli sforzi nella ricerca di lavoro sono stati limitati, data la situazione eccezionale del mercato del lavoro e

la rapida ripresa.

- I dati suggeriscono che i programmi JRS potrebbero essere preferibili alle proroghe del sussidio di disoccupazione (UB) durante le recessioni profonde:

se ampie fasce dell'economia vengono colpite dallo stesso shock, il rischio che le aziende a bassa produttività vengano sostenute in modo inefficiente da questi programmi è minimo. Tuttavia, la differenza tra licenziamenti (temporanei) e congedi forzati potrebbe essere minima nei paesi con bassi costi di licenziamento.

- I lavoratori autonomi erano particolarmente vulnerabili. I paesi che già fornivano il sussidio di disoccupazione (UB) ai lavoratori autonomi sono stati in grado di consolidare rapidamente il sostegno, mentre altri hanno avuto difficoltà con la valutazione del reddito e non disponevano di un'infrastruttura di pagamento. Ciò ha portato a lacune nella copertura, ritardi nei pagamenti e

pagamenti in eccesso in alcuni casi. Di conseguenza, diversi paesi hanno deciso di estendere la copertura di protezione sociale dei lavoratori autonomi dopo la pandemia.

- L'impatto sul numero di casi di invalidità è stato minimo, almeno fino al 2024. Nella maggior parte dei paesi OCSE, le tendenze a lungo termine nel numero di casi di invalidità (con un calo in diversi casi) sono continuate per tutta la durata della pandemia. I casi di invalidità non contributiva hanno registrato un aumento nella maggior parte dei paesi durante la pandemia, ma anche questi cambiamenti sono stati una continuazione di sviluppi strutturali a lungo termine.

- La disoccupazione di lungo periodo è aumentata drasticamente durante la pandemia di COVID-19. Il numero di disoccupati di lungo periodo ha raggiunto il picco un anno dopo l'inizio della pandemia ed è gradualmente diminuito tornando ai livelli pre-pandemici nella maggior parte dei paesi. Tuttavia, poiché la disoccupazione di lungo periodo rimane elevata in alcuni paesi, è possibile che si verifichino ancora delle ricadute sulle prestazioni di invalidità.

- I tassi di assenza per malattia hanno registrato un aumento ritardato. Le assenze per malattia hanno raggiunto il picco circa due anni dopo l'inizio della pandemia e sono diminuite nella maggior parte dei Paesi, avvicinandosi ai livelli pre-pandemici entro la fine del 2023. Prima dell'aumento, la maggior parte dei Paesi ha registrato un calo dei livelli di assenza per malattia, probabilmente dovuto al crescente utilizzo del telelavoro e alla rapida espansione del JRS.

- L'aumento della disoccupazione di lunga durata e delle assenze per malattia non ha finora portato a un aumento misurabile dell'uscita dal mercato del lavoro, rappresentato dal numero di nuove richieste di indennità di invalidità. Alcuni Paesi hanno registrato un aumento temporaneo del numero di nuove richieste durante la pandemia, mentre altri non hanno registrato alcuna variazione o hanno addirittura registrato un lieve calo.

## Introduzione

Nei primi mesi del 2020, lo scoppio della pandemia di COVID-19 ha causato profondi sconvolgimenti nella vita e nei mezzi di sussistenza delle persone in tutta l'OCSE. Per contenere la pandemia, sono state implementate

restrizioni senza precedenti alle attività sociali ed economiche. Ciò ha avuto un profondo impatto sui mercati del lavoro ovunque, anche se la tipologia e la severità delle restrizioni variavano significativamente da paese a paese. Quando i dipendenti si sono ammalati, hanno ridotto l'orario di lavoro o hanno perso il reddito, i paesi hanno reagito rapidamente ampliando le indennità di malattia, il sostegno al mantenimento del posto di lavoro, le indennità di disoccupazione e il sostegno ai lavoratori autonomi, per proteggere la salute, il lavoro e il reddito delle persone. I programmi esistenti sono stati ampliati e rafforzati per ampliare la copertura, aumentare la generosità e ridurre l'onere per i datori di lavoro.

Questo documento di lavoro esamina alcuni degli impatti a breve e lungo termine del conseguente shock del mercato del lavoro, cercando di rispondere in particolare a due domande: in primo luogo, in che modo le misure di protezione sociale esistenti e la rapida espansione di alcune di queste misure, anche nei paesi con sistemi di protezione sociale più limitati, siano riuscite a proteggere il lavoro e il reddito delle persone. In secondo luogo, in che modo i paesi siano riusciti a prevenire aumenti strutturali dell'inattività del mercato del lavoro, misurati attraverso gli effetti sulle richieste di indennità di invalidità e sul carico di lavoro.

Il documento si concentra sulle prestazioni di sostituzione del reddito di "primo livello", in particolare sui Job Retention Schemes (JRS), sulle indennità di disoccupazione e sulle indennità di sostituzione del reddito per i lavoratori autonomi, nonché sulle indennità di malattia e di invalidità.

Misure di emergenza per coloro che non beneficiano di queste prestazioni, inclusi coloro che erano già disoccupati all'inizio della pandemia, coloro con una storia lavorativa insufficiente o i lavoratori informali.

Un documento correlato (Immervoll e Pastiner, 2025[1]) esamina le misure di emergenza nelle aree politiche delle prestazioni di sicurezza sociale.

Sembra che la pandemia di COVID-19 sia scomparsa dal dibattito sul mercato del lavoro molto più rapidamente di quanto inizialmente previsto.

Sebbene ciò sia in parte spiegato dal verificarsi di una serie di altre sfide economiche, come la crisi del costo della vita, questo documento conferma il significativo successo complessivo della risposta del mercato del lavoro alla pandemia di COVID-19. Il documento di lavoro è strutturato in due parti, che esaminano le risposte e le implicazioni immediate e più strutturali del mercato del lavoro.

La prima parte fornisce una panoramica generale dell'impatto della pandemia di COVID-19 sul mercato del lavoro (Sezione 1.1) e delle misure adottate dai governi dell'OCSE per compensare le perdite di reddito dei lavoratori (Sezione 1.2), anche attraverso i programmi di mantenimento del posto di lavoro (JRS, Sezione 1.2.1), le indennità di disoccupazione (UB, 1.2.2) e il sostegno al reddito per i lavoratori autonomi (Sezione 1.2.3). Si basa e aggiorna in parte le precedenti analisi dell'OCSE, attingendo ove possibile alle valutazioni d'impatto per valutare l'efficacia delle misure politiche adottate dai paesi.

La seconda parte analizza l'impatto

della pandemia di COVID-19 sulle richieste di indennità di invalidità e sul carico di lavoro, come indicatore dell'uscita definitiva dal mercato del lavoro. In primo luogo, riassume l'ampia variazione del carico di lavoro per le indennità di invalidità nei paesi OCSE

(Sezione 2.2), per poi analizzare l'effetto della pandemia sul carico di lavoro complessivo per le indennità di invalidità (Sezione 2.3), sui diversi tipi di indennità di invalidità (Sezione 2.4) e sulle nuove richieste di indennità di invalidità (Sezione 2.6), che nella maggior parte dei casi seguono un periodo di disoccupazione di lunga durata (Sezione 2.5.1) o di malattia di lunga durata (Sezione 2.5.2), concludendo con considerazioni per il futuro (Sezione 2.7).

## **Car-T pubbliche, tra accesso e sostenibilità: il modello spagnolo e la sfida italiana**

*La Spagna ne ha già approvate due nate in accademia e anche in Italia ci stanno provando. È davvero possibile democratizzare le terapie avanzate?*

**Michela Moretti**

L'Idibaps-Hospital Clínic di Barcellona è l'unico ospedale europeo ad aver sviluppato interamente due terapie Car-T accademiche approvate da un'autorità regolatoria (il regolatore spagnolo Aemps). Car-T sicure, più accessibili e più economiche rispetto a quelle oggi rese disponibili dall'industria farmaceutica.

La prima, Ari-0001, è indicata per la leucemia linfoblastica acuta a cellule B refrattaria o in recidiva, e ha già ottenuto la designazione Prime da Ema per un percorso di approvazione accelerato; percorso che per il momento riguarda solo la popolazione adulta, ma si sta lavorando per ottenere finanziamenti anche per la popolazione pediatrica.

La seconda, Ari-0002, è nata per curare il mieloma multiplo.

I pazienti trattati sono già 500, e ora ci si prepara a far sì che diversi cell factory pubbliche in Spagna possano produrre queste terapie potenzialmente salva vita.

Una strada percorribile anche nel nostro Paese? E che cosa ne pensano i colleghi italiani delle scelte fatte in Spagna?

### **Monza, Bergamo e Roma in prima linea**

Andrea Biondi, pediatra tra i principali esperti italiani di leucemia, è da pochi giorni rientrato dall'incontro con Aifa per una potenziale approvazione della terapia Car-T, prodotta nell'officina farmaceutica della Fondazione Tettamanti di Monza, e in quella dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo con l'ematologo Alessandro Rambaldi.

«Abbiamo presentato i risultati preclinici e clinici, di fase I e II della nostra Car-Cik», una terapia diversa dalle Car-T convenzionali, perché utilizza un vettore non virale e si basa su cellule allogeniche da donatore sano. In futuro, potrebbe derivare anche da sangue cordonale.

Due le indicazioni terapeutiche proposte ad Aifa: il trattamento della leucemia linfoblastica acuta recidivata post-trapianto per indicazioni non coperte dai prodotti autorizzati, nei casi in cui, ad esempio, la raccolta autologa non è praticabile o in alcune categorie di pazienti (es. con Hiv); e l'uso precoce post-trapianto, in pazienti ad alto rischio di ricaduta con segnali molecolari precoci, per intervenire prima della progressione conclamata.

### **Il nodo produzione e sostenibilità**

Secondo Biondi, si tratta di una strategia scalabile e accessibile che può coprire bisogni clinici non soddisfatti e rappresentare un ambito di innovazione per la ricerca pubblica: «il vero ruolo dell'accademia è esplorare ciò che l'industria non affronta, sperimentare le Car-T in indicazioni non coperte e in strategie d'uso alternative. L'accademia ha il dovere di farlo».

Il modello spagnolo, secondo il pediatra, è replicabile, «ma bisogna mantenere ben distinto il ruolo della ricerca accademica dallo sviluppo di un prodotto commerciale».

L'altra grande officina di Car-T in Italia è all'Ospedale Bambin Gesù, dove il team di Franco Locatelli sta lavorando per fare approvare dall'Ema la sua innovativa Car-T per il neuroblastoma, il tumore solido extracranico più frequente dell'età pediatrica (di recente sono stati pubblicati risultati positivi dello studio con la versione allogenica della Car-T).

La terapia ha ottenuto la designazione Prime dal regolatore, la prima volta per un prodotto Car-T contro i tumori solidi sviluppato in ambito accademico. Ma al Bambino Gesù, come a Monza, si è sperimentata, fin dal 2018, anche la Car-T contro la leucemia linfoblastica acuta a cellule B, la forma di leucemia più frequente nei bambini.

[https://www.ilsole24ore.com/art/car-t-pubbliche-accesso-e-sostenibilita-modello-spagnolo-e-sfida-italiana-AHhkelHB?cmpid=nl\\_sanita24](https://www.ilsole24ore.com/art/car-t-pubbliche-accesso-e-sostenibilita-modello-spagnolo-e-sfida-italiana-AHhkelHB?cmpid=nl_sanita24)

## **Malattie tropicali neglette. Un mld di persone colpite e i tagli agli aiuti pubblici mettono a rischio i progressi. Allarme Oms**

*Il recente ritiro dei finanziamenti da parte degli Stati Uniti ai progetti mette a repentaglio il successo di 19 anni di investimenti nello sforzo globale per eliminarle. Interrotta anche la ricerca fondamentale per convalidare nuovi trattamenti, diagnosi e piattaforme di sorveglianza per garantire che queste malattie non rappresentino più una minaccia*

### **05 GIU -**

Le malattie tropicali neglette (DTN) sono un gruppo eterogeneo di patologie che colpiscono ancora 1 miliardo di persone, principalmente popolazioni vulnerabili nelle regioni meno servite del mondo. Ciononostante, sono prevenibili, curabili e possono essere eliminate. A maggio 2025, 56 paesi avevano eliminato con successo almeno una DTN, dimostrando progressi significativi verso l'obiettivo globale dell'OMS di raggiungere l'eliminazione in 100 paesi entro il 2030.

Questo progresso duramente conquistato è ora a rischio. Lo smantellamento dell'aiuto pubblico allo sviluppo (APS) per la salute globale, e in particolare per i programmi sulle malattie tropicali neglette, minaccia di bloccare o addirittura annullare i progressi e di avere un impatto negativo sulla vita delle comunità vulnerabili.

### **Minaccia ai guadagni di NTD**

Il recente ritiro dei finanziamenti da parte degli Stati Uniti ai progetti sulle malattie tropicali nefaste mette a repentaglio il successo di 19 anni di investimenti nello sforzo globale per eliminare le malattie tropicali nefaste.

I primi rapporti condivisi con l'Organizzazione Mondiale della Sanità indicano che l'impatto immediato del ritiro dei finanziamenti ha ritardato 47 campagne in cui era giustificato un trattamento di massa per liberare 143 milioni di persone dal peso delle MTN.

Nel 2020, gli Stati membri dell'Oms hanno fissato obiettivi per il 2030 approvando la [Roadmap per le malattie tropicali neglette 2021-2030](#) attraverso la decisione dell'Assemblea Mondiale della Sanità WHA73(33). La mancata realizzazione delle campagne pianificate e delle indagini di impatto nel 2025 rinverrà il raggiungimento degli obiettivi in almeno altri 10 Paesi. I bruschi tagli hanno anche interrotto la ricerca fondamentale per convalidare nuovi trattamenti, diagnosi e piattaforme di sorveglianza per garantire che queste malattie non rappresentino più una minaccia a livello globale.

Il 10 aprile 2025, [l'Oms ha emesso un avviso](#) sull'impatto causato dalle improvvise sospensioni e riduzioni dell'Aiuto Pubblico allo Sviluppo (APS) per la salute, indicando che interruzioni dei servizi sanitari erano state segnalate da oltre il 70% degli uffici nazionali intervistati e che i programmi per le malattie non trasmissibili (NTD) erano tra i più gravemente colpiti. In alcuni contesti, la natura e l'entità delle interruzioni dei servizi sono paragonabili a quelle osservate durante i periodi di picco della pandemia di Covid-19.

La grave carenza di medicinali e prodotti sanitari sta lasciando un terzo dei Paesi che hanno risposto all'emergenza senza beni essenziali per i principali servizi sanitari. Allo stesso tempo, la sospensione dei finanziamenti ha causato perdite di posti di lavoro tra gli operatori sanitari e assistenziali in oltre la metà di questi Paesi.

Inoltre, se non si garantiranno urgentemente meccanismi alternativi per l'erogazione dei servizi, sospensioni e riduzioni dell'ASP per la salute potrebbero portare alla scadenza di oltre 55 milioni di compresse per le malattie non trasmissibili (NTD) entro la fine del 2025, nella sola Africa. In risposta a ciò, i paesi stanno lavorando per individuare opportunità locali per sostenere le attività terapeutiche, tra cui campagne integrate nell'ambito di iniziative sanitarie più ampie e la mobilitazione delle risorse nazionali per proteggere la salute delle persone, prevenire lo spreco di farmaci e sostenere i progressi.

### **Incredibili successi passati a rischio**

Negli ultimi due decenni, il governo degli Stati Uniti d'America, attraverso USAID, ha sostenuto la distribuzione di 3,3 miliardi di trattamenti a oltre 1,7 miliardi di persone in 26 paesi, debellando le infezioni, bloccando la trasmissione e riducendo l'incidenza di filariosi linfatica, oncocercosi (cecità fluviale), schistosomiasi,

elmintiasi trasmesse dal suolo (infezioni da vermi intestinali) e tracoma in diverse aree. Questo sostegno cumulativo di 1,4 miliardi di dollari ha contribuito in modo significativo ai risultati di salute pubblica e ha permesso a 14 paesi (Bangladesh, Benin, Cambogia, Colombia, Ecuador, Ghana, Guatemala, Repubblica Democratica Popolare del Laos, Mali, Messico, Nepal, Niger, Togo e Vietnam) di raggiungere l'eliminazione di almeno una MTN.

I programmi per le MTN hanno continuato a produrre risultati impressionanti nonostante le difficili sfide: solo nel 2023, oltre 860 milioni di persone hanno ricevuto trattamenti per le MTN tramite somministrazione massiva di farmaci o gestione individuale dei casi; e tra gennaio 2023 e maggio 2025, 17 Paesi sono stati ufficialmente riconosciuti dall'OMS per aver eliminato una MTN. Oggi, l'interruzione della distribuzione dei farmaci e il licenziamento degli operatori sanitari in prima linea minacciano di invertire questo progresso, sollevando serie preoccupazioni sulla recrudescenza delle MTN nelle regioni più colpite.

### **Sfide di finanziamento e implicazioni per le malattie tropicali necrotizzate**

Il ritiro dei finanziamenti degli Stati Uniti ai programmi per le malattie senili non trasmissibili non è un evento isolato. Negli ultimi anni si è assistito a una de-prioritizzazione degli investimenti finanziari a sostegno delle malattie senili non trasmissibili, che si è accelerata durante gli anni della pandemia di COVID-19. Ad esempio, nel 2021, un altro attore chiave, il governo del Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del Nord, ha concluso la sua iniziativa di punta per le malattie senili non trasmissibili, il programma Ascend. Ciononostante, [recenti impegni](#), come quelli assunti nel dicembre 2023 durante il Forum "Reaching the Last Mile" (RLM), avevano alimentato la speranza di invertire questa tendenza.

La riduzione dei finanziamenti mette a dura prova i programmi per le malattie trasmesse dalle MTN in un momento in cui sono chiamati ad affrontare sfide senza precedenti, tra cui l'impatto del cambiamento climatico sulle malattie trasmesse da vettori. In particolare, l'Oms ha dichiarato la dengue un'emergenza di grado 3 nel 2024, quando sono stati segnalati oltre 14 milioni di casi e 10.000 decessi in 107 paesi. L'attuale rischio globale di dengue è valutato elevato e la malattia rimane una minaccia per la salute globale, mentre la mancanza di risorse continua a ostacolare gli sforzi di prevenzione e controllo e la malattia si è diffusa in nuove aree e paesi negli ultimi anni.

[https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo\\_id=130079](https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=130079)

### **Rivelata la genetica del “long Covid”**

*Allo studio internazionale hanno contribuito l'Università degli Studi di Milano, l'Università di Siena, e l'Istituto di tecnologie biomediche del Cnr, grazie alla partecipazione degli studi Fondazione COVID-19 Genomic e GEN-COVID.*

Un ampio studio genetico internazionale, pubblicato sulla rivista [Nature Genetics](#), ha identificato nuove varianti genetiche associate al rischio di sviluppare il “long Covid”, una condizione debilitante che colpisce milioni di persone nel mondo anche mesi dopo la guarigione dall'infezione acuta da SARS-CoV-2, caratterizzata da sintomi come stanchezza cronica, difficoltà cognitive e respiratorie e dolore muscolare.

Questo importante risultato è il frutto di un'eccezionale collaborazione scientifica a livello globale, che ha coinvolto 24 istituti di ricerca e ospedali internazionali, in 16 nazioni in tutto il mondo. Il progetto è stato guidato dall'Institute for Molecular Medicine Finland (FIMM) di Helsinki e dal prestigioso Karolinska Institutet (Stoccolma, Svezia).

L'Italia ha dato un contributo significativo grazie alla partecipazione della Fondazione COVID-19 Genomic Study, della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano e GEN-COVID, un consorzio formato da più di 40 ospedali italiani, guidato dalla Prof.ssa Alessandra Renieri dell'Università degli Studi di Siena e Azienda ospedaliero-universitaria Senese, con il cofinanziamento di PNRR THE -Tuscany Health Ecosystem spoke n 7 e Bando di ricerca COVID-19 Regione Toscana. **In particolare, i dati dei due studi sono stati analizzati grazie alla collaborazione rispettivamente del Prof. Luca Valenti, dell'Università degli Studi di Milano, e delle ricercatrici Francesca Colombo e Francesca Minnai dell'Istituto di tecnologie biomediche del Consiglio nazionale delle ricerche (Cnr-Iitb).**

Lo studio di associazione sull'intero genoma (GWAS), che ha analizzato i dati genetici di 6.450 pazienti con "long Covid" e oltre un milione di individui senza questa sintomatologia, come controlli, ha individuato un locus genetico, ovvero uno specifico punto nel genoma, sul cromosoma 6, in prossimità del gene FOXP4, già noto in letteratura per il suo ruolo nelle infezioni respiratorie e nella risposta immunitaria. Questo risultato è stato validato su altri 9.500 pazienti e oltre 700.000 controlli. **Questo locus risulta essere positivamente associato alla predisposizione a sviluppare sintomi caratteristici del "long Covid", con un rischio di sviluppare tale patologia aumentato di quasi il 60% nei soggetti che hanno nel proprio DNA la variante genetica identificata nello studio.** *"La ricerca fornisce un'evidenza concreta di come la genetica individuale possa influenzare la suscettibilità al "long Covid" affermano dal team. "Questo permetterà di identificare le persone a rischio, ma non solo, sarà anche utile per migliorare la pratica clinica nella cura di questa sintomatologia".*

*"La Statale ha contribuito all'identificazione dei determinanti genetici del long COVID analizzando i dati dello studio FOGS (Fondazione Genomic Study), frutto di uno sforzo comune del Centro Risorse Biologiche del Policlinico di Milano di cui sono responsabile, dei gruppi clinici e del centro trasfusionale che hanno in cura i partecipanti della direzione scientifica con il supporto epidemiologico dei ricercatori dell'Istituto Mario Negri"* afferma **Luca Valenti** dell'Università degli Studi di Milano.

Il "long Covid" rappresenta una sfida crescente per i sistemi sanitari. **Secondo l'OMS, circa il 10-20% delle persone infette da COVID-19 sviluppa sintomi a lungo termine.** Finora le cause alla base della condizione erano in gran parte sconosciute; **questa ricerca fornisce un primo significativo passo avanti verso la comprensione e il trattamento del fenomeno.**

Questo studio, infine, rappresenta **un ottimo esempio di come la collaborazione internazionale sia essenziale** per ottenere risultati solidi e di grande rilevanza per la salute dei pazienti, soprattutto in studi genetici di questo tipo, che sono fondamentali per identificare fattori di rischio individuale ad alcune patologie complesse e per comprenderne i meccanismi molecolari che ne stanno alla base ma molto spesso non sono noti.

<https://lastatalenews.unimi.it/rivelata-genetica-long-covid>

## nature genetics

### Studio di associazione genomica del COVID lungo

[Vilma Lammi](#) , [Tomoko Nakanishi](#) , [Samuele E. Jones](#) e altri

#### Astratto

Le infezioni possono portare a sintomi e malattie persistenti come l'herpes zoster dopo la varicella zoster o la febbre reumatica dopo infezioni streptococciche.

Analogamente, l'infezione da coronavirus 2 della sindrome respiratoria acuta grave (SARS-CoV-2) può provocare la malattia da coronavirus lungo (COVID), che si manifesta tipicamente con affaticamento, sintomi polmonari e disfunzione cognitiva. I meccanismi biologici alla base del COVID lungo rimangono poco chiari.

Abbiamo condotto uno studio di associazione genomica per il COVID lungo, includendo fino a 6.450 casi di COVID lungo e 1.093.995 controlli della popolazione provenienti da 24 studi in 16 paesi.

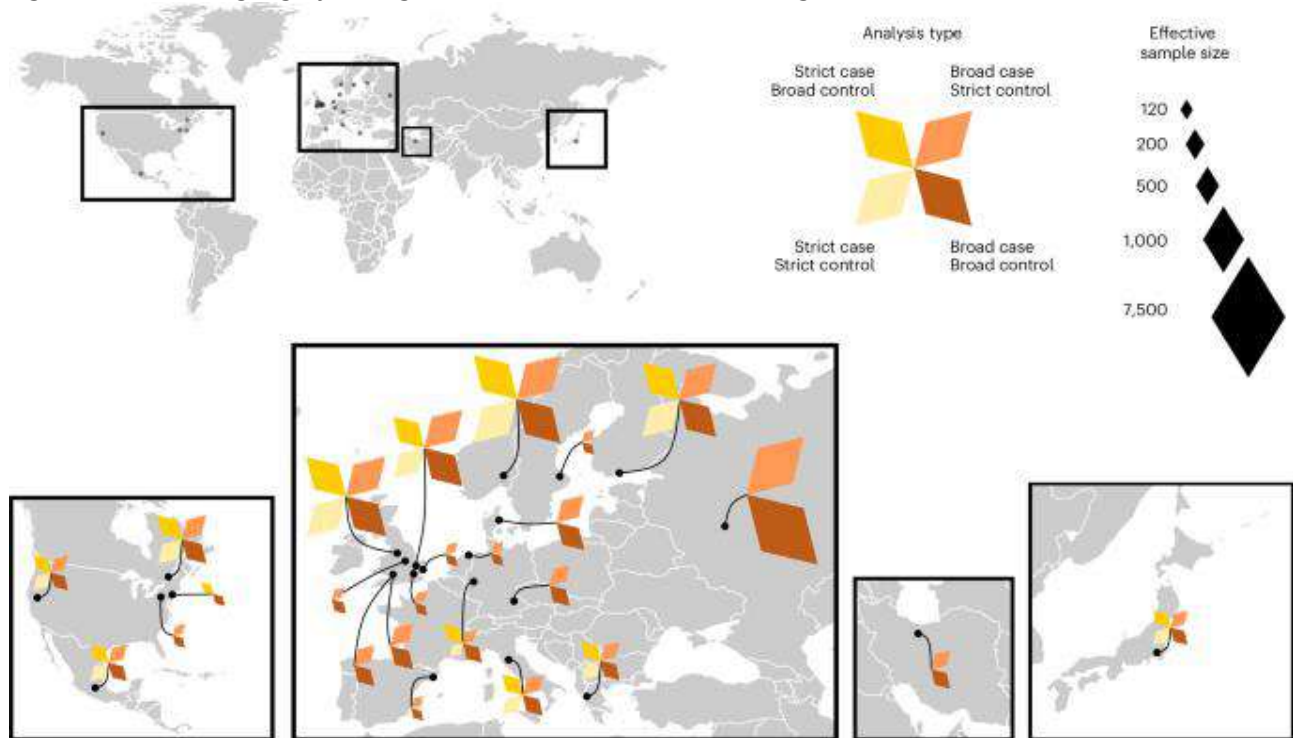
Abbiamo scoperto un'associazione di *FOXP4* con il COVID lungo, indipendente dalla sua associazione precedentemente identificata con il COVID-19 grave. Il segnale è stato replicato in 9.500 casi di COVID lungo e 798.835 controlli della popolazione.

Dato il ruolo del fattore di trascrizione FOXP4 nella fisiologia e patologia polmonare, i nostri risultati evidenziano l'importanza della funzionalità polmonare nella fisiopatologia del COVID lungo.

## Principale

La pandemia di malattia da coronavirus 2019 (COVID-19) ha portato al riconoscimento di una nuova condizione nota come sequele postacute di COVID-19 (PASC), condizione post-COVID-19 o COVID lungo. La definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità include qualsiasi sintomo che si presenti in genere entro tre mesi dal COVID-19 e persista per almeno due mesi [1](#). I sintomi comuni includono affaticamento, disfunzione polmonare, dolore muscolare e toracico, disautonomia e disturbi cognitivi [2](#) [3](#) [4](#) [5](#) [6](#).

Fig. 1: Panoramica geografica degli studi che contribuiscono al Long COVID HGI.



L'incidenza del COVID lungo varia ampiamente, con stime negli individui infetti da sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2 (SARS-CoV-2) che vanno dal 10% al 70% [7](#). Il COVID lungo è più comune negli individui che sono stati ricoverati in ospedale o trattati in terapia intensiva a causa di COVID-19 (rif. [7](#) [8](#)). Tuttavia, il COVID lungo può verificarsi anche in soggetti con sintomi di COVID-19 inizialmente lievi [9](#). Inoltre, diversi meccanismi possono contribuire al COVID lungo, tra cui alterazioni del sistema della serotonina che possono essere correlate a cambiamenti cognitivi [10](#), meccanismi mitocondriali all'affaticamento [11](#) e meccanismi che coinvolgono il complemento e l'attivazione piastrinica alla malattia vascolare osservata nei pazienti con COVID lungo [12](#).

La COVID-19 Host Genetics Initiative (COVID-19 HGI) è stata lanciata per studiare la genetica dell'ospite nella suscettibilità al COVID-19, nell'ospedalizzazione e nelle malattie critiche [13](#) [14](#) [15](#) [16](#). Questi risultati implicano percorsi canonici coinvolti nell'ingresso del virus, nella difesa delle vie aeree mucose e nella risposta all'interferone di tipo I [15](#) [16](#) [17](#) [18](#).

Per chiarire i meccanismi biologici alla base del COVID lungo, abbiamo condotto uno studio di associazione genomica (GWAS) e la replicazione in 33 coorti in 19 paesi, per un totale di 15.950 individui con COVID lungo e 1.892.830 controlli (Fig. [1](#)).

I 24 studi che hanno contribuito al congelamento dei dati 4 del Long COVID HGI sono serviti come coorti di scoperta per le meta-analisi GWAS. Ogni colore rappresenta una meta-analisi con definizioni specifiche di caso e controllo. Definizione di caso rigorosa, COVID lungo dopo infezione da SARS-CoV-2 verificata tramite test; definizione di caso ampia, COVID lungo dopo qualsiasi infezione da SARS-CoV-2; definizione di controllo rigorosa, individui che avevano contratto SARS-CoV-2 ma non avevano sviluppato COVID lungo; definizione di controllo ampia, controllo della popolazione, ovvero tutti gli individui in ogni studio che non soddisfacevano i criteri per COVID lungo.

Le dimensioni effettive del campione sono indicate dalla dimensione di ciascun rombo e dalle sedi di raccolta dei campioni in (da sinistra a destra) Nord America, Europa, Medio Oriente e Asia. Per dimensioni del campione più dettagliate, vedere la Tabella supplementare [11](#).

....

## Discussione

In questo studio, abbiamo mirato a comprendere i fattori genetici dell'ospite che contribuiscono al COVID lungo, utilizzando dati provenienti da 24 studi in 16 paesi e replicando in coorti indipendenti. La nostra analisi ha identificato varianti genetiche all'interno del locus *FOXP4* come fattore di rischio per il COVID lungo. Il gene *FOXP4* è espresso nel polmone e le varianti genetiche associate al COVID lungo sono anche associate all'espressione differenziale di *FOXP4* e al cancro al polmone e alla gravità del COVID-19. Inoltre, utilizzando la risonanza magnetica (MR), abbiamo caratterizzato la gravità del COVID-19 come fattore di rischio causale per il COVID lungo. Nel complesso, i nostri risultati forniscono evidenze genomiche coerenti con precedenti rapporti epidemiologici e clinici sul COVID lungo, indicando che il COVID lungo, analogamente ad altre condizioni postvirali, è un'entità patologica eterogenea in cui probabilmente sia le singole varianti genetiche che i fattori di rischio ambientali contribuiscono al rischio di malattia.

La nostra analisi ha rivelato una correlazione tra gli endpoint polmonari e quelli a lungo termine del COVID attraverso varianti individuali di *FOXP4*, un gene che codifica un fattore di trascrizione precedentemente associato al cancro polmonare e alla gravità del COVID-19 [24](#), e analisi di risonanza magnetica che identifica il fumo e la gravità del COVID-19 come fattori di rischio. Inoltre, l'analisi dell'espressione polmonare e l'analisi del sequenziamento di singole cellule specifiche per tipo cellulare hanno mostrato l'espressione di *FOXP4* sia nelle cellule alveolari che nelle cellule immunitarie del polmone.

*FOXP4* appartiene alla sottofamiglia P dei geni della famiglia dei fattori di trascrizione forkhead box ed è espresso in vari tessuti, tra cui polmoni e intestino [45](#), [46](#). Inoltre, è altamente espresso nelle cellule mucosecarnenti dello stomaco e dell'intestino [47](#), così come nelle cellule B naive, nelle cellule natural killer e nelle cellule T<sub>reg</sub> della memoria [48](#), ed è necessario per la normale funzione di memoria delle cellule T dopo un'infezione [49](#). *FOXP1* / *FOXP2* / *FOXP4* sono inoltre necessari per promuovere lo sviluppo dell'endoderma polmonare reprimendo l'espressione dei fattori di trascrizione non polmonari [50](#), e la perdita di *FOXP1* / *FOXP4* influisce negativamente sulla rigenerazione epiteliale delle vie aeree [51](#). Inoltre, *FOXP4* è stato implicato nella fibrosi delle vie aeree [52](#) e nella promozione della crescita e dell'invasione del cancro al polmone [53](#). Abbiamo scoperto che le varianti associate al COVID lungo sono associate anche al cancro al polmone nella Biobank Japan [32](#). Queste osservazioni, insieme al presente studio, potrebbero suggerire che la correlazione tra *FOXP4* e COVID-19 lungo possa essere radicata sia nella funzionalità polmonare che nell'immunologia. Inoltre, l'espressione di *FOXP4* sia nelle cellule alveolari che in quelle immunitarie del polmone, e l'associazione con COVID-19 grave e malattie polmonari come il cancro, suggeriscono che *FOXP4* possa partecipare alle risposte immunitarie locali nel polmone.

La nostra analisi funzionale ha ulteriormente implicato *FOXP4* come fattore di rischio per COVID lungo, indipendentemente dallo stato genotipico della variante di rischio qui identificata. I livelli di espressione di *FOXP4* erano più elevati negli individui con COVID lungo rispetto ai controlli. Inoltre, abbiamo osservato un effetto coerente delle varianti di rischio di *FOXP4* tra le diverse ascendenze. Inoltre, avere ascendenze multiple ci ha permesso di mappare con precisione una probabile variante causale in [rs9381074](#), il che è stato ulteriormente supportato dai dati di metilazione funzionale e di espressione.

Abbiamo anche scoperto una relazione causale tra l'infezione da SARS-CoV-2 e il COVID lungo, come previsto, e un ulteriore rischio causale tra COVID-19 grave che richiede trattamento ospedaliero e COVID lungo. Questa scoperta è in accordo con precedenti osservazioni epidemiologiche [8](#), [37](#), [38](#), [39](#). La relazione tra la gravità del COVID-19 e il COVID lungo solleva un quesito interessante: quando l'infezione da SARS-CoV-2 è necessaria sia per il COVID-19 che per il COVID-19 grave, tutte le varianti genetiche che aumentano la suscettibilità o la gravità del COVID-19 sono fattori di rischio ugualmente grandi per il COVID lungo? Nel presente studio, abbiamo mirato a rispondere a questo quesito esaminando le dimensioni dell'effetto delle varianti tra suscettibilità all'infezione da SARS-CoV-2, gravità del COVID-19 e COVID lungo utilizzando analisi stratificate e aggiustate e mediante modelli bayesiani. Tra i loci di suscettibilità noti per SARS-CoV-2, *ABO* e 3p21.31 avevano un'alta probabilità di contribuire anche al COVID lungo. Inoltre, le varianti di *FOXP4* hanno avuto dimensioni dell'effetto più elevate per il COVID lungo rispetto a quanto previsto in base alle altre varianti di gravità, suggerendo un ruolo indipendente di *FOXP4* per il COVID lungo che non è stato osservato tra le altre varianti di gravità del COVID-19. Tale osservazione offre indizi sui meccanismi biologici, come l'influenza di *FOXP4* sulla funzionalità polmonare e sull'immunità, che a loro volta contribuiscono allo sviluppo del COVID lungo. Nel complesso, il nostro studio chiarisce i fattori di rischio genetici per il COVID lungo, la relazione tra COVID lungo e COVID-19 grave e, infine, i possibili meccanismi con cui *FOXP4* contribuisce al rischio di COVID lungo.

Inoltre, mentre diverse linee di evidenza dall'associazione GWAS originale, dalla replicazione, dalle analisi stratificate all'analisi bayesiana e dalla significatività delle singole varianti suggeriscono che *FOXP4* contribuisce al COVID lungo in modo più forte del previsto, il meccanismo che *FOXP4* associa al COVID lungo potrebbe essere lo stesso meccanismo che contribuisce alla gravità del COVID-19. Studi futuri e iterazioni di questo lavoro probabilmente aumenteranno il numero di varianti genetiche osservate e chiariranno ulteriormente i meccanismi biologici alla base del COVID lungo. Avvertiamo inoltre che la predisposizione genetica al COVID lungo potrebbe dipendere dalla variazione di SARS-CoV-2 e dallo stato vaccinale e che gran parte dei nostri dati è stata raccolta prima dell'ondata di omicron e della vaccinazione diffusa (Tabella supplementare [12](#)), il che potrebbe avere un impatto sulle associazioni genetiche.

Il contributo dei fattori genetici ai fenotipi del COVID-19 è intrigante. Poiché l'ereditarietà in generale è definita come la proporzione di variazione fenotipica attribuibile a differenze genetiche all'interno di un ambiente specifico, in un mondo ipotetico in cui ogni fattore ambientale fosse simile, l'ereditarietà si avvicinerebbe teoricamente al 100%. Tuttavia, poiché l'ereditarietà nelle infezioni può essere influenzata dall'esposizione, dal ceppo virale, dai profilattici, da un'immunità precoce, ad esempio attraverso gli sforzi di vaccinazione, o da differenze nei criteri diagnostici, nella segnalazione o nelle raccomandazioni locali, la stima dell'ereditarietà richiede campioni relativamente ampi per stime precise. Analogamente, l'ereditarietà in studi precedenti sui fenotipi del COVID-19 era inizialmente inferiore all'1% per la suscettibilità, la gravità e la malattia critica del COVID-19, anche con oltre 46.000 casi di COVID-19 e 2 milioni di controlli [6](#). Tuttavia, tutti i tratti del COVID-19 hanno mostrato solide correlazioni genetiche con i noti fattori di rischio epidemiologici del COVID-19. Nel nostro studio, osserviamo analogamente una bassa ereditarietà con il COVID lungo, il che rappresenta un limite dello studio attuale. Ciononostante, la stima fornisce uno strumento per comprendere le correlazioni tra tratti e probabilmente diventerà più precisa con campioni più ampi.

Riconosciamo che la sintomatologia del COVID lungo è variabile e include, oltre ai sintomi polmonari, anche altri domini sintomatici come affaticamento e disfunzione cognitiva [7](#), [37](#), [54](#). Inoltre, gli effetti a lungo termine del COVID-19 sono ancora in fase di studio e sono necessarie ulteriori ricerche per comprendere appieno l'entità del danno a lungo termine causato da SARS-CoV-2 e dalla malattia COVID lungo. Riconosciamo anche che la diagnosi di COVID lungo è ancora in evoluzione. Ciononostante, il nostro studio fornisce prove genetiche dirette che la fisiopatologia polmonare può avere un ruolo fondamentale nello sviluppo del COVID lungo.

<https://www.nature.com/articles/s41588-025-02100-w>

## Il consorzio del genoma dell'ASEAN: promuovere una medicina di precisione equa attraverso la solidarietà regionale

[Teguh Haryo Sasongko](#)<sup>1</sup>, [Gunadi](#)<sup>2</sup>, [Boon Peng Hoh](#)<sup>3</sup>, [Jusaku Minari](#)<sup>4</sup>, [Shih Wee Seow](#)<sup>5</sup>, [Vorasuk Shotelersuk](#)<sup>6</sup>

Il Sud-est asiatico, che ospita quasi 700 milioni di persone e oltre 1000 gruppi etnici in diverse aree geografiche continentali e arcipelagiche, ospita una ricca diversità genetica che rimane notevolmente sottorappresentata nei database genomici globali e nei riferimenti pangenomici.

Eppure, la regione si trova sull'orlo di una rivoluzione nella medicina di precisione. Sebbene paesi come Indonesia, [Malesia](#), [Singapore](#), [Vietnam](#) e Thailandia abbiano [avviato](#) iniziative sul genoma, queste operano in gran parte in modo indipendente, sia all'interno che all'esterno dei confini nazionali. La ricerca genomica e le iniziative di medicina di precisione nell'ASEAN rimangono eterogenee in termini di sviluppo, finanziamenti e priorità nazionali.

In qualità di ricercatori impegnati in iniziative nazionali sul genoma in tutta l'ASEAN, chiediamo una collaborazione regionale per migliorare la capacità delle risorse umane, creare infrastrutture condivise, allineare gli standard di governance dei dati e coordinare gli investimenti per promuovere un accesso equo alla medicina genomica: il Consorzio ASEAN per il Genoma. Sebbene il Consorzio sia in questa fase una proposta, trae ispirazione dal crescente slancio della regione, segnato dalle recenti iniziative nazionali sul genoma. Sosteniamo la necessità del suo sviluppo attraverso sforzi collaborativi che coinvolgano programmi nazionali sul genoma, ministeri della salute, istituti di ricerca e organismi di coordinamento regionale come il Segretariato ASEAN.

Questa lettera è rivolta a un vasto pubblico di responsabili delle politiche sanitarie regionali, leader di iniziative sul genoma, ricercatori in sanità pubblica, bioeticisti e organizzazioni internazionali impegnate nella genomica equa. Come passo concreto, il nostro obiettivo è quello di stimolare il dialogo, invitare alla collaborazione e catalizzare un approccio coordinato alla medicina di precisione nel Sud-est asiatico per massimizzare il valore delle risorse limitate e promuovere set di dati inclusivi e rappresentativi a supporto delle applicazioni cliniche.

L'obiettivo principale del Consorzio è promuovere una medicina di precisione equa nel Sud-est asiatico, facilitando un approccio alla genomica coordinato, inclusivo e contestualizzato. I suoi termini di riferimento includono la definizione di standard di dati interoperabili, la condivisione selettiva di dati e campioni biologici, la ricerca e l'armonizzazione ELSI, lo sviluppo congiunto di punteggi di rischio poligenico (PRS), la creazione di personale e la condivisione di strategie di coinvolgimento pubblico.

Senza una piattaforma di questo tipo, i programmi isolati frammenteranno il progresso, ostacolando la condivisione dei dati, l'interoperabilità dei sistemi, l'elaborazione delle politiche e l'accesso alle applicazioni cliniche della medicina di precisione, adattate alle esigenze dell'ASEAN. Ciò significa un divario di accesso più ampio tra le comunità ASEAN.

Gli insegnamenti tratti dalle iniziative globali offrono indicazioni utili ma contestualmente distinte. L'ASEAN deve tracciare il proprio percorso, basandosi sulle realtà e sui punti di forza locali. I quadri normativi armonizzati devono riflettere i valori dell'ASEAN di rispetto reciproco, inclusività e prosperità condivisa.

Proponiamo un modello di collaborazione pragmatico e graduale che rispetti la sovranità nazionale e la riservatezza dei dati. Un modello ad accesso aperto potrebbe non essere fattibile in questa fase, ma la condivisione selettiva e basata su criteri di dati genomici e clinici anonimizzati rappresenta un punto di partenza realistico. Gli Stati membri potrebbero iniziare con iniziative in aree ad alto impatto come tumori, malattie rare o screening neonatale, che presentino una chiara utilità clinica e il potenziale per protocolli condivisi, nel rispetto di garanzie etiche definite. Ciò integrerebbe la governance guidata dall'ASEAN, l'equità regionale e i principi ELSI sensibili al contesto, con lo sviluppo congiunto di PRS su misura per le popolazioni dell'ASEAN che fungerebbe da dimostrazione precoce e di grande impatto del valore clinico.

Sebbene focalizzato a livello regionale, il consorzio ASEAN Genome può offrire un modello scalabile ad altre alleanze regionali dei paesi a basso e medio reddito (LMIC) per creare infrastrutture genomiche sensibili al

contesto, eticamente fondate e inclusive, contribuendo a una medicina di precisione più rappresentativa a livello globale.

Il proposto ASEAN Genome Consortium dovrebbe essere un partenariato a livello regionale che traduca la ricerca genomica in benefici clinici e sociali tangibili attraverso la medicina di precisione. Colma una lacuna critica nell'attuale agenda sanitaria dell'ASEAN, [6](#) allineando la leadership scientifica alle priorità politiche. Inoltre, consente all'ASEAN di collaborare in modo significativo a iniziative globali, come l'Asian Pangenome Consortium, integrato dal supporto catalizzatore del nuovo Programma di Genomica [dell'OMS.7](#)

[https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065\(25\)00148-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(25)00148-8/fulltext)

THE LANCET *Regional Health*  
Europe

## La salute sul lavoro nell'era del cambiamento climatico e della transizione verde: un invito alla ricerca

[Michelle C. Turner](#), [Xavier Basagaña](#)<sup>a, b, c</sup>, [Maria Albin](#)<sup>d</sup>, [Karin Broberg](#)<sup>d, e</sup>, [Alex Burdorf](#)<sup>f</sup>, [Kim R. van Daalen](#)<sup>g, h</sup>, et al. [Mostra altro](#)

### Riepilogo

Il lavoro e le condizioni di lavoro sono determinanti sociali fondamentali della salute. Il cambiamento climatico rappresenta una minaccia urgente e crescente per la salute dei lavoratori, sia attraverso l'esposizione diretta ai rischi ambientali sia attraverso l'aggravamento indiretto delle disuguaglianze sociali e sanitarie. La salute sul lavoro, che si concentra sulla promozione della salute mentale e fisica e del benessere dei lavoratori, è un'area chiave ma spesso trascurata in questo contesto. La ricerca sull'intersezione tra cambiamento climatico e salute sul lavoro rimane limitata. Allo stesso tempo, gli sforzi di mitigazione e adattamento ai cambiamenti climatici stanno guidando rapide trasformazioni nei luoghi di lavoro, compresi i passaggi verso modelli di sostenibilità ed economia circolare. Queste transizioni stanno creando nuovi rischi professionali, anche nei settori delle energie rinnovabili e dell'economia circolare. Sosteniamo la necessità di maggiori investimenti nella ricerca e nella sorveglianza sulla salute sul lavoro per affrontare gli impatti in continua evoluzione sia del cambiamento climatico che della transizione verde, al fine di promuovere e proteggere meglio la salute e i diritti dei lavoratori.

### Introduzione

Il lavoro e le condizioni di lavoro sono determinanti sociali fondamentali della salute, e il cambiamento climatico è una sfida in rapida crescita che ha un impatto senza precedenti sulla salute mentale e fisica dei lavoratori. <sup>1</sup> A livello globale, il 2024 è stato l'anno più caldo mai registrato, con temperature di circa 1,55 °C superiori ai livelli preindustriali. <sup>2,3</sup> Tuttavia, la ricerca sul cambiamento climatico e sulla salute sul lavoro è attualmente limitata, si concentra principalmente sull'esposizione al calore e rappresenta solo una piccola frazione della letteratura disponibile. <sup>4</sup>

Come conseguenza degli sforzi di mitigazione e adattamento ai cambiamenti climatici, si stanno verificando enormi trasformazioni nei luoghi di lavoro. <sup>5</sup> Le economie si stanno rapidamente trasformando verso la sostenibilità, implementando nuove pratiche lavorative, soluzioni di economia circolare e ampliando il lavoro in lavori verdi, con conseguenti nuove esposizioni e circostanze sul posto di lavoro. I rischi professionali emergenti possono essere chiaramente identificati per alcune parti della transizione verso le energie

rinnovabili e per i settori dell'economia circolare. Tuttavia, la ricerca su questi effetti è relativamente scarsa. Il campo della salute sul lavoro si concentra sulla promozione della salute mentale e fisica e del benessere dei lavoratori. I lavoratori hanno diritti umani alla salute; a un ambiente pulito, sano e sostenibile; e a un ambiente di lavoro sicuro e salubre; tuttavia, i lavoratori sono spesso tra i primi e i più esposti ai pericoli. <sup>1,6,7</sup>

Dopo una breve panoramica, descriviamo specifiche lacune conoscitive epidemiologiche emergenti e le esigenze di ricerca in settori professionali di interesse selezionati, importanti ma poco studiati, rilevanti per il cambiamento climatico (lavoro d'urgenza nella lotta antincendio), l'economia verde (energie rinnovabili e produzione di turbine eoliche, gestione e riciclaggio dei rifiuti) e la transizione verso pratiche di lavoro più sostenibili (assistenza sanitaria, trasporti e mobilità). Cerchiamo di dimostrare che quest'area non ha ricevuto sufficiente attenzione. Vi sono anche implicazioni per i sistemi ufficiali di monitoraggio dei lavoratori, che devono reagire per acquisire nuovi indicatori di dati sanitari e climatici. <sup>8,9</sup>

### **Panoramica sul cambiamento climatico e la transizione verde per la salute dei lavoratori**

Il cambiamento climatico può influire sui lavoratori attraverso una maggiore esposizione a una serie di pericoli tra cui calore, condizioni meteorologiche estreme, inquinamento atmosferico esterno, siccità, incendi boschivi, allergeni, malattie trasmesse da vettori e le loro esposizioni combinate. <sup>2,6,10-12</sup> Ci sono circa 2,41 miliardi di lavoratori esposti al calore eccessivo, che rappresentano il 70% della popolazione attiva. <sup>6</sup> Le tendenze dell'esposizione al calore eccessivo negli ultimi due decenni in Europa e Asia centrale sono aumentate del 17,3%, quasi il doppio della media globale. <sup>2,12</sup> In tutto il mondo si verificano ogni anno un totale di 18.970 decessi correlati al calore sul lavoro e 22,85 milioni di infortuni. <sup>6,12</sup> Ci sono anche impatti negativi del calore sul lavoro su prestazioni e produttività, <sup>8</sup> salute mentale e risultati psicosociali. <sup>12</sup> C'è una sostanziale gravità del rischio di stress da calore tra i lavoratori all'aperto nell'Europa meridionale, che aumenta fino a raggiungere una gravità critica entro la metà o la fine del secolo. <sup>2</sup>

I lavoratori più colpiti dal cambiamento climatico in genere includono coloro che svolgono occupazioni all'aperto come nell'edilizia, nell'agricoltura, nella pesca, nella silvicoltura, nei servizi antincendio e di emergenza, nei trasporti e nel turismo. <sup>6,10,12,13</sup> I lavoratori sono prevalentemente maschi giovani, spesso lavoratori autonomi con lavori stagionali e di basso status socioeconomico. <sup>13</sup> Anche i lavoratori al chiuso con fonti di calore locali o in condizioni climatiche non controllate sono colpiti. <sup>10</sup> I paesi a basso e medio reddito (LMIC) hanno contribuito meno alle emissioni di gas serra (GHG) e sono spesso i più colpiti negativamente. <sup>11</sup> Gli impatti indiretti dei cambiamenti climatici, tra cui l'interruzione del lavoro e lo spostamento, sono di vasta portata e incidono sui percorsi di vita dei lavoratori e delle loro famiglie. Si prevede un aumento della disoccupazione dovuto ai cambiamenti climatici, in particolare tra gli uomini e nei paesi a medio reddito, <sup>14</sup> così come un aumento delle migrazioni indotte dal clima.<sup>15</sup> Potrebbero verificarsi anche casi di cattivo adattamento con conseguenze indesiderate.<sup>11,13</sup>

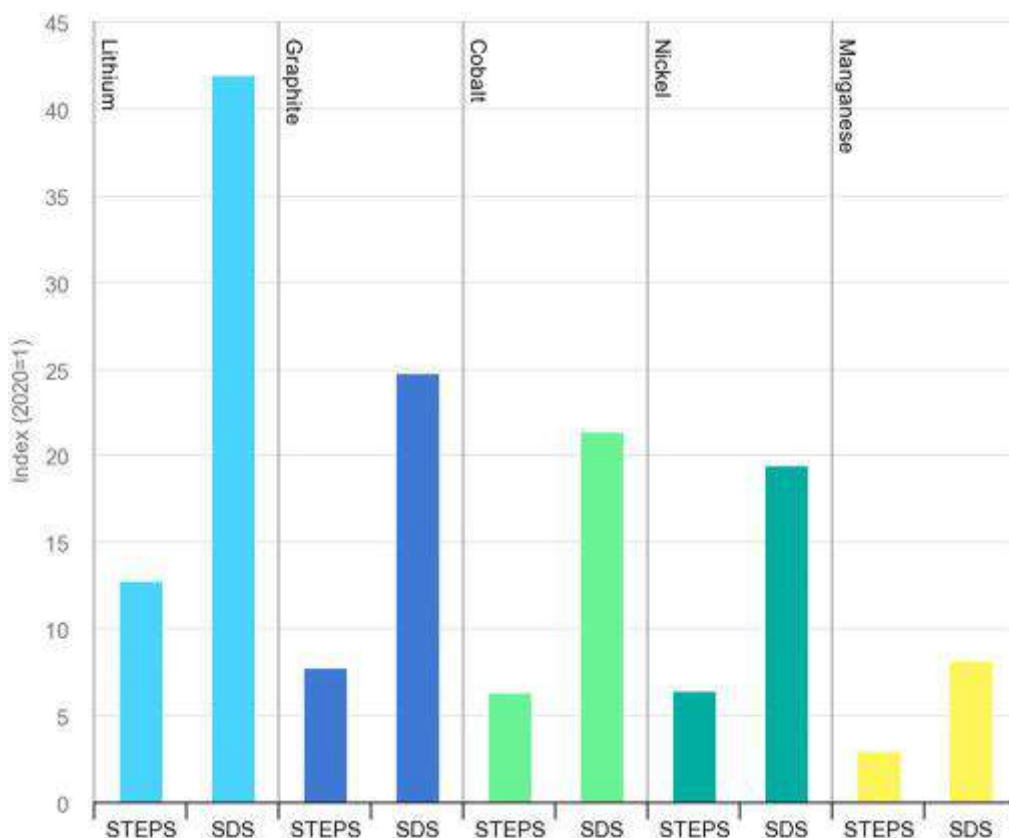
Le politiche di mitigazione dei cambiamenti climatici devono essere rapide. <sup>16</sup> Esse includono l'eliminazione graduale dei combustibili fossili e la contemporanea introduzione delle energie rinnovabili. Il Green Deal europeo mira a trasformare l'economia, dissociando la crescita dall'uso delle risorse per diventare il primo continente a impatto climatico zero, come impegno vincolante. <sup>17</sup> Prevede una serie di attività ambiziose che coprono tutti i settori rilevanti dell'economia, tra cui lo sfruttamento di soluzioni a basse emissioni di carbonio e a basso inquinamento, l'implementazione di nuove tecnologie nella produzione, distribuzione e utilizzo finale dell'energia, il trasporto pulito e l'adattamento delle attività industriali e dei modelli di consumo a un'economia circolare, tra gli altri.

Nel 2022, la produzione di energia (elettricità, gas, vapore, aria condizionata) ha rappresentato il 26% delle emissioni di gas serra in Europa e l'1% dell'occupazione. <sup>13</sup> La decarbonizzazione della generazione di energia elettrica ha avuto il maggiore impatto in termini di intensità di mitigazione del carbonio tra gli interventi in qualsiasi settore. <sup>16</sup> Le fonti di energia rinnovabile, tuttavia, rappresentano solo il 24,5% del consumo energetico totale. <sup>18</sup> I livelli medi di emissioni di gas serra per lavoratore nell'UE sono diminuiti dal 2010 e sono attualmente al loro valore più basso. <sup>13</sup> Tuttavia, il ritmo della decarbonizzazione rimane inadeguato, con l'Europa che si stima raggiungerà la neutralità climatica entro il 2100, ben oltre l'obiettivo del 2050. <sup>17,19</sup> Si prevede che il 40% dei lavoratori nell'UE sarà interessato dalla transizione verde. <sup>13</sup> Stanno emergendo nuove professioni e occupazioni esistenti che richiedono competenze avanzate; altre professioni saranno eliminate.

Molte attività che contribuiscono alle emissioni di gas serra comportano anche gravi rischi professionali (ad esempio, l'estrazione/combustione del carbone). Più recentemente, la benzina per autotrazione è stata classificata come cancerogena per l'uomo di Gruppo 1 dall'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC), causando cancro alla vescica e leucemia mieloide acuta, con aumenti costanti dell'incidenza del cancro osservati in studi occupazionali su addetti alle stazioni di servizio e addetti alla distribuzione di benzina e in studi che valutano l'esposizione alla benzina.<sup>20</sup> La sostituzione dei lavori pericolosi dovrebbe essere chiaramente sostenuta.

A livello globale, si prevede che la transizione energetica verde creerà 24 milioni di posti di lavoro entro il 2030 e ne eliminerà quattro milioni legati ai combustibili fossili e, parallelamente, l'economia circolare creerà 77 milioni di posti di lavoro, causando 71 milioni di licenziamenti.<sup>21</sup>

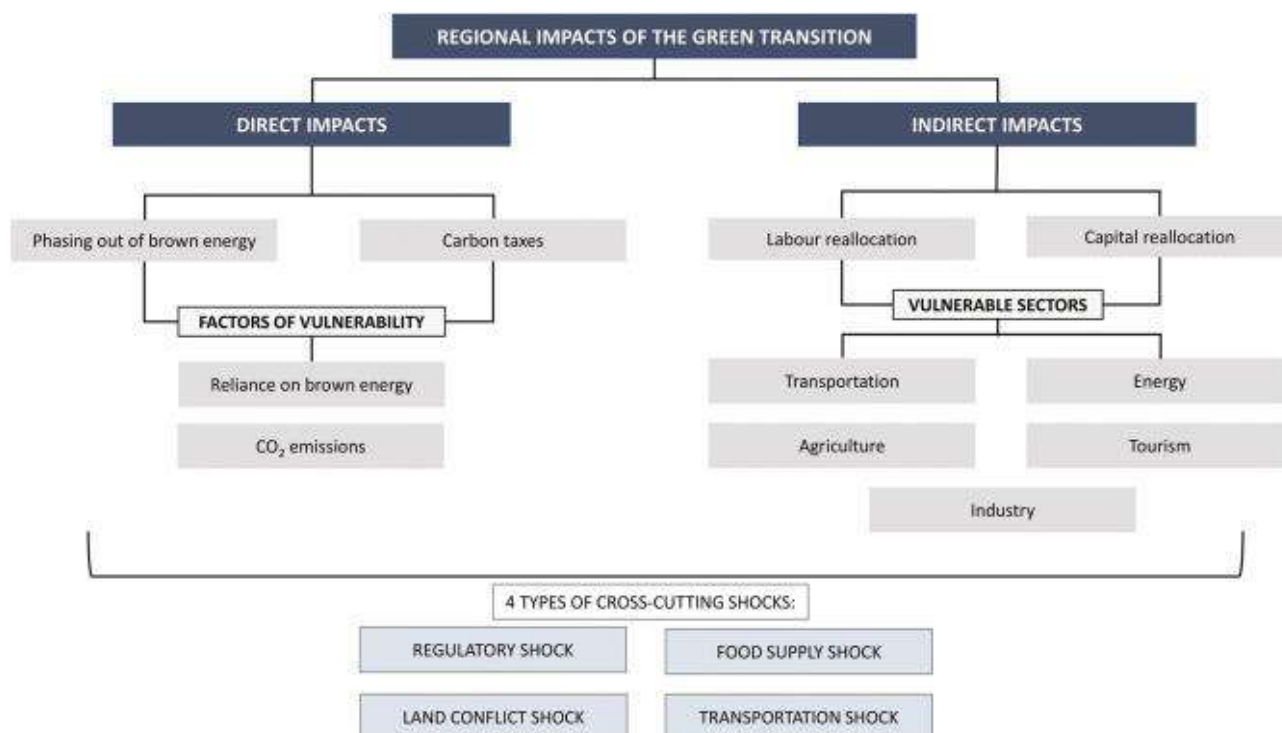
Sebbene la transizione verde ridurrà o eliminerà molte esposizioni pericolose come co-beneficio, introdurrà anche nuovi pericoli, nonché la diffusione di materie prime tossiche critiche (ad esempio, litio, cobalto, nichel; Fig. 1) in nuovi settori.<sup>22</sup> La transizione richiederà lo sviluppo di nuovi materiali per catalizzatori, batterie, la sostituzione delle materie plastiche e altre applicazioni emergenti. I potenziali rischi sono poco studiati. Potrebbe verificarsi il ricircolo di materiali da costruzione con sostanze tossiche note (ad esempio, silice cristallina respirabile, amianto, bifenili policlorurati), soprattutto nelle piccole e medie imprese.<sup>23</sup>



**Fig. 1 Crescita della domanda di minerali selezionati per le batterie provenienti da tecnologie energetiche pulite nel 2040 rispetto ai livelli del 2020 per scenario (STEPS, Scenario delle politiche dichiarate; SDS, Scenario di sviluppo sostenibile) (Licenza: CC BY 4.0).<sup>22</sup>**

Gli scenari previsionali evidenziano diverse sfide.<sup>24</sup> Lo scenario migliore prevede il raggiungimento di un'economia completamente circolare in cui i lavori pericolosi e inquinanti siano scomparsi e l'aggiornamento e la riqualificazione abbiano permesso ai lavoratori di occupare nuovi posti di lavoro sicuri. Lo scenario peggiore descrive una transizione stagnante tra crisi economiche e ambientali e accresciute tensioni sociali. Alternative intermedie includono il raggiungimento di un'economia circolare/a emissioni zero, ma a scapito della sicurezza dei lavoratori o dell'aumento dei divari regionali. Potrebbero esserci malcontento ambientale e differenze regionali in termini di opportunità e minacce per quanto riguarda i cambiamenti nella geografia

del lavoro e della ricchezza ( [Fig. 2](#) ).<sup>25</sup> Le transizioni occupazionali potrebbero esacerbare le persistenti disuguaglianze di genere.<sup>5,6</sup>



**Fig. 2 Rappresentazione schematica del quadro teorico per l'identificazione e la valutazione degli impatti regionali della transizione verde (Licenza: CC BY 4.0).**<sup>25</sup>

I ricercatori in medicina del lavoro possono sostenere la transizione verde come cambiamento necessario, promuovendo al contempo la ricerca sui rischi associati. Aree come la transizione energetica, la gestione dei rifiuti e l'economia circolare sono state in genere poco studiate in termini di salute.<sup>26</sup> Per i nuovi lavori verdi, si presume spesso che saranno di qualità superiore, sebbene esistano poche prove a riguardo. La ricerca occupazionale è rilevante per la popolazione generale. Per quanto riguarda i cancerogeni, gli studi occupazionali hanno portato all'identificazione di rischi presenti anche, a livelli generalmente inferiori, nell'ambiente generale e alla ricerca di soluzioni.<sup>27</sup> Lo stesso può accadere per la ricerca sui cambiamenti climatici e sull'economia verde.

### Lacune di conoscenza e necessità di ricerca tra settori specifici

#### Lavoro di emergenza nella lotta antincendio

Gli operatori dei servizi di emergenza sono colpiti dall'aumento della frequenza e dell'intensità di eventi meteorologici estremi, tra cui incendi boschivi nelle aree temperate con insediamenti urbani che si espandono nelle aree selvagge.<sup>28</sup> L'aumento degli incendi boschivi ha un impatto sui vigili del fuoco. Ci sono più di 15 milioni di vigili del fuoco a livello globale,<sup>29</sup> sebbene esistano lacune nei dati sul numero di vigili del fuoco che intervengono per gli incendi boschivi. Tra i vigili del fuoco comunali negli Stati Uniti, l'86% è coinvolto nella risposta agli incendi boschivi.<sup>30</sup> Il numero di vigili del fuoco volontari spesso supera quello dei vigili del fuoco retribuiti.

I vigili del fuoco sono esposti a molti rischi potenziali, tra cui prodotti della combustione derivanti da incendi [ad esempio idrocarburi policiclici aromatici, ammine aromatiche, aldeidi, particolato (PM), inquinanti organici persistenti, metalli pesanti], materiali da costruzione (ad esempio amianto, silice, ritardanti di fiamma), composti perfluorurati, rumore e calore eccessivi.<sup>31</sup> Le condizioni di lavoro includono lunghe ore di lavoro, turni di notte e richieste fisiche ed emotive.

Gli incendi boschivi comportano la combustione di materiale organico.<sup>32</sup> A causa dell'invasione degli insediamenti nelle aree selvagge, i vigili del fuoco che operano all'interfaccia tra aree selvagge e urbane

possono essere esposti a livelli comuni a entrambi gli ambienti. Le concentrazioni di PM <2,5 µm di diametro sono state in media comprese tra 0,25 e 1,0 mg/m<sup>3</sup> tra i vigili del fuoco che operano in aree selvagge.<sup>31</sup> I vigili del fuoco che operano in aree selvagge o all'interfaccia tra aree selvagge e urbane sono spesso volontari con poche risorse per proteggersi da esposizioni nocive.<sup>31</sup> Possono avere lunghi turni di lavoro e un accesso limitato a una decontaminazione efficace.<sup>31</sup> In genere non indossano protezioni respiratorie e gli indumenti spesso offrono una protezione minima.<sup>33</sup> Anche i lavoratori all'aperto sono esposti al fumo degli incendi boschivi. Esistono alcune normative per proteggere i lavoratori all'aperto dall'esposizione al fumo degli incendi boschivi.<sup>33</sup>

L'esposizione professionale come vigile del fuoco è stata recentemente classificata come "cancerogena per l'uomo" (Gruppo 1 IARC).<sup>31</sup> Vi erano prove "sufficienti" di cancerogenicità per il mesotelioma e il cancro alla vescica e prove "limitate" per il melanoma cutaneo, il linfoma non-Hodgkin e i tumori del colon, della prostata e dei testicoli. Vi erano forti prove meccanicistiche basate su cinque "caratteristiche chiave dei cancerogeni" (KCC) tra i vigili del fuoco: genotossicità, alterazioni epigenetiche, stress ossidativo, infiammazione cronica e modulazione degli effetti mediati dai recettori. Questi effetti possono essere rilevanti anche per altre malattie croniche, ad esempio respiratorie e cardiovascolari.<sup>33</sup> Sebbene pochi studi abbiano valutato il rischio di cancro in popolazioni con un'elevata percentuale di vigili del fuoco boschivi, molti degli studi sulle KCC sono stati condotti tra vigili del fuoco boschivi, con risultati simili a quelli dei vigili del fuoco municipali.

Le principali lacune informative rilevate includevano studi sul rischio di cancro tra i vigili del fuoco che operano in aree boschive e tra i vigili del fuoco che operano nell'interfaccia tra aree boschive e urbane, una documentazione sistematica del numero di incendi boschivi e di vigili del fuoco, in particolare nei Paesi a basso e medio reddito (LMIC), misurazioni dell'esposizione in tempo reale e analisi della composizione chimica, studi che considerano sesso, idratazione, via di esposizione, mansioni o emivita biologica nella valutazione dei biomarcatori dell'esposizione, nonché l'uso e l'efficacia di indumenti protettivi.<sup>31</sup> Gli impatti degli stress fisici sulla carcinogenesi non sono chiari, sebbene lo stress termico possa influire sui processi termoregolatori correlati alla risposta immunitaria.<sup>31</sup> L'Istituto nazionale statunitense per la sicurezza e la salute sul lavoro ha proposto un registro nazionale dei vigili del fuoco, anche in contesti boschivi, con particolare attenzione all'inclusione di donne e minoranze etniche.<sup>34</sup> Il futuro sviluppo del registro è attualmente incerto.<sup>35</sup> È stato recentemente pubblicato un protocollo per uno studio di coorte sul cancro tra i vigili del fuoco statunitensi (FFCCS).<sup>36</sup> I lavoratori vulnerabili e senza documenti potrebbero essere coinvolti nelle operazioni di bonifica a seguito di disastri climatici.

### **Produzione di energia rinnovabile e turbine eoliche**

A livello globale, nel 2023, c'erano almeno 16,2 milioni di lavoratori nel settore delle energie rinnovabili, con un aumento rispetto ai 13,7 milioni del 2022.<sup>5</sup> La maggior parte dei posti di lavoro (7,4 milioni) si trovava in Cina, mentre in Europa erano 1,8 milioni. Sono disponibili poche informazioni sulla diversità della forza lavoro; tuttavia, le donne sono sottorappresentate. L'UE punta a raggiungere il 50% della sua elettricità derivante dall'eolico entro il 2050.<sup>37</sup> La direttiva europea sulle energie rinnovabili rivista stabilisce un obiettivo vincolante del 42,5% del consumo di energia da fonti energetiche rinnovabili entro il 2030, puntando al 45%.<sup>38</sup> Ciò richiederebbe un aumento della capacità a oltre 500 GW dai 204 GW del 2022. Il settore dell'energia eolica impiegava 316.300 lavoratori in Europa nel 2023, con 100.000 lavoratori aggiuntivi necessari entro il 2030.<sup>5,38</sup>

I lavoratori nel settore dell'energia eolica sono esposti a particolari rischi professionali. La produzione, l'installazione e la manutenzione delle turbine eoliche comportano mansioni manuali impegnative con un aumento del rischio di disturbi muscoloscheletrici degli arti superiori. Durante la produzione delle pale eoliche, i lavoratori possono essere esposti ad alti livelli di stirene che evapora dai compositi in poliestere rinforzato con fibra di vetro e, durante la finitura, a resine epossidiche attraverso il contatto cutaneo. Lo stirene è neurotossico<sup>39</sup> ed è stato classificato nel Gruppo 2A IARC ("probabilmente cancerogeno per l'uomo")<sup>40</sup>. I componenti epossidici sono noti sensibilizzanti cutanei e causa di dermatite, asma professionale e polmonite da ipersensibilità. I lavoratori dell'industria del poliestere rinforzato con fibra di vetro sono a maggior rischio di compromissione ostruttiva della funzione polmonare e infiammazione polmonare.

L'esposizione allo stirene può essere mitigata, ma non eliminata, tramite ventilazione, respiratori e nuovi processi produttivi. I lavoratori addetti alle turbine eoliche rimangono esposti a un rischio notevolmente

maggior parte delle pale delle turbine eoliche dismesse viene attualmente smaltita in discarica. Sebbene una percentuale crescente venga riciclata, si sa poco sulle potenziali caratteristiche di esposizione avversa e sull'impatto sulla salute di tali attività di riciclaggio.<sup>42</sup> Sono necessarie ulteriori ricerche per chiarire se lo stirene sia cancerogeno per l'uomo, ad esempio raggruppando i dati esistenti provenienti dal settore delle turbine eoliche e da altri settori esposti allo stirene. È necessario sviluppare programmi di monitoraggio per la contaminazione cutanea e la sensibilizzazione tra i lavoratori addetti alle turbine eoliche esposti a resina epossidica, così come raccogliere dati di follow-up a lungo termine sui rischi psicosociali e sulle richieste emotive legate al loro funzionamento e alla loro manutenzione.<sup>43</sup>

Esistono alcune conoscenze sugli effetti sulla salute respiratoria dell'esposizione microbica nel settore dell'energia verde.<sup>44</sup> La transizione verso l'energia verde si traduce anche in un aumento della domanda di metalli. Esiste una documentazione completa di condizioni di lavoro estreme e violazioni dei diritti umani durante l'estrazione artigianale e su piccola scala di cobalto (il cobalto metallico è stato classificato nel Gruppo 2A IARC)<sup>45</sup> e di altri metalli tossici per le batterie al litio.<sup>46</sup> I pannelli solari fotovoltaici possono contenere metalli come cadmio e piombo,<sup>47</sup> ma il componente principale dei pannelli è il silicio estratto da quarzo ad alta purezza. La silice cristallina (sotto forma di quarzo) è un cancerogeno polmonare riconosciuto nel Gruppo 1 IARC, anche a bassi livelli di esposizione, ed è una causa ben documentata di silicosi. La produzione di pannelli fotovoltaici in silicio condivide caratteristiche con la produzione di altri semiconduttori, coinvolge un'ampia gamma di materiali tossici, ma la produzione è in larga misura automatizzata o avviene in camere bianche con bassi livelli di esposizione. Esistono rischi per la sicurezza tra i lavoratori dell'energia solare, tra cui l'esposizione alle radiazioni ultraviolette (UV), cadute dall'alto (ad esempio, installatori di impianti sui tetti con spazio limitato per camminare), disturbi muscoloscheletrici e rischi di ustioni.<sup>48</sup> Si sa poco sui rischi per la salute nel settore geotermico, idroelettrico o dell'accumulo di energia, dall'estrazione mineraria alla dismissione e al riciclaggio.<sup>6, 49</sup>

### Gestione dei rifiuti e riciclaggio

Gli investimenti nel riciclaggio mirano a ridurre la quantità di sostanze pericolose nell'ambiente e a riutilizzare materie prime critiche, ormai scarse. Il Piano d'azione europeo per l'economia circolare mira a preservare il più possibile le risorse nell'economia.<sup>50</sup> Nel 2021, oltre 4,2 milioni di lavoratori in Europa erano impiegati nell'economia circolare (riciclo, riparazione, riutilizzo), con un aumento rispetto ai 3,3 milioni del 2005.<sup>51</sup> Tuttavia, un aumento del riciclaggio può comportare un'esposizione pericolosa per i lavoratori. Il lavoro di riciclaggio è complesso, include attività formali e informali, spazia dalla raccolta dei rifiuti domestici al riciclaggio di metalli puri e utilizza sistemi manuali e altamente automatizzati. Parallelamente all'aumento del lavoro formale di riciclaggio, si è registrata anche una proliferazione di attività informali di riciclaggio e gestione dei rifiuti.<sup>52</sup>

Il riciclaggio comporta rischi, tra cui un'elevata esposizione a bioaerosol e agenti infettivi, metalli tossici misti e sostanze chimiche organiche, aerosol provenienti da incendi, lavoro ripetitivo, rumore e infortuni.<sup>13, 53</sup> Diverse indagini hanno esaminato l'ambiente di lavoro nel settore del riciclaggio.<sup>53</sup> Livelli elevati di metalli tossici, composti perfluorurati e ftalati sono stati riscontrati nel sangue e nelle urine dei lavoratori che riciclano prodotti metallici, batterie o plastica.<sup>53</sup> Il riciclaggio dei rifiuti domestici genera bioaerosol che possono causare effetti sulla salute respiratoria e sistemica. Sono stati riscontrati disturbi della funzionalità polmonare e sintomi cardiaci e polmonari, gastrointestinali, oculari, cutanei e muscoloscheletrici nei lavoratori che selezionano e riciclano rifiuti elettronici e plastica.<sup>53</sup> Sono stati segnalati infortuni tra i raccoglitori informali di rifiuti.<sup>54</sup>

Si sa poco sulle relazioni tra esposizione e risposta ai bioaerosol e sul ruolo di specifiche specie microbiche nell'infiammazione. Un recente studio ha riportato un aumento delle concentrazioni sieriche post-turno di marcatori infiammatori tra i lavoratori addetti al riciclaggio.<sup>55</sup> I rifiuti sono estremamente diversificati e in continua evoluzione a causa dell'elevato flusso di nuove sostanze chimiche e prodotti. Manca una caratterizzazione completa e non mirata dell'esposizione, che comprenda anche le miscele, il che limita la valutazione dell'esposizione. Sono state descritte posture corporee scorrette e lavori ripetitivi durante il riciclaggio.<sup>56</sup> Tuttavia, mancano studi e indagini di alta qualità nel settore. Esistono poche indagini scientifiche sulla prevalenza, i determinanti e la prevenzione degli infortuni. Gli studi incentrati sull'organizzazione del

lavoro, sulla protezione individuale e sulla gestione proattiva della salute e della sicurezza sono scarsi e principalmente limitati al riciclaggio dei rifiuti elettronici.<sup>57</sup> Al lavoro sui rifiuti elettronici è stata recentemente attribuita un'"alta" priorità per la valutazione da parte delle monografie IARC sulla base di evidenze meccanicistiche su esseri umani esposti; sebbene vi siano pochi studi sulle esposizioni a lungo termine e nessuna evidenza relativa al rischio di cancro negli studi epidemiologici.<sup>58</sup>

### **Assistenza sanitaria**

Il cambiamento climatico pone il settore sanitario di fronte a una duplice sfida. Il cambiamento climatico comporta una maggiore pressione sulla capacità del sistema sanitario.<sup>2,6</sup> Allo stesso tempo, il settore sanitario è responsabile a livello globale di circa il 4,6% delle emissioni di gas serra.<sup>59</sup> I prodotti farmaceutici sono tra i maggiori responsabili dell'impronta di carbonio del settore, seguiti dall'uso di prodotti monouso con più strati di imballaggio, dalla produzione di rifiuti e dai dispositivi medici ad alta intensità di materiale.<sup>60</sup> La comunità sanitaria è fondamentale per la leadership climatica e la decarbonizzazione dei sistemi sanitari.<sup>61</sup>

In molte organizzazioni sanitarie, vengono sviluppati interventi per facilitare la transizione verso un'assistenza sanitaria più sostenibile con minori emissioni di gas serra, modificando i processi e i contenuti lavorativi. Tuttavia, è stato ipotizzato che la sostenibilità ambientale possa essere in conflitto con la qualità del lavoro e la soddisfazione degli operatori sanitari (ad esempio, una maggiore pressione lavorativa), ma potrebbe anche rappresentare una potenziale leva per questi aspetti (ad esempio, il coinvolgimento).<sup>62</sup> La sostenibilità può essere inclusa come un ambito separato (quinto) della qualità nell'assistenza sanitaria.<sup>63</sup> Ciò si basa sulla consolidata teoria del quadruplo obiettivo, che propone che la salute e il benessere del personale siano un quarto valore essenziale, accanto ai tre valori classici di efficacia dell'assistenza, costi ragionevoli e sufficienti miglioramenti nella qualità della vita dei pazienti. La teoria è stata alimentata da prove empiriche che dimostrano come la pressione lavorativa influisca negativamente sulla salute mentale del personale sanitario, con conseguente qualità non ottimale ed errori medici. Gli errori medici aumentano i problemi di salute mentale, come il burnout.<sup>64</sup>

Alla luce di questa teoria, è importante valutare l'impatto dell'introduzione di pratiche di lavoro sostenibili sulla qualità del lavoro del personale sanitario, nonché sulla sua salute e sul suo benessere. L'introduzione di nuove pratiche di lavoro sostenibili non può essere valutata in studi clinici randomizzati, poiché la trasformazione verso un'assistenza sanitaria sostenibile è un processo complesso con numerosi stakeholder interagenti e, in quanto tale, deve essere valutata mediante "esperimenti naturali" con dati osservazionali, sfruttando l'ampia variabilità nell'adozione e nell'entità degli interventi in contesti reali. I risultati della ricerca offrirebbero nuove possibilità per promuovere la resilienza individuale e di gruppo nell'assistenza sanitaria, al fine di garantire che la sostenibilità ambientale non crei ulteriore pressione lavorativa, ma contribuisca alla qualità del lavoro e alla salute mentale degli operatori sanitari.

### **Trasporti e mobilità**

Si stima che il settore dei trasporti sia responsabile di circa il 25% delle emissioni nette di gas serra antropogeniche totali in Europa e impiega 10 milioni di lavoratori.<sup>65</sup> Si punta a ridurre del 90% le emissioni di gas serra legate ai trasporti entro il 2050 attraverso varie politiche, tra cui l'aumento di carburanti più puliti e fonti di energia rinnovabili.<sup>17</sup> Dal 1990, le emissioni di inquinanti atmosferici sono diminuite per tutte le modalità di trasporto, ad eccezione di trasporto marittimo e aereo.<sup>66</sup> Il trasporto pubblico, rispetto alle auto private, è meno inquinante e più efficiente dal punto di vista energetico.<sup>16</sup> Tuttavia, i viaggi in auto privata costituiscono ancora la maggioranza (73,0%) di tutto il trasporto passeggeri nell'UE-27, mentre il trasporto pubblico il 15,6%.<sup>67</sup>

Molte città europee hanno implementato misure per incentivare l'uso di autobus ibridi ed elettrici. Gli operatori del trasporto pubblico sono inoltre alla ricerca di soluzioni aggiuntive per guidare gli autobus alla massima efficienza. L'eco-driving è definita come " *un modo semplice ed economico per ridurre il consumo di carburante, le emissioni di gas serra e il tasso di incidenti, ma anche un atteggiamento positivo e rispettoso nei confronti della società nel suo complesso* ".<sup>68</sup> Tuttavia, la comprensione dell'efficacia dell'eco-driving è limitata. Mentre studi a breve termine dimostrano che la formazione all'eco-driving può portare a riduzioni del consumo di carburante, gli impatti a lungo termine sono meno chiari. I sistemi di assistenza alla guida ecologica (EDAS), installati sugli autobus pubblici, possono anche ridurre il consumo di carburante, tuttavia

potrebbero non essere accettati dagli autisti a causa dello stress psicologico causato dal monitoraggio.<sup>69</sup> Gli EDAS comprendono sensori aggiuntivi sull'autobus che rilevano il comportamento di guida e informazioni contestuali con punteggi di qualità di guida comunicati agli autisti. Lo stress può aumentare quando l'autista non è in grado di guidare in modo ecocompatibile a causa dell'intensità e del flusso del traffico, delle condizioni meteorologiche o dell'utilizzo di riscaldamento o aria condizionata. La definizione di un sistema di trasporto innovativo, che dovrebbe combinare *“ il desiderio di mobilità dei passeggeri, in base alle loro specifiche esigenze e aspettative, le esigenze economiche degli operatori e, allo stesso tempo, il soddisfacimento delle esigenze ambientali generali ”*<sup>70</sup> trascura le esigenze del conducente.<sup>71</sup>

I lavoratori dei trasporti sono esposti a una serie di rischi fisici, chimici, psicosociali e biologici.<sup>13</sup> Le interruzioni dei servizi di trasporto pubblico dovute ai cambiamenti climatici hanno un impatto anche sulla salute della popolazione. Le temperature più elevate comportano condizioni di guida più difficili, un maggiore carico mentale e richieste cognitive e tempi di reazione ridotti. Sono necessari interventi per mitigare i rischi fisici e psicosociali, la transizione demografica e la crescente carenza di conducenti.

### **Iniziative di monitoraggio globale**

Diverse iniziative di monitoraggio hanno cercato di quantificare vari aspetti degli impatti occupazionali attuali e futuri dei cambiamenti climatici per orientare le priorità della ricerca e dell'elaborazione delle politiche.<sup>9</sup> È importante che le iniziative di monitoraggio globali si basino su dati di altissima qualità. Tuttavia, in molti casi, i dati di monitoraggio sono insufficienti o inaccessibili. Sono state descritte le sfide nel rafforzamento dei sistemi di monitoraggio dei lavoratori.<sup>9</sup> Vi sono ulteriori complessità nella stima dei probabili impatti dei cambiamenti climatici sul carico di malattie professionali e correlate al lavoro. Abbiamo bisogno non solo di stime per le esposizioni attuali, ma anche di come è probabile che cambino nel tempo e degli impatti sul carico di malattia. Gli impatti dei cambiamenti climatici sulla salute sono distribuiti in modo diseguale, gravando in modo sproporzionato sui lavoratori già svantaggiati. Sono previste crescenti disuguaglianze sanitarie e ingiustizie sociali. Prevedere questi cambiamenti richiede una quantità di dati considerevolmente maggiore di quella disponibile.

### **Stime dell'OMS sul carico di malattia**

Dagli anni '90, la Valutazione Comparativa del Rischio dell'OMS quantifica il carico di malattia a livello globale, regionale e nazionale in base a fattori di rischio, cause, sesso e fascia d'età. Le stime del carico di malattia globale dell'OMS hanno attribuito 0,2 milioni di decessi e sei milioni di anni di vita corretti per disabilità (DALY) a fattori di rischio selezionati legati al cambiamento climatico nel 2000<sup>72</sup> e 1,9 milioni di decessi e 90 milioni di DALY a fattori di rischio occupazionali selezionati nel 2016<sup>73</sup>. [Mancano](#) stime del carico di malattia attribuibile all'esposizione professionale ai cambiamenti climatici. L'OMS ha fornito stime della popolazione esposta ai cambiamenti climatici durante il lavoro all'aperto, stimando che nel 2023 ci fossero 1,6 miliardi di lavoratori all'aperto a livello globale, pari al 25,9% della popolazione attiva.<sup>8</sup> L'OMS e l'ILO hanno attribuito 18.960 decessi (intervallo di incertezza (UR) 18.180-19.740) e 0,5 milioni di DALY (UR 0,4-0,5) per cancro della pelle non melanoma all'esposizione professionale ai raggi UV solari.<sup>74</sup>

Stime e indicatori ufficiali del carico di malattia derivante dall'esposizione professionale ai fattori di rischio del cambiamento climatico rappresentano una priorità globale per il monitoraggio della salute dei lavoratori.<sup>9</sup> Per produrli, sono necessari dati e prove primari e di sintesi su: esposizione professionale ai fattori di rischio del cambiamento climatico; meccanismi che li collegano a esiti sanitari rilevanti per l'identificazione dei pericoli; e il loro effetto su tali esiti sanitari per la quantificazione del rischio. Sebbene esista un'ampia letteratura su temperature calde e fredde e infortuni sul lavoro,<sup>51</sup> sa meno sulle malattie professionali. Questi dati dovrebbero anche essere disaggregati per sesso, età e altre variabili socio-economiche per consentire l'analisi della disuguaglianza nella salute. Solo il 19% del totale di 1,9 milioni di decessi correlati al lavoro nel 2016 è stato dovuto a infortuni, mentre l'81% è stato dovuto a malattie.<sup>76</sup> Gli strumenti per stimare il carico di malattia professionale devono essere ampliati per includere metodi di nowcasting e previsione, e metodi migliori per affrontare le incertezze nei parametri di input, imparando dalla climatologia. L'OMS sta sviluppando l'agenda di ricerca per l'azione sui cambiamenti climatici e la salute - REACH 2035, che potrebbe includere un programma di ricerca sulla salute sul lavoro.

## Rapporti globali dell'ILO sullo stress termico sul lavoro

L'OIL ha previsto che, nel 2030, il 2,2% della produttività globale del lavoro andrà perso a causa dello stress da calore, rispetto all'1,4% del 1995, in particolare nei paesi con quadri normativi più deboli in materia di sicurezza e salute sul lavoro. <sup>77</sup> L'Asia meridionale e orientale e l'Africa occidentale perderebbero tra il 4 e l'8% delle ore lavorative. Sono necessarie nuove normative più severe sul calore nei luoghi di lavoro. <sup>12</sup> Una parte sostanziale (51,8%) dei costi globali di mitigazione dei cambiamenti climatici potrebbe essere compensata dai benefici economici derivanti dalle sole perdite di produttività del lavoro evitate. <sup>78</sup> I benefici in termini di produttività del lavoro derivanti dai miglioramenti della qualità dell'aria dovuti alle azioni di mitigazione dei cambiamenti climatici si realizzano più rapidamente di quelli derivanti dalla ridotta esposizione al calore. <sup>79</sup> Sono necessarie ulteriori ricerche per analizzare l'impatto del cambiamento climatico sulla disuguaglianza del mercato del lavoro. Ad esempio, i lavoratori più anziani potrebbero essere più propensi a lavorare in alcune occupazioni all'aperto, come i venditori ambulanti, e sono vulnerabili al rischio di malattie legate al caldo e alle relative perdite di produttività del lavoro. <sup>80, 81</sup> I lavoratori più giovani potrebbero essere più vulnerabili agli infortuni sul lavoro legati al caldo. <sup>75, 81</sup> Pochi studi hanno esaminato i modificatori contestuali delle associazioni tra temperatura e infortuni. In Spagna è stato osservato un adattamento dei lavoratori nel tempo rispetto al rischio di infortuni legati al caldo. <sup>75</sup> Manca una mappatura dettagliata delle misure di adattamento per prevenire le perdite di produttività del lavoro in tutto il mondo.

Le strategie preventive dovrebbero essere sostenibili e basate su prove scientifiche, anche se la loro efficacia è stata raramente studiata in termini di risultati sulla salute. <sup>6, 10, 12, 77</sup> Sono in fase di sviluppo sistemi di allerta per lo stress termico sul lavoro che forniscono raccomandazioni personalizzate ai lavoratori. <sup>6, 82</sup> Sono necessari ulteriori studi che prendano in considerazione strategie di adattamento di genere basate su norme sociali e culturali. <sup>11</sup>

## The Lancet Countdown Europe

The Lancet Countdown Europe monitora e quantifica l'impatto dei cambiamenti climatici sulla salute e i benefici collaterali per la salute derivanti da misure di mitigazione e adattamento accelerate, utilizzando oltre quaranta indicatori, a cui si aggiungono nove nuovi indicatori a partire dal 2022. <sup>19</sup> Gli indicatori del 2024 hanno continuato a evidenziare tendenze in accelerazione nei rischi, nelle esposizioni, nelle vulnerabilità e nei pericoli per la salute, nonché strategie di mitigazione e adattamento non sufficientemente ambiziose. Ad esempio, le stagioni dei pollini clinicamente rilevanti stanno iniziando prima, l'idoneità climatica per una serie di malattie infettive è in rapido aumento e la mortalità e la morbidità legate al caldo sono in aumento. Molti di questi rischi per la salute sono associati a impatti occupazionali e perdite economiche sostanziali, come la riduzione dell'offerta di manodopera in settori ad elevata esposizione al calore (agricoltura, silvicoltura, estrazione mineraria, cave ed edilizia), in particolare nell'Europa meridionale, e una riduzione della crescita del prodotto interno lordo pro capite. Si sono osservate anche tendenze positive nel rischio di incendi boschivi. Ventinove dei 53 paesi erogano sussidi netti per i combustibili fossili. L'analisi della letteratura scientifica ha evidenziato una scarsa presenza di contributi su temi di mitigazione e adattamento, nonché su uguaglianza, equità e giustizia. Nei discorsi dei legislatori al Parlamento europeo, si sono riscontrati pochi riferimenti all'intersezione tra cambiamenti climatici e termini relativi alla salute, sebbene si sia registrato un elevato coinvolgimento nelle relazioni annuali delle aziende.

Gli indicatori spesso dipendono da dati disponibili al pubblico raccolti per altri scopi. Di conseguenza, l'assenza di dati disaggregati (standardizzati) sul carico sanitario e sulla popolazione spesso costituisce un ostacolo all'individuazione di disparità e disuguaglianze sanitarie legate al clima. <sup>83</sup> Analogamente, mentre molti paesi dell'UE tendono ad avere una vasta gamma di dati disponibili, la copertura dei paesi dell'Europa orientale è spesso più debole. A causa della mancanza di dati accessibili sulla salute sul lavoro, il quadro degli indicatori è attualmente limitato nella sua capacità di monitorare gli impatti dei cambiamenti climatici sulla salute sul lavoro. Sono necessari nuovi indicatori rilevanti per diverse dimensioni della salute sul lavoro.

## Conclusioni

È urgente procedere rapidamente verso una maggiore sostenibilità. La velocità nella raccolta e sintesi dei dati necessari per la protezione dei lavoratori deve essere pari alla velocità della transizione verso le energie rinnovabili e l'economia circolare. La ricerca in materia di salute sul lavoro ha risposto rapidamente ad altre

crisi recenti (ad esempio, COVID-19). Riorientare le infrastrutture di ricerca esistenti può facilitare una transizione della ricerca più rapida.<sup>84</sup> Sono necessari studi basati su interventi in più settori per supportare ambienti di lavoro sani e vivibili.<sup>1, 85, 86</sup> Il contatto con coloro che sviluppano nuove tecnologie può promuovere "sicuro e sostenibile fin dalla progettazione", concentrando la ricerca futura su quelle più probabilmente implementate nella pratica. Oltre alla ricerca epidemiologica, sono necessari studi orientati alla soluzione che si avvalgano di reti di esperti transdisciplinari nei settori interessati.<sup>26</sup> Infine, poiché le recenti tendenze economiche e politiche globali minacciano la transizione verde e i pacchetti di politiche,<sup>35, 87</sup> i ricercatori possono promuovere maggiori investimenti nella ricerca sul lavoro, nelle libertà accademiche e nella trasparenza nell'istruzione superiore, anche per quanto riguarda l'ostruzione dell'azione per il clima.<sup>88</sup>

Strategia di ricerca e criteri di selezione: i riferimenti bibliografici per questo Personal View sono stati identificati tramite ricerche su PubMed fino ad aprile 2025. Sono state inoltre effettuate ricerche nella letteratura grigia e sono stati identificati articoli nei file degli autori. Abbiamo preso in considerazione studi originali, revisioni, report autorevoli e database in lingua inglese. Abbiamo cercato di evidenziare i contributi chiave relativi al cambiamento climatico, alla transizione verde e alla salute sul lavoro. I riferimenti bibliografici inclusi sono stati selezionati in base alla loro attualità e al loro valore informativo per la discussione delle esigenze di ricerca.

[https://www.thelancet.com/journals/lanpe/article/PIIS2666-7762\(25\)00145-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpe/article/PIIS2666-7762(25)00145-0/fulltext)

## **PNRR. Risoluzione Parlamento europeo punta a estendere i finanziamenti oltre il 2026 per garantire il completamento degli investimenti chiave**

*I deputati temono che il breve lasso di tempo per l'attuazione dei finanziamenti in sospenso del dispositivo per la ripresa e la resilienza ponga sfide al completamento delle riforme chiave, degli investimenti su larga scala e dei progetti innovativi, nonché al 70% dei traguardi e degli obiettivi che devono ancora essere raggiunti. Esortano la Commissione a istituire nuovi programmi, che dovrebbero essere flessibili e reattivi all'evoluzione delle circostanze e chiedono una proroga di 18 mesi per i progetti maturi in corso.*

**20 GIU** - Una risoluzione nella plenaria del Parlamento Europeo, adottata con 421 voti favorevoli, 180 contrari e 55 astensioni sottolinea l'effetto stabilizzante del dispositivo per la ripresa e la resilienza in un momento di significativa incertezza economica in Europa.

I deputati osservano che il dispositivo per la ripresa e la resilienza ha impedito la frammentazione del mercato interno dell'UE e ha promosso la ripresa. Vogliono che i finanziamenti del dispositivo per la ripresa e la resilienza rispettino il principio di addizionalità e non sostituiscano i finanziamenti della politica di coesione. La risoluzione chiede investimenti mirati nella difesa, nell'istruzione e nelle competenze dell'UE e un maggior numero di misure transfrontaliere e multinazionali, compresa la ferrovia ad alta velocità. I deputati insistono sull'accelerazione degli investimenti nella protezione sociale e nell'integrazione dei gruppi vulnerabili. Incoraggiano inoltre gli Stati membri a modificare i loro piani nazionali di investimento utilizzando REPowerEU per rafforzare l'autonomia energetica dell'UE.

I deputati temono che il breve lasso di tempo per l'attuazione dei finanziamenti in sospenso del dispositivo per la ripresa e la resilienza ponga sfide al completamento delle riforme chiave, degli investimenti su larga scala e dei progetti innovativi, nonché al 70% dei traguardi e degli obiettivi che devono ancora essere raggiunti. Esortano la Commissione a istituire nuovi programmi, che dovrebbero essere flessibili e reattivi all'evoluzione delle circostanze e garantire la prevedibilità. I deputati chiedono inoltre una proroga di 18 mesi per i progetti maturi in corso.

I benefici a lungo termine del dispositivo per la ripresa e la resilienza sul prodotto interno lordo saranno probabilmente da tre a sei volte superiori al denaro speso, ma i deputati sono preoccupati per il costo totale dei rimborsi degli interessi di capitale di Next Generation EU (NGEU).

Ribadiscono la necessità di un solido meccanismo di audit e monitoraggio per la spesa del dispositivo per la ripresa e la resilienza al fine di evitare abusi, doppi finanziamenti e duplicazioni con altri programmi dell'UE. Chiedono collegamenti più chiari tra i traguardi, gli obiettivi e l'effettiva attuazione dei progetti ed esortano la Commissione a tenere conto delle raccomandazioni della Corte dei conti europea per eventuali futuri strumenti basati sui risultati analoghi al dispositivo per la ripresa e la resilienza, in particolare nel contesto di un QFP più mirato

I deputati apprezzano il modo in cui il quadro di valutazione della ripresa e della resilienza fornisce ai cittadini informazioni di base sui progressi complessivi nell'attuazione dei piani nazionali. Insistono, tuttavia, sul fatto che dovrebbe includere informazioni sulle aziende coinvolte, compresi gli appaltatori e i subappaltatori, e sui loro proprietari finali. Chiedono inoltre l'urgente semplificazione degli obblighi di presentazione delle domande e di rendicontazione, per aiutare i richiedenti più piccoli e massimizzare l'assorbimento e l'impatto dei finanziamenti, rafforzando nel contempo il ruolo degli enti locali e regionali nell'elaborazione, revisione e attuazione dei piani nazionali per la ripresa e la resilienza (PNRR).

**Victor Negrescu (S&D, RO)**, correlatore a nome della commissione per i bilanci, ha dichiarato: "Dobbiamo garantire che ogni singolo euro sia speso in modo corretto, trasparente e abbia un impatto positivo sui nostri cittadini e sulle nostre imprese. Se non agiamo ora, gli investimenti critici rischiano di rimanere incompiuti dopo la fine dello strumento nell'agosto 2026. Dobbiamo accelerare l'attuazione, ridurre la burocrazia e

aiutare i beneficiari. In qualità di relatore per i bilanci sul fascicolo, ho insistito per trovare soluzioni concrete e ho chiesto una proroga del finanziamento di 18 mesi per i progetti maturi. Ho inoltre chiesto che i progetti incompiuti possano continuare nell'ambito di altri strumenti dell'UE, come i fondi di coesione, InvestEU o un futuro Fondo per la competitività, e che gli Stati membri siano autorizzati ad adeguare più rapidamente e facilmente i loro piani nazionali per la ripresa e la resilienza in linea con gli obiettivi del dispositivo per la ripresa e la resilienza. Non accettiamo soluzioni a metà strada. Oggi il Parlamento invia un messaggio chiaro: siamo al fianco dei cittadini e lottiamo per la realizzazione di progetti essenziali".

**Siegfried Mureşan (PPE, RO)**, correlatore a nome della commissione per i problemi economici e monetari, ha dichiarato: "Siamo determinati a garantire che i fondi del dispositivo per la ripresa e la resilienza producano benefici tangibili ai cittadini. Per questo motivo il Parlamento chiede una proroga di 18 mesi per i progetti maturi del dispositivo per la ripresa e la resilienza. Tale proroga si applicherebbe ai progetti in procinto di essere completati con successo, a condizione che la proroga sia concessa. Allo stesso tempo, chiediamo di rivedere in che modo i fondi non spesi del dispositivo per la ripresa e la resilienza possano sostenere le nuove priorità strategiche dell'Europa, in particolare il rafforzamento della competitività e il rafforzamento delle nostre capacità di difesa. Di fronte alle crescenti tensioni geopolitiche, l'Europa deve agire con decisione per difendere i suoi cittadini".

[https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo\\_id=130444](https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=130444)

## ***Ospedale che cambia***

### **la Repubblica**

#### **Chiudono i pronto soccorso: 115 in meno in 12 anni**

*In Lombardia sono passati da 84 a 76 in 12 anni, nel Lazio da 70 a 66, sono invece stabili in Campania a 68. Ma in Gazzetta Ufficiale esce il decreto che introduce la figura dell'assistente infermiere*

Chiudono i pronto soccorso in Italia. Nell'arco di 12 anni sono diminuiti di 115 unità, passando da 808 del 2011 a 693 del 2023. Contemporaneamente però diminuiscono anche gli accessi in pronto soccorso, con un tasso per mille abitanti che è passato da 363 a 311. E aumentano i medici specializzati. È quanto emerge dallo studio dell'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi sanitari (Altems) dell'Università Cattolica di Roma. Eppure, risponde la società scientifica di riferimento, la Simeu, "l'esperienza ci dice che il sistema ha bisogno di soluzioni urgenti e riforme strutturate. Sebbene con differenze tra i diversi ospedali, restano lunghe attese per i pazienti e sovraccarico di lavoro per gli operatori". Mentre, proprio nell'ottica di migliorare l'organizzazione sanitaria, nasce una nuova figura professionale: l'assistente infermiere.

#### **Chiusure in Lombardia, Lazio, Campania**

Secondo l'analisi di Altems basata su dati della Ragioneria Generale di Stato e dell'Annuario Statistico del Servizio sanitario nazionale, le chiusure di pronto soccorso hanno riguardato di più alcune regioni: in Lombardia sono passati da 84 a 76 in 12 anni, nel Lazio da 70 a 66, sono invece stabili in Campania a 68. Si è trattato però, secondo il rapporto, "di una razionalizzazione, non di un depauperamento", come emerge dal numero di medici di Emergenza Urgenza, passati da 3.033 nel 2011 a 4.748 nel 2023. Rispetto al totale dei medici della sanità pubblica, la loro percentuale varia tra lo 1% dell'Umbria al 7% di Abruzzo, Calabria e Toscana. Calano, nell'arco degli stessi 12 anni, gli accessi in pronto soccorso: il tasso per mille abitanti è passato da 363 nel 2011 a 311 nel 2023; mentre il numero di accessi (per 1.000 abitanti) al pronto soccorso

per ogni specialista è passato da una media 18 del 2011 a 7 nel 2023 anche se alcune regioni stanno peggio (Molise, Basilicata, Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige).

### **Le aggressioni al personale sanitario**

I dati dipingono complessivamente uno scenario che contrasta, però, con le lunghe attese e con i pronto soccorso affollati, dove spesso si arriva a momenti di tensione, fino a vere e proprie aggressioni. "Il sistema dell'Emergenza Urgenza è sotto pressione. L'esperienza quotidiana - afferma Alessandro Riccardi, presidente della Società Italiana della medicina di emergenza-urgenza (Simeu) - ci dice che c'è bisogno di soluzioni urgenti e strutturate, non solo di dati incoraggianti su carta. Perché, se è vero che esistono strutture con un elevato numero di specialisti, ce ne sono altre, magari vicino, in cui ce n'è un numero assolutamente insufficiente. I casi di abbandono del lavoro da parte degli specialisti sono sintomo del fatto che mancano condizioni lavorative adeguate".

### **Il ruolo dei medici di base**

"Il problema - spiega Amerigo Cichetti, ordinario di Organizzazione Aziendale all'Università Cattolica - va cercato nell'organizzazione di ciò che viene prima e dopo il pronto soccorso. Manca un filtro sul territorio, ovvero arrivano in pronto soccorso pazienti che andrebbero curati altrove, e ci sono spesso pochi posti disponibili per i ricoveri in reparto".

### **La carenza di infermieri**

Ma, osserva Federica Morandi, coordinatrice del team di ricerca, "bisogna capire che dotazioni tecnologiche sono disponibili e che risorse umane ci sono a supporto dei medici". Spesso a mancare sono infatti gli infermieri.

### **L'assistente infermiere**

Intanto, oggi si fa un passo avanti nell'organizzazione sanitaria: in Gazzetta Ufficiale è stato pubblicato il decreto che introduce la figura dell'assistente infermiere, che svolgerà le "proprie attività in collaborazione e integrazione con gli altri operatori". Una "figura ibrida e surrogata" secondo il sindacato Nursing Up, "creata per fronteggiare la carenza di infermieri". Che quest'ultimo sia un problema è chiaro al ministro della Salute Orazio Schillaci: "ci stiamo lavorando da tempo. Devono essere pagati meglio ma soprattutto devono avere più possibilità di fare carriera".

[https://www.repubblica.it/cronaca/2025/06/23/news/pronto\\_soccorso\\_crisi\\_assistente\\_infermiere-424687393/?ref=RHLM-BG-P7-S1-T1-fattidelgiorno11](https://www.repubblica.it/cronaca/2025/06/23/news/pronto_soccorso_crisi_assistente_infermiere-424687393/?ref=RHLM-BG-P7-S1-T1-fattidelgiorno11)



## **Medici gettonisti in via di esaurimento e ferie in arrivo: per l'estate è già allarme in pronto soccorso**

*Nelle prossime settimane e nei prossimi mesi terminerà per molti ospedali la possibilità di ricorrere ancora ai gettonisti per coprire i buchi in corsia*

[Marzio Bartoloni](#)

Sono sempre di meno i medici negli ospedali italiani. Una criticità non nuova, e legata all'annosa carenza di personale, ma con l'arrivo dell'estate e del caldo la situazione si preannuncia critica: la domanda di assistenza, infatti, aumenterà, mentre il numero dei camici bianchi in corsia e nei Pronto soccorso è destinato ad assottigliarsi ulteriormente per l' "effetto ferie" ed anche per la scadenza di molti contratti dei cosiddetti medici gettonisti, i camici bianchi in affitto spesso pagati a peso d'oro (anche mille euro a turno), fondamentali per coprire turni e assenze.

Nel decreto bollette (34/2023) si prevedeva infatti la possibilità di prorogare ancora per un altro anno i contratti di "affitto" in scadenza dei gettonisti di altri 12 mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione e dalle successive linee guida del 17 giugno 2024.

In particolare nelle prossime settimane e nei prossimi mesi terminerà per molti ospedali la possibilità di ricorrere ancora ai gettonisti per coprire i buchi in corsia. Gettonisti (medici e infermieri) che secondo l'Anac solo nel 2024 sono costati 457 milioni e ben 2,141 miliardi dal 2019 al 2024.

### **Stop ai gettonisti e ferie: mix micidiale per gli ospedali**

"Da fine luglio - spiega il presidente della Società italiana di medicina di emergenza urgenza (Simeu) **Alessandro Riccardi** - scadono e dovranno essere chiusi i contratti dei medici provenienti da cooperative e impiegati in ospedali e Pronto soccorso. La scadenza riguarda i cosiddetti medici a gettone e con il loro venir meno, considerata la già grave carenza di personale in corsia, la situazione negli ospedali peggiorerà e ciò proprio durante la stagione estiva quando la domanda è maggiore anche a causa del caldo". In vista dell'estate dunque, avverte, "il maggiore problema è rappresentato proprio dalla carenza di medici e infermieri. Agli organici già attualmente insufficienti si aggiungerà infatti il 'fattore ferie', che porterà ad avere un numero ancora minore di medici al lavoro. Ma un altro fattore critico sarà appunto la scadenza decisa dal ministero per la chiusura dei contratti in essere con le cooperative per l'impiego temporaneo di camici bianchi. Questo porterà ad una ulteriore drastica diminuzione del numero dei medici presenti".

La norma, precisa Riccardi, "prevede in realtà delle deroghe, ma solo in casi particolari ed eccezionali ed al netto delle procedure che le aziende sono tenute a mettere in atto per sanare la situazione degli organici".

### **L'allarme per i Pronto soccorso**

Si prospetta dunque un'estate critica: "Attualmente - afferma il presidente Simeu - il 20-30% dei Pronto soccorso ha medici provenienti da cooperative nei propri organici, ed in alcune strutture i medici a gettone arrivano a coprire fino all'80% dei turni. È ovvio che con il termine dei loro contratti la carenza di organico si aggraverà, con un forte impatto sul servizio ospedaliero".

Inoltre, sottolinea, "molte cooperative prevedono che i propri medici non possano essere assunti da aziende sanitarie prima di 2 anni dal termine dei loro contratti con la cooperativa stessa, escludendo la possibilità di attingere da questo bacino di camici bianchi".

Al momento, precisa, "non registriamo ancora emergenze o accessi massivi ai Pronto soccorso collegati all'aumento del caldo. Tuttavia, le previsioni indicano a breve un aumento ulteriore delle temperature e quindi ci aspettiamo presto una forte crescita della domanda di assistenza".

Insomma, una situazione difficile alla quale si aggiunge anche il problema della carenza di posti letto nei reparti.

Anche questo sarà uno dei nodi da affrontare: "Ogni ospedale sta cercando di mettere in atto misure per evitare che nei mesi estivi, con l'aumento degli afflussi, si crei il problema dei pazienti costretti a stazionare in barella al Pronto soccorso magari per giorni. Ma non è facile".

Ad oggi, comunque, la situazione appare sotto controllo e non si segnalano situazioni particolari di sofferenza nei punti di primo soccorso.

Ma il previsto aumento delle temperature non lascia ben sperare: già nella giornata di domenica, il ministero della Salute indica che saranno 11 le città roventi contrassegnate dal bollino rosso per afa e ondate di calore. "Faremo fronte alla domanda di assistenza, ma il problema degli organici - conclude Riccardi - non può più essere ignorato".

[https://www.ilsole24ore.com/art/medici-gettonisti-via-esaurimento-e-ferie-arrivo-l-estate-e-gia-allarme-pronto-soccorso-AHVq6rFB?cmpid=nl\\_sanita24](https://www.ilsole24ore.com/art/medici-gettonisti-via-esaurimento-e-ferie-arrivo-l-estate-e-gia-allarme-pronto-soccorso-AHVq6rFB?cmpid=nl_sanita24)

quotidiano**sanità**.it

### Due medici a Dublino

Ornella Mancin, Mmg Cavarzere (VE), Laura Viotto, Mmg Roma

Gentile Direttore,

dopo l'esperienza sul campo a Lisbona nel 2023 ([QS 16 .01.2024](#)), abbiamo deciso di visitare altre realtà della medicina territoriale in UE.

La necessità quanto mai attuale di riformare la medicina territoriale in Italia ci spinge a conoscere altre forme di organizzazione delle cure primarie per poterne cogliere gli elementi positivi che possono essere in qualche modo integrati nel sistema italiano e gli elementi concreti che possono essere in qualche modo importati.

A settembre 2024, in concomitanza con il 29° congresso di Wonca Europe 2024, siamo state a Dublino, dove abbiamo visitato due "case di comunità" della città: una nel centro e l'altra in periferia. Volevamo renderci conto di come funziona l'assistenza primaria in Irlanda.

L'Irlanda è un paese grande un quarto dell'Italia e ha una popolazione di circa 6 milioni di abitanti. Il suo sistema sanitario nazionale è gestito dall'Health Service Executive (HSE).

Negli ultimi anni l'HSE ha stipulato una convenzione con una società privata, la Centric Health che ha creato una rete diffusa di centri per le cure primarie, diventando così il più grande fornitore di assistenza primaria in Irlanda. Sappiamo che esistono ancora alcuni GP's (medici di famiglia) che lavorano isolati in convenzione, ma sono una minoranza.

La Centric Health possiede numerosi centri, che possiamo assimilare in parte alle nostre "case della salute" e in parte a dei poliambulatori privati, che fungono da punti di riferimento per un determinato territorio e dove è presente un team di medici, infermieri, personale di segreteria e altri operatori.

L'azienda si occupa dell'allestimento dei locali, dell'assunzione del personale amministrativo e infermieristico e dell'arruolamento dei medici. Questi ultimi possono essere assunti come dipendenti delle strutture o lavorare come liberi professionisti o come partner della Centric.

Le visite dei pazienti sono su appuntamento, ma in caso di necessità indifferibile è in azione un'app chiamata Green Button, che prevede un consulto in tempi rapidi. I pazienti scelgono il proprio medico, si recano nello studio su appuntamento e possono anche prenotare consulti solo telefonici, per esempio per valutare esami già effettuati (i medici hanno uno spazio temporale programmato per questa modalità durante le ore di servizio).

Dal nostro seppur limitato periodo di osservazione, abbiamo notato un ambiente di lavoro abbastanza sereno; i pazienti vengono accolti da una segreteria che filtra opportunamente le richieste e giungono al medico solo se sono stati messi in appuntamento.

Non vi è alcun contatto diretto tra medico e paziente al di fuori dell'ambulatorio. Abbiamo notato che i colleghi lavorano con soddisfazione e si occupano quasi esclusivamente di problemi clinici e sembra abbiano un minor carico burocratico rispetto al nostro. I medici che operano in queste strutture si occupano anche di settori e servizi che in Italia sono gestiti dai consultori familiari, dai pediatri e dai servizi per le dipendenze (SERD). Possono inoltre eseguire piccoli interventi ed effettuare in alcuni casi diagnostica di primo livello.

Alcune prestazioni non sono però coperte dal servizio sanitario nazionale.

Hanno accesso a una cartella informatizzata che ci è sembrata meno maneggevole rispetto alle nostre e con poca interattività con altre strutture (esempio con gli ospedali), a differenza di quelle che abbiamo avuto modo di vedere utilizzate a Lisbona durante la nostra precedente esperienza.

Parlando con i colleghi abbiamo appreso che anche lì ci sono spesso problemi legati alle lunghe liste d'attesa nel pubblico, per cui chi può, si rivolge al settore privato anche per esami strumentali o specialistici.

Le prestazioni erogate sono totalmente gratuite per chi possiede la Irish Medical Card, a cui hanno diritto le persone con basso reddito, i bambini fino a 8 anni, le persone over 69 e chi ha requisiti di invalidità o disabilità. Inoltre, viene rilasciata sempre con limiti di reddito, ma più elevati, la GP Visit Card che consente di effettuare

visite gratuite presso i medici di famiglia convenzionati. La gratuità riguarda anche gli esami del sangue per diagnosticare o monitorare una patologia cronica.

In genere chi non possiede queste card, dispone di una assicurazione sanitaria privata, di solito offerta come benefit dai datori di lavoro ai propri dipendenti.

L'Irlanda si distingue in Europa per essere l'unico Paese a non garantire l'accesso universale all'assistenza primaria.

Questo dato è stato reso pubblico in un recente articolo su Lancet, intitolato "Ireland: Europe's outlier in primary health care" (marzo 2025) dove viene riportato che, a fronte di un aumento della spesa sanitaria, passata dal 2018 al 2024 da 15,3 a 22,8 miliardi di euro, non vi sia un accesso equo ai servizi di medicina generale, facendo sì che l'Irlanda rappresenti un'eccezione negativa fra i Paesi che condividono, almeno sulla carta, l'impegno per la copertura sanitaria universale.

Secondo i dati pubblicati su Lancet solo il 42% è in possesso di una card e può accedere gratuitamente ai servizi di base.

L'articolo del Lancet conclude che poiché l'assistenza primaria è il primo argine contro l'aggravarsi delle condizioni cliniche della popolazione, affinché funzioni deve essere accessibile a tutti. Il governo irlandese ha avviato in tal senso, iniziative di riforma, come il programma SláinteCare, che punta a garantire l'accesso alle cure in base al bisogno e non alla possibilità economica, ma i progressi in tal senso sono molto lenti. A questo si aggiunge la notevole carenza di medici di famiglia: in Irlanda, per diventare medici di famiglia è necessario completare un programma di formazione specialistica in medicina generale. Molti GP's vengono arruolati da tutto il mondo.

La realtà irlandese ci fa riflettere sui possibili sviluppi della nostra sanità territoriale in Italia.

Anche da noi il privato è entrato prepotentemente nel SSN, sostituendo anziché integrando il sistema pubblico non solo nella specialistica ma anche lentamente nella medicina territoriale. La nascita dei primi ambulatori privati per la medicina generale indica che il privato, puro o accreditato, sta erodendo sempre più spazio al SSN e di questo passo non siamo molto lontani dal diventare come l'Irlanda. E' necessario che tutti noi, cittadini e decisori politici, ci impegniamo per mantenere il nostro SSN universalistico, equo e solidale come stabilito dall'articolo 32 della costituzione. E' bene ricordare che siamo l'unico paese al mondo che ha messo la Salute tra i diritti fondamentali che lo stato deve assicurare a tutti!

Facciamo in modo che tale diritto non venga perso.

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=130326](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=130326)



**Medicina Generale**

2 h · 🌐

UK

I MMG inglesi non scelgono più la convenzione e optano per la dipendenza, le motivazioni in un documento dettagliato del Collegio Reale dei Medici di Medicina Generale RCGP

Il documento del RCGP del maggio 2025 espone in dettaglio il declino del modello della convenzione nel Regno Unito, analizzando cause e prospettive per il futuro della medicina generale. Di seguito, una sintesi ampia e ragionata, adattata al contesto italiano e utile per chi vuole comprendere i motivi per cui sempre meno medici di medicina generale inglesi scelgono di convenzionarsi secondo il modello classico.

📄 Il declino della convenzione

Negli ultimi dieci anni, il numero di medici convenzionati in Inghilterra è diminuito drasticamente. Secondo il documento, il 25% dei medici in convenzione ha lasciato il modello negli ultimi 10 anni, scegliendo forme contrattuali più stabili come l'impiego da dipendente presso NHS Trusts o Primary Care Networks. Questo calo non è solo numerico ma strutturale, e il RCGP esprime preoccupazione per la sostenibilità del sistema.

⚠️ Le principali cause del declino

### 1. Responsabilità personale illimitata

I medici convenzionati inglesi sono legalmente e finanziariamente responsabili delle attività dello studio, comprese le spese per il personale, gli immobili e gli eventuali debiti. In assenza di una distinzione tra responsabilità professionale e personale, il rischio è percepito come troppo elevato, soprattutto dalle nuove generazioni. Basti considerare che, non esistendo un reale massimale di pazienti, i MMG gestiscono studi medici molto grandi e quindi anche ingenti fondi.

### 2. Gestione economica e immobiliare

Seppur il sistema sanitario rimborsi i costi di affitto degli studi medici ogni trimestre molti medici sono proprietari degli immobili in cui operano. Questo vincolo crea una barriera d'ingresso per i giovani medici, che non vogliono accollarsi mutui o costi di ristrutturazione. I medici più anziani, invece, faticano a trovare colleghi disposti a subentrare come acquirenti delle quote, determinando un problema anche nella trasmissione generazionale della convenzione.

### 3. Carico burocratico e amministrativo

I medici convenzionati devono occuparsi della gestione di personale, bilanci, approvvigionamenti, standard di sicurezza, tecnologia, e relazioni con enti locali. Questo carico gestionale toglie tempo all'attività clinica e disincentiva l'ingresso di nuovi colleghi.

### 4. Incertezza normativa

Le riforme frequenti e non coordinate della sanità inglese (come la creazione delle Integrated Care Systems) generano un contesto normativo instabile, che dissuade i giovani dall'investire in un modello percepito come in via di superamento.

Perché i giovani medici non scelgono la convenzione?

Il documento rileva che i giovani medici inglesi preferiscono contratti stabili, con orari definiti e senza responsabilità imprenditoriali. Le ragioni principali sono:

- Desiderio di equilibrio vita-lavoro
- Avversione al rischio finanziario
- Mancanza di formazione manageriale
- Percezione negativa della convenzione da parte dei colleghi senior

Molti neolaureati accedono a ruoli da dipendente, oppure optano per incarichi a termine o part-time. Il RCGP segnala che la scelta non è clinica ma organizzativa: i giovani non rifiutano la medicina generale, rifiutano il modello convenzionale.

### Ruolo del NHS e delle istituzioni

Il documento denuncia una progressiva disattenzione del governo nei confronti della convenzione. Le politiche sanitarie tendono a favorire modelli di integrazione orizzontale (come le PCN – Primary Care Networks) e verticalizzazione nei grandi trust ospedalieri, a scapito dell'autonomia professionale.

Il RCGP chiede:

- Valutazione indipendente dei nuovi modelli prima della loro implementazione su larga scala
- Sostegno economico e normativo per chi vuole entrare in convenzione
- Semplificazione burocratica
- Separazione tra responsabilità clinica e amministrativa

### Conclusioni del RCGP

Il documento riafferma il valore clinico e comunitario della convenzione, sottolineando che essa:

- Garantisce continuità e prossimità di cura
- Favorisce innovazione clinica locale
- Offre autonomia gestionale e maggiore capacità di adattamento ai bisogni territoriali

Tuttavia, senza riforme strutturali, la convenzione è destinata a diventare marginale. Il RCGP propone una visione evolutiva, in cui la convenzione sia modernizzata ma non abbandonata, offrendo flessibilità, protezione e sostenibilità per attrarre le nuove generazioni.



Fonte ufficiale:

RCGP - GP Partnership Principles (maggio 2025)



## **Principi di partnership tra medici di base**

**Maggio 2025**

### **Riepilogo**

Il Royal College of General Practitioners (RCGP) sostiene da tempo "un'economia mista di modelli contrattuali per l'erogazione della medicina generale, riconoscendo al contempo i vantaggi e l'importanza del modello del libero professionista".

Ciò si basa sulla consapevolezza che il modello del libero professionista presenta numerose virtù intrinseche, tra cui il rafforzamento del ruolo di advocacy dei medici di base nei confronti dei pazienti e la salvaguardia della stabilità della pratica, che contribuiscono alla continuità assistenziale.

È quindi fondamentale che lo status di libero professionista venga mantenuto e che, ove necessario, il modello di partnership venga supportato per evolversi, al fine di garantire che rimanga un'opzione praticabile per l'erogazione dei servizi di medicina generale in futuro.

Allo stesso tempo, il RCGP riconosce la necessità di sviluppare nuove modalità di lavoro al fine di garantire che la medicina generale possa continuare a fornire cure di alta qualità ai pazienti e sia ripristinata su basi sostenibili. Molti membri del RCGP sono stati coinvolti nello sviluppo e nell'implementazione di nuovi modelli di assistenza per diversi anni e questo è apprezzato e sostenuto.

Siamo ora a un punto in cui stiamo assistendo a un calo del numero di medici di base partner, con un numero crescente di neo-abilitati che non desiderano aderire al tradizionale modello di partnership, a causa delle preoccupazioni relative al rischio finanziario e alla burocrazia eccessiva associata alla gestione di uno studio. Ciò pone la possibilità concreta di un ambiente in cui ci sono troppo pochi medici di base partner disponibili a supportare un approccio di partnership all'erogazione della medicina generale. In alcune parti del paese sono stati sviluppati diversi approcci alternativi al modello di partnership con i medici di base per sostenere la resilienza e l'adattabilità della medicina generale, pur mantenendo e sviluppando i punti di forza della partnership tradizionale.

Questo documento propone alcuni dei principi chiave che il RCGP ritiene necessari per considerare queste varianti sul tema della partnership ed esplora i potenziali punti di forza e i limiti delle varie strutture in relazione a questi principi.

Il documento è stato redatto per sensibilizzare i nostri membri e le parti interessate su questi nuovi approcci alla partnership. Il RCGP rimane impegnato a collaborare con i governi, la BMA e i partner del sistema per identificare e supportare modelli di medicina generale sostenibili e di alta qualità, adatti al futuro.

La BMA, in quanto sindacato dei medici, è l'organizzazione chiave che sarà coinvolta nelle trattative contrattuali con il governo. Dobbiamo salvaguardare i nostri rapporti con i pazienti, che considerano la loro "pratica" come il luogo in cui affidano la propria salute.

### **Funzioni principali della medicina generale**

Il RCGP definisce un medico di base come "un medico consulente in medicina generale. I medici di base possiedono una competenza ed esperienza specifiche nel fornire assistenza medica completa alla persona, gestendo al contempo la complessità, l'incertezza e il rischio associati all'assistenza continuativa che forniscono.

I medici di base operano al centro delle loro comunità, impegnandosi a fornire un'assistenza completa ed equa a tutti, tenendo conto dei loro bisogni sanitari, della fase della vita e del background.

I medici di base lavorano, si collegano e guidano team multidisciplinari che si prendono cura delle persone e delle loro famiglie, nel rispetto del contesto in cui vivono, con l'obiettivo di garantire che tutti i loro bisogni di salute fisica e mentale siano soddisfatti".

È un principio fondamentale che la medicina generale offra un'offerta di assistenza completa, consentendo ai pazienti di accedere universalmente al proprio medico di famiglia e al team del medico di base per una vasta gamma di problemi urgenti e non urgenti, dalla culla alla tomba. Il RCGP si aspetta che la medicina generale fornisca:

- Continuità assistenziale
- Visite in giornata e visite di routine
- Gestione delle principali patologie a lungo termine e assistenza proattiva
- Vaccinazione e immunizzazione per pazienti vulnerabili e affetti da patologie a lungo termine
- Cure palliative

Mentre si valutano modalità nuove e innovative per erogare l'assistenza sanitaria di base e per consentire l'erogazione dell'assistenza più vicino a casa, è fondamentale che le funzioni fondamentali sopra menzionate

siano tutelate e promosse e che i vantaggi intrinseci dello status di libero professionista siano mantenuti. Nuove modalità di lavoro avranno inevitabili implicazioni sul modo in cui viene affrontato il modello di partnership con i medici di base, e queste dovrebbero essere esplorate tenendo presente l'importanza dell'accesso universale alla medicina generale.

### **Informazioni generali sul modello di partnership**

La posizione del RCGP sul modello di partnership è delineata nella sintesi. L'indagine indipendente di Lord Darzi del 2024 sul Servizio Sanitario Nazionale in Inghilterra ha rilevato che "[in quanto] aziende indipendenti, gli studi medici di medicina generale hanno la migliore disciplina finanziaria nel settore sanitario, poiché non possono accumulare ingenti deficit nella convinzione di essere salvati".

Questa solida gestione finanziaria e il conseguente rapporto costi-benefici che il modello di partnership tra medici di medicina generale può offrire, nonché la sua capacità di offrire "innovazioni locali che [migliorano] l'accesso e la qualità delle cure, alleviando al contempo la pressione sugli ospedali per acuti", devono essere riconosciuti e tutelati.

Tuttavia, il panorama della medicina generale si è evoluto in modo significativo nell'ultimo decennio. In questo momento di significativi cambiamenti e mutamenti all'interno del sistema sanitario, il RCGP è desideroso di partecipare alle discussioni sul futuro della medicina generale e sul modello di partnership al fine di fornire il più alto standard di assistenza possibile ai nostri pazienti.

Il recente articolo dei Nuffield Trusts "Il modello di partnership nella medicina generale è precedente al NHS. È ora il momento di cambiarlo?" evidenzia alcuni importanti rischi per l'assistenza ai pazienti se non si interviene per garantire il futuro dei modelli di erogazione contrattuale per la medicina generale.<sup>2</sup>

Il numero di medici di base partner in Inghilterra è diminuito del 25%, passando da 24.491 nel 2015 a 18.367 nel 2025. Nel frattempo, il numero di medici di base stipendiati in Inghilterra è aumentato dell'81%, rappresentando ora il 48% della forza lavoro.

Questo cambiamento riflette una tendenza più ampia, con un minor numero di tirocinanti e medici di base all'inizio della carriera che scelgono la partnership.

Dal 2015, il numero di medici di base che collaborano con la partnership è diminuito in tutte le fasce d'età, ad eccezione della fascia 60-65, con una netta riduzione del 72,9% tra i 30-34enni.<sup>3</sup> Questo calo è dovuto a una serie di fattori complessi, tra cui il carico di lavoro e le pressioni burocratiche associate alla gestione di una partnership, che non solo scoraggiano i nuovi partner, ma possono contribuire a un ciclo di crescente carico di lavoro per coloro che rimangono.

Ulteriori ostacoli includono l'esposizione a responsabilità personale illimitata nei tradizionali accordi di partnership e, in alcuni casi, limitate opportunità di entrare in una partnership a causa degli accordi esistenti. Sebbene anche gli atteggiamenti sociali nei confronti dell'equilibrio tra lavoro e vita privata stiano cambiando,

il modello di partnership ha il potenziale per offrire la flessibilità che molti giovani medici di base ricercano, se si affrontano pressioni chiave come il carico di lavoro e la responsabilità.

Questi sono ambiti in cui un'azione mirata da parte dei governi e dei partner del sistema potrebbe fare una differenza significativa. Nel 2024, il 55% degli iscritti al RCGP ha affermato che la riduzione del rischio finanziario renderebbe più attraente diventare un partner di medicina generale.<sup>4</sup>

Con l'adattamento e la risposta della medicina generale alle aspettative della forza lavoro moderna, all'evoluzione dei bisogni sanitari della comunità e alla più ampia trasformazione del sistema, emerge chiaramente la necessità e l'opportunità di rafforzare e proteggere una medicina generale sostenibile e di alta qualità al centro del NHS.

Ciò richiederà di considerare una serie di misure per migliorare l'attrattiva e l'accessibilità della partnership con i medici di base, in particolare limitando il rischio individuale e offrendo un supporto mirato ai medici di base all'inizio della carriera.

### **Revisione del partenariato GP**

Nel 2018, il governo del Regno Unito ha commissionato una revisione del partenariato GP con l'obiettivo di individuare come rinviare il modello alla luce delle sfide emergenti.<sup>5</sup> Sebbene alcune delle raccomandazioni della revisione siano state attuate, come quella di procedere con l'istituzione di un sistema di indennizzo garantito dallo Stato, molte altre non sono state portate avanti:

- Una delle raccomandazioni specifiche per l'Inghilterra della revisione era quella di valutare la possibilità di consentire alle partnership GP di detenere contratti GMS o PMS tramite strutture giuridiche alternative, come le società a responsabilità limitata (LLP) o le società di interesse comunitario (CIC).

Ciò richiederebbe modifiche alla legislazione primaria per consentire a questi modelli di detenere contratti NHS fondamentali e garantire l'accesso continuo al regime pensionistico NHS. - Un'altra raccomandazione chiave in sospeso emersa dalla Partnership Review è quella di attenuare il rischio e la responsabilità personali associati all'essere intestatario di un contratto di locazione o proprietario di un immobile.

Un'idea raccomandata e delineata dalla revisione è stata l'introduzione di una clausola di cessione più completa, che potrebbe consentire al NHS di continuare a pagare i costi di locazione in circostanze concordate, per cercare di contribuire a ridurre le preoccupazioni relative alle implicazioni di essere l'"ultimo socio in piedi" e dover chiudere l'attività pur continuando a pagare l'affitto. La revisione ha inoltre raccomandato che NHS England e GPC forniscano maggiore supporto e indicazioni alle partnership su come separare la proprietà immobiliare dagli altri aspetti del modello di partnership, ma sono stati compiuti pochi progressi in questo ambito.

### **Principi per rafforzare il modello di partnership con i medici di base**

Abbiamo identificato quattro principi su come le funzioni principali della medicina generale e i punti di forza del modello del libero professionista possano essere tutelati e promossi, valutando al contempo eventuali approcci alternativi che potrebbero rendere la partnership con i medici di base più attraente e accessibile:

#### **1. I punti di forza del modello di partnership tradizionale, basati su quelli identificati dalla Revisione della Partnership, dovrebbero essere mantenuti il più possibile:**

- Gli studi dovrebbero mantenere una relativa autonomia, con un budget concordato, nelle decisioni relative all'organizzazione e all'erogazione dell'assistenza ai pazienti, con la capacità di agire come validi difensori indipendenti dei pazienti e la flessibilità necessaria per innovare:

Ciò consente ai medici di base di agire come validi difensori dei propri pazienti, di adattare i servizi alle esigenze locali e di innovare in risposta al cambiamento. Il modello di partnership, in genere un modello di piccola o media impresa, supporta un processo decisionale reattivo e agile, radicato in una profonda conoscenza della comunità, rafforzato da elenchi di pazienti registrati e da solide relazioni medico-paziente.

- I pazienti dovrebbero rimanere in contatto e avere un rapporto personale con il proprio medico di base di quartiere, con il lavoro su larga scala che si svolge "dietro le quinte":

bisogna valutare quali attività siano meglio erogate a quale livello di scala, tenendo conto dei vantaggi dei servizi di quartiere su piccola scala, radicati nelle comunità, che garantiscono la continuità assistenziale,

mentre le funzioni di back office su larga scala possono offrire efficienza laddove ciò sia utile per i servizi e le popolazioni locali.

- Gli studi dovrebbero essere fisicamente collegati e responsabili nei confronti di una comunità: gli studi di medicina generale sono più efficaci quando sono integrati nelle comunità che servono. L'attuale modello di partnership consente e promuove anche la responsabilità collettiva e il processo decisionale nel contesto di una comunità locale, e questo dovrebbe continuare. Una presenza fisica nella comunità, la vicinanza ai pazienti e la responsabilità locale condivisa sono essenziali per la fiducia e l'accessibilità.

- La capacità degli studi di fornire un buon rapporto qualità-prezzo al sistema dovrebbe essere salvaguardata: È ampiamente riconosciuto, anche dal rapporto Darzi, che la medicina generale è finanziariamente efficiente e che i vantaggi del modello di partnership di proprietà aziendale impediscono che la medicina generale vada in deficit.<sup>6</sup> Analogamente, la medicina generale offre valore ai pazienti e al sistema sanitario più ampio attraverso gli sforzi di prevenzione, la gestione delle presentazioni indifferenziate e il contenimento del rischio per contribuire a limitare i ricoveri e le pressioni su altre parti del sistema.

- Gli studi dovrebbero continuare a essere supportati per garantire la continuità delle cure: I benefici della continuità delle cure per pazienti, professionisti e il sistema sanitario più ampio sono ampiamente dimostrati e compresi: la continuità per la maggior parte possibile della popolazione di pazienti, e in particolare per quei gruppi in cui l'evidenza mostra i maggiori benefici, deve essere tutelata e considerata prioritaria nella medicina generale. Gli approcci migliori per garantire la continuità variano a seconda delle esigenze locali e della composizione dei pazienti e del personale, ma un aspetto comune in cui questa soluzione funziona bene è consentire ai team di piccoli studi di prendersi cura di un elenco definito di pazienti nella loro località.

## **2. È necessario valutare i diversi modi esistenti di approcciare il modello di partnership.**

Approcci alternativi potrebbero essere considerati attraverso obiettivi chiave, tra cui:

- Erogazione operativa
- Equilibrio tra forza lavoro e carico di lavoro
- Effetto sulle disuguaglianze sanitarie
- Rapporto costi-efficacia e valutazione a breve, medio e lungo termine
- Reti esistenti o programmi di erogazione di sistemi integrati
- Collegamento e comprensione delle comunità locali e capacità di risposta ai loro bisogni
- Accettabilità da parte dei medici di base che operano in questi modelli e probabilità che questi li incoraggino a farlo.

## **3. Garantire un percorso di carriera a lungo termine, sostenibile e soddisfacente per i medici di base, riducendo al minimo le attuali sfide e barriere che li scoraggiano**

## **4. Evitare l'integrazione verticale laddove siano possibili opzioni alternative:**

- Sebbene vi siano prove limitate sui pro e i contro dell'integrazione dei medici di medicina generale nelle aziende ospedaliere, un importante studio del NIHR suggerisce che vi sono miglioramenti modesti e solo temporanei nell'utilizzo dei servizi ospedalieri da parte dei pazienti, nessun impatto sull'esperienza di cura del paziente e i pazienti con patologie a lungo termine sembrano ricevere una continuità assistenziale decrescente. Sebbene possano essere necessarie alternative in aree in cui il modello di partnership con i medici di medicina generale si trova ad affrontare particolari sfide, l'integrazione verticale pone rischi per l'erogazione di un'assistenza continua personalizzata che si collochi al centro della comunità di un paziente. Pertanto, altre opzioni dovrebbero sempre essere considerate prioritarie. Raccomandazioni più ampie a supporto della futura forza lavoro della medicina generale.

Oltre alla valutazione di misure volte a rafforzare e migliorare il modello del libero professionista e la partnership con i medici di base, vi sono cambiamenti chiave che potrebbero apportare ulteriori benefici in termini di fornitura del più alto standard di assistenza ai pazienti e di mantenimento dei medici di base, tanto necessari, all'interno del modello di partnership. Questi includono:

- Accelerare l'estensione dell'offerta di servizi di salute e benessere sul lavoro in tutta l'assistenza primaria, come stabilito per l'Inghilterra nel Piano a Lungo Termine per la Forza Lavoro.

- Maggiore incoraggiamento e agevolazione della flessibilità nella pianificazione del lavoro per consentire ai medici di base di svolgere una varietà di ruoli nell'ambito di una settimana a tempo pieno, incluso il lavoro in un ruolo esteso accreditato (come all'interno di un Servizio di Quartiere in Inghilterra), nell'insegnamento, nella ricerca, nell'assegnazione di incarichi e nell'assunzione di posizioni di leadership all'interno di comitati di assistenza integrata (ICB) e strutture corrispondenti nelle nazioni devolute.
- Opportunità di collaborare su larga scala con altri studi per condividere dati e sviluppare approcci nuovi e migliori all'assistenza ai pazienti.

### **Confronto tra i modelli organizzativi esistenti (tabella seguente)**

Attualmente, nell'ambito della medicina generale sono in vigore diversi modelli organizzativi. Questi sono modellati (e a loro volta modellano) dal tipo di contratto NHS in essere, dalle esigenze della popolazione locale di pazienti e dalle preferenze dei dirigenti. Inoltre, la scelta della struttura organizzativa legale non influisce solo sull'erogazione dei servizi e sulla governance, ma comporta anche significative implicazioni fiscali e finanziarie.

Ad esempio, le società di persone tradizionali operano con un regime fiscale di lavoro autonomo e responsabilità personale illimitata, mentre i modelli di società di persone offrono tutele a responsabilità limitata ma sono soggetti all'imposta sulle società.

Questi fattori svolgono un ruolo chiave nel determinare la sostenibilità a lungo termine, la flessibilità e l'attrattiva dei diversi modelli per i medici di base, sia attuali che futuri.

### **È necessario considerare anche fattori come la trasparenza finanziaria.**

Ad esempio, l'obbligo per modelli come le società a responsabilità limitata (LLP) e le società di interesse comunitario (CIC) di pubblicare i bilanci può offrire una maggiore trasparenza dei profitti rispetto ad altri modelli. Analogamente, la trasparenza degli investimenti varia a seconda del contratto GMS, ad esempio offrendo chiarezza sui fondi investiti, mentre altri modelli, come quelli guidati dal NHS Trust, rischiano di essere più opachi.

Anche l'impatto sulla popolazione coperto dai diversi modelli è un fattore importante, con evidenze che dimostrano che la soddisfazione del paziente e la continuità assistenziale sono maggiori negli studi più piccoli.<sup>8,9</sup> Analogamente, i modelli che separano la proprietà aziendale dall'erogazione clinica possono rischiare di introdurre una distanza percepita o effettiva tra decisori e pazienti.

L'evidenza suggerisce che la soddisfazione del paziente è spesso più elevata nei modelli che supportano la continuità e la governance guidata dal medico, mentre i modelli più aziendalizzati o centralizzati possono avere difficoltà a mantenere questo collegamento, a seconda dell'accordo.<sup>10,11</sup>

Gli studi con più medici di base partner per paziente ottengono risultati migliori in termini di esperienza del paziente e punteggi di accesso, evidenziando il valore di una leadership clinica a lungo termine, responsabile a livello locale, integrata nel modello di partnership.<sup>12</sup>

Nella tabella seguente, abbiamo riassunto alcuni dei diversi modelli attualmente in fase di esplorazione nel Regno Unito, poiché offrono una panoramica delle possibili modalità di organizzazione dell'erogazione dei servizi di medicina generale.

| Model                                                                       | Description                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Strengths                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Limitations                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Examples                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Traditional GP Partnership                                                  | Independent contractor model. Partners own and manage the practice as an independent autonomous business, holding the contracts for service delivery with NHS. Physical premises may be owned by partners, or leased. Partners operate as self-employed contractors, who share profits of the business. Partners are jointly and individually liable for business and financial risks. In England and Wales, GP Partnerships typically hold a General Medical Services (GMS) contract.                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>+ GPs have greater autonomy in decision-making for patient care</li> <li>+ Flexibility and responsive services – practices can develop specific 'ethos of care'</li> <li>+ Incentivises efficiency</li> <li>+ Effective and positive partnerships can strengthen professional relationships, supporting GP experiences, retention &amp; long-term career stability, when successful.</li> <li>+ Access to NHS Pension Scheme</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unlimited personal liability</li> <li>- Shared responsibility for partners' actions - accountability for HR/staffing and wider practice management</li> <li>- Challenges in partner recruitment and retention</li> <li>- On premises: risk of negative equity with freehold buildings and/or liability for long-term leases</li> </ul>                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Associate Partnership                                                       | A developing approach to traditional Partnership whereby Salaried GPs take on enhanced responsibilities often with less liability and financial risk, (contracts may vary). This can be a progressive pathway to partnership. More likely to be feasible in larger scale or multi-site practices. Importantly, this model requires 'traditional' GP partners to operate, a practice cannot be run by Associate Partners alone.                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Reduces personal risk and liability for individuals in a practice.</li> <li>+ Flexibility and lower risk appeals to younger GPs and those entering the workforce (early-career GPs), promoting retention/recruitment.</li> <li>+ May support practice sustainability, via progression/succession planning.</li> </ul>                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- May not have full autonomy and voting rights/say in business</li> <li>- Variation in delivery and often no clear pathway or gold-standard for progression</li> <li>- May drive imbalance/inequity between GP staff</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Priory Medical Group, York</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Scaled-up Independent Providers:</b>                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Super Partnership                                                           | Retaining the traditional partnership model, multiple GP practices merge under a single business structure to form a single partnership, sharing governance, workforce, and back-office functions.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Economies of scale &amp; financial stability</li> <li>+ Opportunities for diversification, practices may specialise in specific clinical areas and/or link patient data to develop and provide enhanced services</li> <li>+ Enhanced workforce resilience</li> <li>+ Multidisciplinary team support</li> <li>+ Access to NHS Pension Scheme</li> </ul>                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personal liability exposure, although may be less than smaller-scale traditional partnership.</li> <li>- May streamline operations through scale, but increase organisational bureaucracy</li> <li>- Limited independence</li> <li>- Risk of imbalance of resource distribution, workload and earnings/rewards between practices</li> <li>- Potential loss of localised relationships and continuity, depending on structure &amp;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <a href="#">Haxby</a> (NFP, derisking through a layered model, combination of traditional partnership, corporate companies limited by shares, and an LLP)</li> <li>- <a href="#">Modality Partnership</a></li> <li>- <a href="#">Our Health Partnership</a></li> </ul> |
|                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | delivery – associated risk of reduced patient satisfaction                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | - <a href="#">LoGranta Medical Practices (Granta)</a>                                                                                                                                                                                                                                                           |
| GP Federations                                                              | Independent practices collaborate through formal or informal networks while retaining individual contracts. GP Federations can be legally structured in different ways, such as a Company Limited by Shares (Ltd), a Limited Liability Partnerships (LLP), a Community Interest Company (CIC), or as a 'Super Partnership'. If incorporated, profits may be subject to corporation tax. May face challenges with holding core GP contracts, e.g. GMS/PMS in England.                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Ability to share back-office functions and resources</li> <li>+ Ability to deliver larger-scale and enhanced services</li> <li>+ May limit personal liability (derisk)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Complexity of governance</li> <li>- Variations in engagement among member practices</li> <li>- May not suit rural areas due to distances between practices</li> <li>- Some may not be eligible for the NHS Pension Scheme</li> </ul>                                                                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="#">Fylde Coast Medical Services</a> (NFP Social Enterprise)</li> <li>▪ <a href="#">Suffolk GP Federation</a></li> <li>▪ <a href="#">Together First CIC</a> (a GP Federation CIP)</li> </ul>                                                                   |
| <b>Different Ownership Models:</b>                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Companies Limited by Shares (Ltd) or Guarantee                              | An alternative legal structure that gives partners protection by limiting personal liability for business debts and obligations. Can be described as a 'hybrid' model between a limited company and traditional partnership. Roles and arrangements for partners can be defined via partnership agreements. Typically, profits are subject to corporation tax. May face challenges with holding core GP contracts, e.g. GMS/PMS in England.                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Reduces personal risk and liability</li> <li>+ Offers flexibility of management and operations, and scope for investment.</li> <li>+ Process of changing partners can be smoother and support business stability (less costly and bureaucratic)</li> </ul>                                                                                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Varied pension and tax implications for partners and staff, depending on set-up</li> <li>- <a href="#">Can be costly and complex to set up and administer</a></li> <li>- Risk to patient satisfaction if business owners/managers are at a distance from patients</li> </ul>                                                                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="#">Primary Care Sheffield</a> (a social purpose organisation and a Limited Liability Company by shares)</li> <li>▪ <a href="#">Operose Health</a> (Super Partnership)</li> </ul>                                                                              |
| Limited Liability Partnerships (LLPs) (not yet viable for the GMS contract) | An alternative legal structure that gives partners protection by limiting personal liability for business debts and obligations. Can be described as a 'hybrid' model between a limited company and traditional partnership. Roles and arrangements for partners can be defined via partnership agreements. Typically, LLPs are considered tax-transparent (not subject to corporation tax) and partners are taxed individually. <a href="#">LLPs face challenges with holding core GP contracts</a> , e.g. GMS/PMS in England. | <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Reduces personal risk and liability</li> <li>+ Offers flexibility of management and operations, and scope for investment.</li> <li>+ Process of changing partners can be smoother and support business stability (less costly and bureaucratic)</li> </ul>                                                                                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Varied pension and tax implications for partners and staff, depending on set-up</li> <li>- Can be costly and complex to set up and run</li> <li>- Risk to patient satisfaction if business owners/managers are at a distance from patients</li> </ul>                                                                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="#">Better Health MCR</a> (a Limited Liability Partnership PCN with social enterprise principles)</li> </ul>                                                                                                                                                   |
| Community Interest                                                          | A regulated social enterprise model – a special type of limited company which exists to benefit the community rather than private                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Supports NHS and local authority commissioned contracts</li> <li>+ Community integration</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Greater regulation and bureaucracy</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="#">Together First CIC</a> (a GP Federation CIP)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                    |

|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Company (CIC)                            | shareholders. Typically, CICs are independent, employee-owned businesses – locally managed, nationally regulated. Requires a "community interest test" and an "asset lock" to ensure assets and profits are used for community benefit, not private gain, and is overseen by the CIC Regulator. Typically, profits are subject to corporation tax. May face challenges with holding core GP contracts, e.g. GMS/PMS in England.                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Options for diversification beyond traditional GP</li> <li>+ May be eligible for specific grant funding or tax reliefs.</li> <li>+ Enables retention of profits over time for future/contingency costs – supports business resilience and responsiveness</li> <li>+ Reduces personal liability exposure</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- May not be suitable for most practices (factors incl. local context, tax, scale)</li> <li>- Varied pension and tax implications for partners and staff, depending on set-up</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                            |
| Community Benefit Societies (CBS)        | A regulated social enterprise model for public benefit, typically registered under the Co-operative and Community Benefit Societies Act 2014 and regulated by the Financial Conduct Authority (FCA). Typically commissioned under APMS contracts (flexible specificity, but time-limited and subject to tender). Challenges with holding core GP contracts, e.g. GMS/PMS in England.                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Often, integrated relationship-based care for complex, high-need groups, via multidisciplinary teams and cross-sector services.</li> <li>+ Reduces personal liability exposure</li> <li>+ May be eligible for specific grant funding.</li> </ul>                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Can be costly and complex to set up and administer</li> <li>- Long-term funding and legal obligations challenges may impact sustainability and workforce retention</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="#">York Street Health Practice</a> (run by Bevan Community Benefit Society)</li> </ul>                                                                                   |
| Employee Ownership Trusts (EOT)          | A less common model whereby all staff are co-owners of a limited liability company and share in its success, with shares being held in a trust. Typically, a representative Board will make managerial and financial decisions, accountable to a staff committee. Clinical liability risk is mitigated through insurance, and business liability sits with the ICB or respective equivalent in the devolved nations. May face challenges with holding core GP contracts, e.g. GMS/PMS in England. | <ul style="list-style-type: none"> <li>+ More flexible, supports recruitment and retention</li> <li>+ All staff have a greater say and leadership opportunities</li> <li>+ Reduces personal liability exposure</li> <li>+ Possible alternative for practices with few Partners</li> </ul>                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficulties with set-up and comparison, as sparse guidance for processes/ and evaluation of impact exists.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="#">Central Surrey Health (CSH)</a> (a NFP employee owned, social enterprise model, community health provider)</li> </ul>                                                 |
| <b>Trust-Integrated Models:</b>          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                            |
| Vertically Integrated Model (NHS Trust)  | Acute trusts take responsibility for running GP practices, with staff as NHS employees, forming a single NHS organisation across primary, secondary and community services. This is a novel and uncommon model. A <a href="#">2023 NIHR evaluation</a> concluded: 'vertical integration can lead to modest reductions in use of hospital services and has minor or no impact on patient experience of care', with no case for widespread roll-out. <sup>13</sup>                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>+ GP Partners can retain clinical leadership with protection from personal liability exposure</li> <li>+ Sub-contracting approach</li> <li>+ Cross-sector networks</li> </ul>                                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reduced autonomy/independence and flexibility to meet local needs</li> <li>- Difficulties with set-up and comparison, as sparse guidance for processes/ and evaluation of impact exists.</li> <li>- Potential loss of localised patient relationships,</li> </ul>                                                                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="#">Royal Wolverhampton NHS Trust</a></li> <li>▪ <a href="#">Northumbria Primary Care</a> (Integrated, at-scale PCN, wholly owned Primary Care subsidiary of a</li> </ul> |
|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | depending on structure & delivery.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Foundation Trust, led by a primary care Board of Directors)                                                                                                                                                                |
| Managed Practices                        | In the event that a GP practice hands back its contract (e.g. GMS or PMS in England), instead of closing, the practice may be taken over by a Federation or Trust to manage oversight and delivery of services for continuity.                                                                                                                                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>+ May support continued delivery of services and continuous care for the populations/communities on the practice list.</li> <li>+ May provide practice staff with alternate employment/stability</li> </ul>                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Potentially more expensive and increased layers of bureaucracy</li> <li>- Significant considerations for the original practice operators (legal, tax, contractual, employment).</li> <li>- If taken over by a Trust, autonomy and voice of primary care may be limited within the wider structure.</li> <li>- Significantly more expensive and can rely on increased number of temporary staff, such as GP locums</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                            |
| Horizontal Integration (Community Trust) | Community Trusts take responsibility for running GP practices.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Promotes integrated neighbourhood working (aligned with 10 year health plan ambitions)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reduced autonomy/independence</li> <li>- Potential loss of localised patient relationships, depending on structure &amp; delivery.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="#">Hampshire and Isle of Wight Healthcare NHS Foundation Trust</a></li> </ul>                                                                                            |

Alcune di queste strutture sono ben consolidate, mentre altre sono più innovative e sono ancora in fase di sviluppo.

Ogni modello offre diversi punti di forza e limiti, che abbiamo considerato in relazione ai nostri principi a supporto del modello di partnership con i medici di base, pur riconoscendo che il contesto locale è essenziale per determinare l'idoneità di qualsiasi approccio.

Il RCGP rimane impegnato a collaborare con i governi, la BMA e i partner del sistema per identificare e supportare modelli di medicina generale sostenibili e di alta qualità, adatti al futuro.

La BMA, in quanto sindacato dei medici, è l'organizzazione chiave che sarà coinvolta nelle trattative contrattuali con il governo. Dobbiamo salvaguardare i nostri rapporti con i pazienti, che considerano la loro "pratica" come il luogo in cui ripongono la loro salute.

## La colata piroclastica inarrestabile

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

16 GIU - Gentile Direttore,

le comunità sono “sistemi complessi che manifestano proprietà emergenti” e come tali dovrebbero essere considerate. L'anonimato e la frenesia del vivere quotidiano hanno però indebolito la trama che legava quelle realtà complesse. Alcuni storici valori (le relazioni, le identità, il mutuo sostegno...) possono, forse, ancora essere ritrovati solo nei piccoli centri o nei quartieri/rioni.

La così detta “pro-attività” delle comunità è svilita da una forte istituzionalizzazione se non da una ossessiva attività amministrativa che disancora ancor di più le componenti territoriali dagli organismi ufficiali. Numerosi sono gli esempi di formazioni culturali o di volontariato studiate a tavolino nei corridoi che contano mascherate poi da iniziative originate dalla collettività da utilizzare come produttori di opinione pubblica (opinion makers o influencer). Anche in questo campo è molto difficile riuscire a liberarsi dell'economicismo e dal business.

Sorprende ancora di più come alcuni distretti si siano ossessivamente impegnati, nella loro pur legittima funzione politica-amministrativa, a distruggere negli anni ogni forma innovativa di partecipazione faticosamente realizzata da professionisti e cittadini.

Sono recenti le nuove trovate (furbacchione) di accorpamento funzionale di AFT al fine di poter dichiarare di avere una Casa della Comunità hub per ogni AFT (riducendone di fatto il numero da attivare). Gli accorpamenti diventano ambiti eccessivi, funzionali all'amministrazione ma antitetici alle comunità. Si realizza così una situazione molto particolare dove diventa obbligatorio, per i mmg singoli o di CdC spoke, “interfacciarsi”, “rimodularsi”, “partecipare alle turnazioni”.

Si prefigurano ipotesi di Case della Comunità inserite addirittura all'interno degli ospedali dove le recenti ristrutturazioni nosocomiali hanno liberato numerosi “padiglioni” che gli assessorati vorrebbero riutilizzare. Esempio plastico di assistenza territoriale di prossimità!

E' verosimile che tutto questo disastro intellettuale/culturale derivi “ab origine” dall'errata interpretazione del concetto di “prossimità” suggerito dal documento “Nex generation UE” e tradotto in un pensiero uniformato, unico, tenace ed ostinato (Case della Comunità). Le CdC sono state accreditate di una aspettativa tale, rigida ed indiscutibile, da divenire foriera di facili profezie avverse autoavverantesi. Ma non sarebbe più comprensibile chiamarle Case della Salute delle comunità?

Dietro alla fascinazione di ciò che viene venduto come innovazione sanitaria-sociale si possono inoltre intravedere logiche tipicamente tecnocratiche e di iper-istituzionalizzazione del concetto salute dove le elaborazioni, soprattutto di ausl e distretti, non risentono mai gli effetti di un effettivo confronto (indipendente) con ciò che già esiste nei territori: esperienze di bene-vivere o di bene-essere e di co-operazione tra operatori e cittadini in grado, nel tempo, di riparare il disastroso disegno progettuale territoriale in atto che sembra inarrestabile.

Per argomentare ulteriormente il tema si potrebbe dire che la letteratura di settore sembra bocciare completamente le attuali amministrazioni sanitarie regionali e locali anche sul piano prettamente culturale. Non solo il termine con cui vengono definite le così dette innovazioni territoriali (CdC) ma anche le idee architettoniche risultano completamente fuori tempo, contro ogni concetto di cura intesa come bene-esistere e di partecipazione delle comunità.

Sia sufficiente ricordare alcuni esempi di Case della Salute di comunità: CdS di Comunità di Ballarat, a Vittoria, in Australia; la CdS di Comunità a Gravesend nei pressi di Londra chiamato Waldron Health Centre; la CdS di comunità di Orense in Spagna; la CdS di comunità chiamato Kentish Town Health Center di Londra; la CdS di Matta Sur a Santiago nel Cile chiamato Centro Comunitario de Salud Familiar; la CdS di comunità di Vézalay in Francia; la CdS di comunità a Rauma in Norvegia chiamata Holistic Healthcare; la CdS di comunità di Gibraleon in Spagna; la CdS di comunità di tipo educativo ad Amburgo detta “Tor zur welt” cioè “porta sul mondo”...

E' una policroma carrellata su idee e realizzazioni relative alle strutture sanitarie territoriali che hanno tutte la specifica caratteristica di essere molto belle. Anche moderne e funzionali ma soprattutto belle.

In questi edifici il personale che vi lavora e i pazienti ma anche i semplici cittadini di passaggio o che si trovano a prendere un caffè o a seguire una conferenza, si trovano molto bene e a loro agio. A volte guarire non è così importante come lo è in effetti l'essere perfettamente curati. L'ambiente, l'arte, il bello è già una cura (Film: Lo scafandro e la farfalla, miglior regia al Festival di Cannes, 2007).

Il paradosso è che "...del bel paese là dove 'l si suona..." cioè nella patria del bello pare essersi proprio smarrita la consapevolezza di una sua caratteristica riconosciuta a livello universale anche a causa del tormento di un pensiero uniformato che non ha concesso nessuno spazio ad ideazioni armoniose ed attraenti. Basterebbe una realizzazione simile a quelle ricordate nell'elenco per rendere inutili norme cogenti o forzose (ad es.: per i mmg).

E' come se un senso di mediocrità e di ricerca del massimo ribasso si sia impossessato anche delle menti e delle anime delle persone tanto che viene dato per scontato che le cose debbano andare così.

E la colata piroclastica è talmente potente nella sua progressione inerziale che nessuno (cittadini, associazioni, comunità, professionisti...) è in grado di modificare la sua evoluzione nefasta. Soprattutto si assiste ad una comunicazione completamente sbagliata ai cittadini cui si tende a far credere che gli asini volino pubblicizzando "un po' di prestazioni, (s)vendute come meglio di niente," distraendoli rispetto al loro diritto di presa in carico e di essere perfettamente curati (mdr da C.M. Maffei, Il DM77 è già in svendita..., QdS 13 giugno 2025)

Al fine, quando qualcuno finalmente riuscirà a tirare le somme di quanto capitato negli ultimi decenni al nostro sistema sanitario territoriale... a chi verranno attribuite le responsabilità?



## **La telemedicina avanza in farmacia: 5mila urgenze cardiache scoperte grazie all'Ecg o all'holter sotto casa**

*Solo nel 2024 sono state effettuate quasi un milione di prestazioni di telemedicina in oltre 11.000 farmacie che hanno portato alla rilevazione di oltre 116.000 anomalie*

[Marzio Bartoloni](#)

Scoprire una pericolosa aritmia cardiaca nella farmacia sotto casa per poi farsi curare e visitare presto da uno specialista o in alcuni casi, per quelli più gravi, correre al pronto soccorso per un intervento salva vita. E' quello che è già accaduto in diversi casi nell'ultimo anno grazie all'avanzamento della telemedicina nelle farmacie sempre più trasformate in farmacie dei servizi dove si possono fare gli screening e gli esami di base per i controlli di routine. Solo nel 2024 sono state effettuate quasi un milione di prestazioni di telemedicina in oltre 11.000 farmacie italiane che hanno portato alla rilevazione di oltre 116.000 anomalie su elettrocardiogramma, holter cardiaco e holter pressorio. Di queste, circa 5.000 sono state classificate come gravi, e hanno richiesto l'invio del paziente allo specialista o al Pronto Soccorso. I dati sono stati diffusi da Federfarma in vista degli Stati Generali della Prevenzione, promossi dal ministero della Salute e in programma il 16 e 17 giugno a Napoli.

### **Come funzionano gli esami e le altre prestazioni in farmacia**

Va ricordato che gli esami di telemedicina fatti in farmacia – come l'holter pressorio e cardiaco, l'elettrocardiogramma e molti altri – vengono mandati ai Centri di refertazione dove lavorano i medici specialisti - come i cardiologi - che analizzano e refertano i dati degli esami e nel caso di anomalie avvertono il farmacista e il cittadino che ha fatto l'esame di correre ai ripari, con la possibilità tra l'altro di avere già pronto un referto da inviare al servizio di emergenza del 118 come è accaduto già in diversi casi, guadagnando così tempo in caso fosse necessario operare d'urgenza. Oltre ai controlli cardiaci in farmacia si sono effettuati anche circa 5 milioni di test per lo screening del tumore del colon-retto circa 250mila screening per patologie

croniche quali diabete, ipertensione e ipercolesterolemia. Le farmacie, inoltre, hanno effettuato più di 55mila verifiche dell'aderenza alla terapia da parte di pazienti affetti da ipertensione, Bpco e diabete. Numeri che, secondo Federfarma, mostrano come le farmacie abbiano assunto un ruolo crescente nella sanità territoriale. Lo sviluppo di questa tipologia di servizi potrà poi essere favorito dalla piena implementazione del Fascicolo sanitario elettronico (Fse), alla cui attivazione hanno contribuito, sempre nell'ambito della sperimentazione, le farmacie fornendo supporto a oltre 2 milioni di cittadini.+

#### **Federfarma: la farmacia dei servizi va resa strutturale**

“La prevenzione si fa sempre di più in farmacia”, afferma **Marco Cossolo**, presidente nazionale di Federfarma. “Le farmacie si sono evolute per rispondere ai bisogni della sanità di prossimità, diventando presidi sanitari che erogano servizi essenziali di screening, monitoraggio e prevenzione, oltre alla dispensazione di farmaci”. Cossolo ricorda che la nuova Convenzione, approvata a marzo, ha ampliato e regolamentato queste attività, stabilendo nuove collaborazioni, tra cui quella recentemente siglata con il sindacato degli specialisti ambulatoriali Sumai, per la refertazione degli esami di telemedicina. “È giunto il momento di rendere strutturale la Farmacia dei Servizi come parte integrante del Servizio Sanitario Nazionale”, aggiunge Cossolo. Per far conoscere ai cittadini quali farmacie erogano i servizi, Federfarma ha attivato sul proprio sito una mappa interattiva. Il portale è aggiornato in tempo reale e consente ai cittadini di individuare rapidamente le prestazioni disponibili nella propria zona

<https://24plus.ilsole24ore.com/art/petrolio-e-gas-perche-guerra-israele-iran-fa-infiammare-prezzi-AHk8xoFB>



## **GIAM–Gruppo di Intelligenza Artificiale in Medicina**

### **Workshop Scientifico**

(nell'ambito del 23° Congresso AIME – Artificial Intelligence in Medicine Europe, 23-26/6)

## **Informatica Medica, Telemedicina, Intelligenza Artificiale**

**Stato dell'arte e Sviluppi da 50 anni in Italia**  
**In memoria di Mario Stefanelli a 15 anni dalla scomparsa**

**26 Giugno 2025, Università di Pavia**



### «Stay hungry, stay foolish»: il discorso di Steve Jobs ha 20 anni fa. La nuova versione in Hd, i segreti su come fu scritto

*Il 12 giugno 2005 Jobs pronunciò all'università di Stanford un intervento destinato a diventare un classico moderno. La fondazione Steve Jobs Archive lo ha ripubblicato in alta definizione e ha divulgato dettagli inediti su come il fondatore di Apple arrivò a scrivere quell'intervento e cosa lo precedette*

Venti anni fa, Steve Jobs pronunciava un discorso destinato a diventare un classico moderno. La maggior parte lo ricorda per lo slogan finale di quell'intervento, diventato quasi proverbiale negli anni: «**Stay hungry, stay foolish**».

Era il 12 giugno del 2005 quando Jobs salì sul palco dell'università di Stanford per parlare ai neolaureati. Vent'anni dopo, quel discorso rimane fra i più ascoltati e citati al mondo, con oltre 120 milioni di visualizzazioni online.

Oggi [lo Steve Jobs Archive](#), la fondazione che preserva la memoria e la conoscenza della figura del co-fondatore di Apple, ha ripubblicato il discorso di Stanford in versione restaurata e in alta definizione, aggiungendo dettagli inediti su come Jobs arrivò a scrivere quell'intervento e su cosa lo precedette.

In circa quindici minuti, Jobs raccontò tre storie tratte dalla sua vita personale («*Le tre vite di Steve Jobs*» è, non a caso, il titolo di un podcast del Corriere in collaborazione con Storytel: [lo trovate qui](#)). Scivolò con naturalezza tra riflessioni intime e verità esistenziali. Un uomo potente e già allora idolatrato (il suo sorprendente rilancio di Apple era in pieno svolgimento) si metteva a nudo. E lo faceva perché aveva vissuto successi straordinari ma anche sconfitte eclatanti, come la cacciata dall'azienda che aveva fondato, e fragilità come la malattia che lo aveva colpito, il cancro al pancreas (che lo avrebbe ucciso nel 2011). Il discorso colpì soprattutto per la sua autenticità e per la sorprendente semplicità con cui Jobs affrontò temi universali come la morte, l'amore e la paura di fallire.

Quasi totale l'assenza di riferimenti tecnologici, insolita per un uomo simbolo della rivoluzione digitale, ma non così insolita se pensiamo che il percorso di Jobs lo aveva portato a collocare se stesso, e la sua azienda, come a un crocevia tra tecnica e umanesimo.

Subito dopo l'intervento, in verità, non tutti percepirono la portata delle sue parole. Era un giornata torrida in California e molti studenti erano distratti dalla celebrazione, dalla ricerca dei familiari in platea o dal caldo stesso. Solo dopo, quando il discorso iniziò a circolare online e nei media, ne compresero la reale potenza. L'università di Stanford, 20 anni più tardi, [ha ancora una pagina con la trascrizione integrale delle parole di Jobs](#), aggiornata nella grafica e preservata come una sorta di preziosa reliquia dell'era del primo Internet.

#### I retroscena inediti di quel discorso

Lo Steve Jobs Archive, oltre a ripubblicare il video in Hd, ha rivelato diversi retroscena su quel giorno. Ad esempio che Jobs non era stato affatto la prima scelta degli studenti: avrebbero preferito l'umorista **Jon Stewart**. **Arnold Schwarzenegger**, allora governatore della California, era la terza scelta. Jobs venne invitato dal presidente di Stanford, John Hennessy, circa sei mesi prima della cerimonia.

Nei mesi successivi, Jobs attraversò una fase di grande ansia e incertezza. Essendo un uomo estremamente riservato, l'idea di esporsi così apertamente davanti a migliaia di laureati lo agitava profondamente. Per prepararsi, iniziò a inviare mail a sé stesso con idee, appunti, bozze. Ignorò spesso i suggerimenti dello staff di comunicazione di Apple.

Chiese pareri agli studenti rappresentanti, che inviarono spunti ai quali Jobs però non rispose mai direttamente. Alla fine, **ne venne fuori un lavoro strettamente personale**, sviluppato soprattutto con il supporto della moglie Laurene, che contribuì in modo decisivo alla stesura finale.

Jobs salì sul palco di Stanford con lo stile, semplice e diretto, che ha sempre adottato: jeans, maglietta nera, niente scarpe chiuse ma sandali ai piedi. Nonostante la sua compostezza apparente, chi lo conosceva bene percepì la tensione nella sua lettura del discorso, lenta e metodica.

### Come tradurlo

Oggi, vent'anni dopo, le parole di Jobs continuano ad essere ricordate, discusse, analizzate. «Stay hungry, stay foolish» è passato da essere un invito ai laureati di una università d'élite degli Stati Uniti a un monito globale nel rimanere aperti al cambiamento e alle sfide.

Tanto che la traduzione letterale più diffusa in Italia, «**siate folli, siate affamati**» continua a rimanere ampiamente inadatta nel riassumere i concetti dell'originale (che Jobs prese di peso da *Whole Earth Catalog* di Stewart Brand, rivista cult della controcultura americana a cui il fondatore di Apple si abbeverò). «Mai sazi, mai ragionevoli» oppure «Non smettete di cercare, non smettete di sognare» sono [possibili traduzioni proposte da chi ha affrontato l'argomento](#), molto meno letterali ma più affini allo spirito dell'originale.

Ma forse non c'è più nemmeno bisogno di cercare una traduzione, perché vent'anni dopo, «Stay hungry, stay foolish» è diventato uno slogan perfettamente comprensibile in ogni parte del mondo.

[https://www.corriere.it/tecnologia/25\\_giugno\\_13/stay-hungry-stay-foolish-il-discorso-di-steve-jobs-ha-20-anni-fa-la-nuova-versione-in-hd-i-segreti-su-come-fu-scritto-8490879e-cfe5-41c6-8156-10998d041x1k.shtml](https://www.corriere.it/tecnologia/25_giugno_13/stay-hungry-stay-foolish-il-discorso-di-steve-jobs-ha-20-anni-fa-la-nuova-versione-in-hd-i-segreti-su-come-fu-scritto-8490879e-cfe5-41c6-8156-10998d041x1k.shtml)

quotidianosanita.it

### Cervello e Chat-GPT: rischio di un “debito cognitivo”?

Lucio Romano

*Centro Interuniversitario di Ricerca Bioetica già componente Comitato Nazionale per la Bioetica*

**24 GIU** - Gentile Direttore,

in che misura i Large Language Models (LLMs) possono influenzare le capacità cognitive dell'umano? Ovvero, possono compromettere lo sviluppo del pensiero critico e autonomo nell'umano? Sono interrogativi sostanziali sempre più pressanti che ci inducono ad ampliare le riflessioni, a fronte di quelle classiche inerenti all'equiparazione tra intelligenza artificiale (IA) e naturale. Oppure al superamento, rispetto a quella naturale, da parte dell'IA debole o ristretta (Artificial Narrow Intelligence - ANI) già realizzato in diversi ambiti o in prospettiva dell'IA generale (Artificial General Intelligence - AGI) o della c.d. IA sovrumana (Artificial Super Intelligence - ASI) “oltre i limiti della nostra intelligenza”, richiamando [Nello Cristianini](#).

In questi giorni è stato pubblicato in preprint, a cura del Media Lab-Massachusetts Institute of Technology (MIT) di Boston, una [ricerca](#) sperimentale dal titolo “Il tuo cervello su ChatGPT: accumulazione di debito cognitivo nell'usare un assistente di IA per compito di scrittura di un saggio” (Your brain on ChatGPT: accumulation of cognitive debt when using an AI assistant for essay writing task). La ricerca - che sta riscuotendo un ampio interesse nella comunità scientifica, sui principali [media](#) e non solo - è stata sviluppata con la partecipazione di informatici, neuroscienziati e studiosi del linguaggio. Possiamo dire a buona ragione che lo studio in oggetto ha lanciato un>alert.

La sperimentazione è stata effettuata su un campione di volontari suddivisi in tre gruppi, incaricati di scrivere testi brevi. Un primo Gruppo (Brain Only, Solo Cervello) poteva scrivere solo sulla base delle proprie risorse mentali senza alcun supporto digitale. Un secondo Gruppo (Search engine, Gruppo con Ricerca) poteva accedere a motore di ricerca. Il terzo Gruppo (LLM OpenAI's ChatGPT, Gruppo LLM) poteva fare ricorso a sistema di IA generativa. Sono state così realizzate tre sessioni di prove, ognuna per singolo Gruppo di appartenenza.

In altra sessione, invece, è stato chiesto al Gruppo LLM OpenAI's ChatGPT di elaborare un testo senza alcun aiuto (LLM-to-Brain Only) e ai partecipanti al Gruppo Brain Only di usare LLM OpenAI's ChatGPT (*Brain-to-LLM*). Anche in questa sessione, come nelle precedenti, si è fatto ricorso a elettroencefalogramma (EEG) per registrare l'attività cerebrale dei partecipanti e valutare il coinvolgimento cognitivo e il carico mentale. Vale a dire ottenere una comprensione più approfondita delle attivazioni neurali durante la scrittura. In tutte le sessioni, sono state eseguite anche analisi di elaborazione del linguaggio naturale (Natural Language Processing, NLP) e i testi analizzati con l'aiuto di insegnanti umani nonché sulla base di giudizio basato su agente artificiale (IA). Ogni partecipante è stato intervistato dopo ciascuna sessione.

Ebbene, quali sono stati i risultati?

Sono state fornite prove solide che i Gruppi Brain Only (Solo Cervello), Search Engine (Motore di Ricerca) e LLM (IA generativa) presentavano schemi di connettività neurale significativamente differenti, riflettendo strategie cognitive divergenti. Nel Brain Only si è rilevata un'attivazione delle aree del cervello connesse all'ideazione creativa e integrazione dei significati tra loro. Nel Gruppo Search Engine si è riscontrato il maggiore coinvolgimento della corteccia occipitale coinvolta nella visione. Comunque, la connettività cerebrale diminuiva sistematicamente all'aumentare del supporto esterno: il Gruppo Solo Cervello mostrava le reti neurali più forti e ampie, il Gruppo Motore di Ricerca un coinvolgimento intermedio, mentre l'assistenza tramite LLM rilevava la connettività più debole con attivazione soprattutto delle aree per funzioni pressoché automatiche. In particolare, chi aveva elaborato il testo con LLM evidenziava (83% dei casi) difficoltà nel richiamare frasi dai propri stessi testi già dopo averli ultimati, causata dalla raccolta passiva di informazioni generate all'esterno con "mancata assimilazione di concetti". Più forte, invece, la padronanza del testo nel Gruppo Motore di Ricerca ma comunque inferiore rispetto al Gruppo Solo Cervello che dimostrava una particolare capacità nel riferire i contenuti dei testi elaborati. In sintesi, i partecipanti al Gruppo LLM hanno ottenuto risultati inferiori rispetto ai loro pari del Gruppo Solo Cervello su tutti i livelli: neurale, linguistico e valutativo.

Che cosa si è evidenziato, poi, nella quarta sessione? Quella in cui è stato chiesto al Gruppo LLM di elaborare un testo senza alcun aiuto (LLM-to-Brain) e ai partecipanti al Gruppo Brain Only di usare un LLM (*Brain-to-LLM*)? Dai risultati riportati nella ricerca, i partecipanti *LLM-to-Brain* mostravano una connettività neurale ridotta e un basso coinvolgimento delle reti alfa e beta; al contrario, i partecipanti *Brain-to-LLM* dimostravano una maggiore capacità di richiamo mnemonico e un potenziamento delle capacità già acquisite in autonomia. Si evincono diverse considerazioni. Lo sviluppo e l'utilizzo sempre più diffuso e capillare dei sistemi di IA generativa solleva interrogativi critici sulla qualità e la sostenibilità dei processi di apprendimento. Sebbene questi strumenti offrano un accesso immediato e semplificato a innumerevoli informazioni con elaborazione di testi, i dati che emergono indicano un impatto tutt'altro che neutro sull'impegno cognitivo e sull'efficacia dell'apprendimento. Con un vero e proprio accumulo di "debito cognitivo", secondo i ricercatori del MIT. I partecipanti che hanno fatto uso di LLM per la scrittura dei testi hanno ottenuto punteggi inferiori in tutte le metriche considerate. Con analisi neurofisiologica basata su EEG che ha mostrato una riduzione significativa della connettività cerebrale nelle aree coinvolte nella pianificazione, nella memoria di lavoro e nell'elaborazione linguistica, rispetto a chi ha affrontato il compito senza supporti esterni.

Il confronto con il Gruppo Solo Cervello, che ha affrontato la scrittura dei saggi senza alcun supporto digitale, è stato significativo. I componenti di questo Gruppo hanno dimostrato un livello di attivazione cerebrale più elevato e diffuso, una maggiore coerenza argomentativa e un senso di proprietà molto più forte nei confronti del proprio lavoro. Anche il Gruppo che ha utilizzato Motore di Ricerca ha mantenuto un certo grado di coinvolgimento cognitivo, benché intermedio, segnalando così che il tipo di supporto esterno impiegato gioca un ruolo cruciale nell'attivazione delle risorse mentali.

La ricerca così conclude: "Sebbene gli LLM offrano vantaggi evidenti in termini di accesso rapido alle informazioni, questi strumenti possono compromettere lo sviluppo del pensiero critico e dell'indipendenza intellettuale, riducendo la tendenza degli utenti a valutare criticamente le risposte fornite. Inoltre, l'effetto "eco" viene amplificato da algoritmi che selezionano i contenuti secondo logiche aziendali. Riteniamo necessari studi longitudinali per comprendere l'impatto a lungo termine degli LLM sul cervello umano, prima che tali strumenti possano essere considerati, nel complesso, un elemento positivo per l'essere umano".

L>alert lanciato è forte. I LLMs hanno un impatto non trascurabile sulle capacità cognitive. Da cui la necessità di non accantonare una educazione volta alla formazione del pensiero critico. Altrimenti si rischia di

trasformarli in un impedimento allo sviluppo consapevole e responsabile dell'autonomia personale. La velocità con cui adottiamo sistemi di IA generativa, delegando sempre più capacità cognitive e predittive, rende urgente una riflessione profonda su modalità di utilizzo e conseguenze. Con una sottolineatura. Non si tratta certo di demonizzare la tecnologia attribuendogli un carico di responsabilità negative ma di comprendere in che modo rischiamo di lasciarci dominare tramite una passiva e sempre più totalizzante delega cognitiva. "La colonizzazione del digitale", per dirlo con il sociologo e antropologo [David Le Breton](#). La risposta può essere individuata nella consapevolezza che prevede la conoscenza e nella cooperazione che promuove il bilanciamento tra dimensione umana e dimensione artificiale, evitando reciproche esclusioni e favorendo atteggiamenti di fiducia e cautela. Nella visione umanocentrica ([human in the loop](#)) e nella responsabilità comunitaria (community responsibility in the loop).

È forse un'utopia ricorrere con intelligenza all'IA? La ricerca del MIT ci allerta a favore di una coniugazione necessaria. Nell'usare la nostra intelligenza. Perché, come richiama acutamente Luigi Ripamonti riportando un famoso adagio anglosassone: *"use it or lose it"*. Vale a dire: se non la usi, la perdi.

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=130511](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=130511)



## **Intelligenza artificiale, preoccupa nei posti di lavoro ma piace in Sanità: «Migliora le cure e taglia la burocrazia»**

Per il 61% degli italiani l'la può cambiare in positivo - a dispetto del solo 38% nel mondo del lavoro - la gestione della salute e la cura delle malattie

**Marzio Bartoloni**

Se gli italiani temono l'intelligenza artificiale sul luogo di lavoro perché hanno paura che gli rubi il posto, sono invece pronti a darle il benvenuto in ospedale o negli studi dei medici perché in maggioranza - sei su dieci - sono convinti che nei prossimi dieci anni inciderà positivamente migliorando sia le cure che tagliando la burocrazia.

«Non possiamo più affrontare i problemi della sanità italiana con strumenti del passato. L'Intelligenza artificiale non è una bacchetta magica, ma un supporto per chi si prende cura delle persone. Ad esempio può dare un aiuto ad affrontare problemi annosi come le liste d'attesa», avverte Giovanni Migliore presidente di Fiaso - la Federazione che riunisce i manager che guidano Asl e ospedali - che in occasione del lancio ufficiale ieri dell'Osservatorio sull'la in Sanità, che ha già mappato una quarantina di progetti in corso nelle corsie ospedaliere italiane, ha diffuso anche i dati di un'ampia indagine di Demopolis, condotta su un campione di 3.400 persone: il sondaggio mostra come per il 61% degli italiani l'intelligenza artificiale possa cambiare in positivo - a dispetto del solo 38% nel mondo del lavoro - la gestione della salute e la cura delle malattie.

### **LA PERCEZIONE DELL'OPINIONE PUBBLICA**

Nei prossimi 10 anni, l'uso dell'intelligenza artificiale cambierà:

Del resto l'Intelligenza artificiale è già ben presente nella medicina e nella Sanità: dagli strumenti di diagnostica che la impiegano sempre di più alla ricerca di nuovi farmaci.

Ma ora, con il suo utilizzo nella gestione della Sanità, grazie anche alla possibilità di abbeverarsi all'oceano di dati sanitari che transiteranno sui fascicoli sanitari degli italiani (accuratamente anonimizzati) oltre che in tutto il Servizio sanitario nazionale, si spera che sarà finalmente possibile rendere più efficiente la macchina sanitaria che continua a fare acqua da tutte parti tra sprechi e ostacoli burocratici che complicano la vita a medici e pazienti.

Su questo concordano gli italiani: tra i vantaggi dell'la ci sono l'analisi rapida dei dati clinici (73%), la riduzione della burocrazia (61%) e una migliore organizzazione dei servizi (54%). Non a caso tra i progetti già mappati

da Fiaso si va dal triage intelligente al pronto soccorso agli algoritmi per prevedere il rischio di infarto fino al supporto nella scelta degli esami medici da prescrivere in modo da ridurre le liste d'attesa.

In sostanza, più rapidità e meno sprechi. «L'Osservatorio è uno strumento strategico per guidare il cambiamento già in atto - ha spiegato il presidente di Fiaso - e si propone come una vetrina dell'innovazione, in grado di censire e accelerare quanto sta già avvenendo sul territorio».

I progetti già raccolti, provenienti da ospedali e Asl da Nord a Sud Italia, offrono soluzioni utilizzabili per l'automazione della cartella clinica, la diagnosi precoce, il monitoraggio remoto dei pazienti con malattie croniche andando incontro a quello che chiedono i cittadini.

## LA PERCEZIONE DEGLI ITALIANI

Quali sarebbero i vantaggi dell'introduzione dell'Intelligenza artificiale nella sanità? (Più scelte consentite - Indicazioni superiori al 40%)

Il cambiamento, però, secondo Fiaso, deve essere anche condiviso.

Per questo, al Forum Logos & Técnica di Siracusa, in programma dal 26 al 28 giugno, Fiaso presenterà anche Next Health, la piattaforma di innovazione collaborativa che connette aziende sanitarie pubbliche, università, startup e imprese.

«L'obiettivo è passare - ha concluso Migliore - da una logica di sperimentazione isolata a un processo strutturato».

Il forum, ospitato nella città di Archimede, sarà anche il palcoscenico dell'«Hackathon AI for Health», in cui team multidisciplinari composti da ricercatori e addetti ai lavori svilupperanno idee innovative per migliorare prevenzione, diagnosi e cura.

[https://www.ilsole24ore.com/art/intelligenza-artificiale-preoccupa-posti-lavoro-ma-piace-sanita-migliora-cure-e-taglia-burocrazia-AHofEUEB?cmpid=nl\\_sanita24](https://www.ilsole24ore.com/art/intelligenza-artificiale-preoccupa-posti-lavoro-ma-piace-sanita-migliora-cure-e-taglia-burocrazia-AHofEUEB?cmpid=nl_sanita24)



## ChatGPT fa male al cervello? I sorprendenti risultati di uno studio del MIT di Boston sul «debito cognitivo»

Federico Fubini

Più conformisti, dissociati dalle nostre stesse idee, meno capaci di pensare in modo autonomo e soprattutto meno capaci di apprendere. L'intelligenza artificiale ci rende stupidi?

È una domanda legittima dopo la pubblicazione (preliminare) di un nuovo studio sperimentale del Media Lab del Massachusetts Institute of Technology sugli effetti dei «large language models».

Il paper ha un titolo esplicito: «*Il tuo cervello e ChatGPT: accumulazione di debito cognitivo nell'usare un assistente di intelligenza artificiale per compiti di scrittura*».

A guidare lo studio è Natalia Kosmyna, una ricercatrice con un dottorato in informatica che lavora sull'interazione fra i computer e il cervello umano. Il modello di ricerca di Kosmyna e dei suoi colleghi, fra i quali vari neuroscienziati e studiosi del linguaggio, è stato del tutto sperimentale.

Kosmyna ha formato tre gruppi da un campione di 54 volontari, incaricando ciascuno dei componenti di scrivere tre brevi testi per tre sessioni successive su temi predefiniti, per un periodo esteso su un trimestre.

Il primo gruppo («Brain-only») poteva scrivere solo sulla base delle proprie risorse mentali, senza accesso né a internet né a uno schermo.

Il secondo gruppo aveva accesso al motore di ricerca di Google.

Il terzo gruppo invece aveva accesso all'intelligenza artificiale generativa, in particolare ChatGPT di Open AI.

Il cervello dei partecipanti a tutti e tre i gruppi è stato analizzato, connettendolo a degli elettrodi per un'elettroencefalografia mentre svolgevano il compito richiesto.

I risultati sono sorprendenti. Lo sono sia nell'immediato che negli effetti successivi dell'esperimento sui comportamenti e le capacità mentali delle persone sottoposte al test.

In primo luogo, nello stesso processo di scrittura i componenti dei tre gruppi hanno manifestato un'attivazione molto diversa delle loro menti. Rispetto al livello del gruppo che scriveva senza supporto digitale, il gruppo con accesso al solo motore di ricerca ha registrato una connettività cerebrale fra il 34% e il 48% più bassa; il gruppo con accesso a ChatGPT (nella forma di GPT-4o) ha mostrato una connettività cerebrale del 55% più bassa. In sostanza, più consistente è il supporto e più si riduce l'ampiezza dell'attività del cervello.

Era forse prevedibile che andasse così. Ma anche la qualità del lavoro cambia.

Il gruppo «Brain-only» evidenzia un'attivazione delle aree del cervello connesse con l'ideazione creativa, con l'integrazione dei significati fra loro e con l'automonitoraggio: le funzioni necessarie a generare contenuti, pianificarli e rivederli.

Invece chi usa Google fa lavorare soprattutto la corteccia occipitale e visuale: le aree che presiedono ad assimilare tramite la vista l'informazione ottenuta sullo schermo e poi raccoglierla. Infine, chi usa ChatGPT attiva soprattutto le aree per funzioni pressoché automatiche e entro un'impalcatura esterna.

I lavori prodotti sono risultati molto vari e diversi gli uni dagli altri nel caso del gruppo «Brain-only», ma estremamente omogenei e simili fra loro per il gruppo che ha usato l'intelligenza artificiale.

In sostanza, affidarsi all'AI genera conformismo di pensiero e messaggi.

Qui però è arrivata una sorpresa ulteriore: nell'83% dei casi, chi aveva lavorato con ChatGPT ha poi avuto difficoltà nel citare frasi dai propri stessi testi già pochi minuti dopo averli consegnati; come se chi aveva scritto con ChatGPT non avesse sviluppato nessun senso di appartenenza riguardo al contenuto del proprio lavoro e tutta l'attenzione fosse andata solo a come riprodurre passivamente informazioni generate all'esterno. Al contrario, pressoché tutti coloro che avevano lavorato da soli sono riusciti a citare frasi dai testi appena scritti quasi esattamente, mostrando molta più attenzione al contenuto e al senso del lavoro svolto (non solo alle modalità).

In sostanza, l'uso dell'intelligenza artificiale ha reso le persone sottoposte al test dei semplici assemblatori di concetti che non vengono assimilati dai loro stessi autori.

I testi poi sono stati esaminati come piccoli saggi scolastici. I valutatori basati sull'intelligenza artificiale hanno assegnato voti più alti di testi scritti con la stessa intelligenza artificiale. Invece i valutatori umani, gli insegnanti, hanno subito riconosciuto quali erano i testi scritti con l'intelligenza artificiale e li hanno valutati meno degli altri.

Ma quel che è accaduto dopo dà ancora di più da riflettere.

C'è infatti stata una quarta sessione del test, nella quale le parti si sono invertite. Al gruppo che aveva sempre usato l'intelligenza artificiale è stato chiesto di comporre un testo a tema fisso senza alcun supporto digitale; al contrario, chi aveva scritto fino ad allora senza supporto ha potuto usare ChatGPT.

Il risultato è destinato ad aprire un dibattito sulla pericolosità dell'uso dell'intelligenza artificiale.

Chi si era abituato ad usare ChatGPT ha mostrato difficoltà a ricreare il tipo di robusta attività cerebrale, ricca di connessioni, che occorre per sostenere un'attività di creazione autonoma di contenuti. Fra loro si è evidenziato quello che Kosmyna definisce un «debito cognitivo». Il tema dello scritto richiesto era uguale a quello di scritti precedenti, ma coloro che si erano abituati a ChatGPT sono riusciti a citare un elemento qualunque appena due su dieci, ora che potevano contare solo sulla propria mente.

Invece chi aveva contato solo sul proprio cervello all'inizio, allenandolo in modo autonomo, è riuscito a produrre testi più ricchi e precisi proprio grazie all'uso dell'AI nella sessione finale.

Anche l'elettroencefalografia ha confermato i risultati.

Chi era abituato a contare su ChatGPT ha mostrato comunque un'attivazione cerebrale più debole quando è rimasto senza supporto digitale, come se la mente fosse divenuta più pigra e incapace di creatività, giudizio di merito e memoria profonda.

Invece chi aveva già imparato a pensare e produrre lavoro in autonomia ha potenziato le proprie capacità cognitive con ChatGPT.

Conclude lo studio: «Quando i partecipanti (al test, *ndr*) riproducono dei suggerimenti (dell'intelligenza artificiale, *ndr*) senza valutarne l'esattezza o la pertinenza, rinunciano non solo ad appropriarsi delle idee espresse, ma rischiano di interiorizzare prospettive superficiali o distorte».

In altri termini, diventano individui più manipolabili da ogni sorta di propaganda o interesse.

Le implicazioni per la democrazia e per la scuola o l'università non potrebbero essere più grandi: una società di persone libere e capaci di elaborare idee e un giudizio autonomo usa sì l'intelligenza artificiale; ma solo dopo aver allenato molto bene - e a lungo - quella naturale.

<https://www.msn.com/it-it/salute/other/chatgpt-fa-male-al-cervello-i-sorprendenti-risultati-di-uno-studio-del-mit-di-boston-sul-debito-cognitivo/ar-AA1H73sn>



## **Big tech in confusione: in perdita per le politiche di Trump contro la Cina sperano in “the Donald” per rimanere fuori da ogni regolamentazione fiscale**

Nei primi cento giorni dell'amministrazione Trump, le “magnifiche sette” imprese oligopolistiche del settore tecnologico (Apple, Microsoft, Amazon, Alphabet – proprietaria di Google-, Meta, Nvidia e Tesla) hanno subito perdite significative del valore delle loro azioni, per due fattori: le politiche di Trump di imporre dazi, in particolar modo sulla Cina e la concorrenza sul piano della ricerca applicata e della produzione di microprocessori che arriva da Pechino.

Secondo gli analisti di *The Economist*, le perdite delle cinque mega-piattaforme Alphabet, Amazon, Apple, Meta e Microsoft, insieme a quelle di Nvidia, sono state pari a 2,3 trilioni di dollari in capitalizzazione di mercato, una media del 14 per cento da quando Trump è entrato in carica (*The Economist* 29/04/25, [Big tech has a big Trump problem](#)).

**Nonostante ciò, al 1° maggio 2025, restano le sette aziende più grandi al mondo** per capitalizzazione di mercato e i loro proprietari o amministratori sono tra i dieci uomini più ricchi del pianeta.

L'amministrazione Trump non è riuscita a impedire il proseguimento delle cause antitrust iniziate durante l'amministrazione Biden: Google è stata condannata due volte nell'ultimo anno, l'ultima delle quali il 17 aprile 2025, per il suo monopolio nella pubblicità digitale e nella ricerca su Internet. Meta, la proprietaria di Facebook, è stata nuovamente processata per una causa antitrust derivante dalle acquisizioni di Instagram e WhatsApp del 2012 e del 2014.

Le agenzie antitrust statunitensi stanno inoltre facendo causa ad Amazon e Apple e hanno in corso indagini su Microsoft e Nvidia. Nel frattempo, l'Unione Europea ha multato Apple e Meta per 700 milioni di euro per aver violato il Digital Markets Act.

**Finora, le cause antitrust intraprese contro di loro non hanno avuto alcun impatto significativo sul loro ferreo potere oligopolistico.** Hanno accumulato ingenti fondi che consentono loro di assorbire le perdite e di mantenere un ruolo chiave nell'economia globale per il controllo digitale sia nelle industrie che nella stessa amministrazione di molti governi.

**Anche Tesla, l'azienda di auto elettriche di Elon Musk, soprannominato fino alla rottura con Trump il “co-presidente non eletto”, ha subito gravi perdite, ma è utile ricordare che le azioni di questa azienda sono state gonfiate dalle aspettative create dall'elezione di Trump.** Tuttavia, Musk, dopo aver eliminato decine di migliaia di posti di lavoro negli Stati Uniti e aver danneggiato gravemente le istituzioni educative, sanitarie e ambientali del Paese, resta l'uomo più ricco del mondo. In parte perché altre sue aziende, come SpaceX, la società di impianti cerebrali Neuralink e la startup di intelligenza artificiale XAI, hanno beneficiato di nuovi finanziamenti.

Tesla e Nvidia sono le aziende che hanno perso più valore in borsa negli ultimi mesi: la prima a causa dei dazi sui materiali necessari alla produzione delle automobili, dato che gran parte della catena di montaggio si trova

fuori dagli Stati Uniti. La seconda, per diversi fattori concomitanti: la nicchia specifica di Nvidia è la vendita di chip essenziali per lo sviluppo dell'intelligenza artificiale (IA), il grande sogno dei titani della tecnologia di far progredire tutti i settori e l'amministrazione di qualsiasi cosa, persino dei governi. È diventato un collo di bottiglia nello sviluppo dell'intelligenza artificiale, ma la maggior parte dei suoi chip viene prodotta a Taiwan.

**Le azioni di Nvidia sono crollate anche quando la Cina ha lanciato DeepSeek, un'app simile a ChatGPT sei volte più economica da produrre e che non si basa sui chip Nvidia.**

Nell'aprile 2025, la Cina ha vietato a Nvidia (come rappresaglia per i dazi) di vendere i suoi chip di intelligenza artificiale in Cina, il che, secondo l'azienda, significa una perdita di 5,5 miliardi di dollari.

Apple, i cui telefoni e computer sono prodotti per quattro quinti in Cina, è riuscita a negoziare con Trump per esentare i suoi telefoni e computer dai dazi doganali. Tim Cook, amministratore delegato dell'azienda, ha detto che la produzione in Cina è da tempo diffusa non per la manodopera a basso costo, ma perché il Paese dispone di personale molto più qualificato in ingegneria e altre competenze sofisticate rispetto agli Stati Uniti. I giganti della tecnologia, globalisti per "natura", senza dubbio non apprezzano alcune delle politiche di Trump. Ciononostante mantengono una distanza "cordiale", sperando in un sostegno contro qualsiasi regolamentazione o limitazione delle loro attività e dello sviluppo dell'intelligenza artificiale, che comporta impatti politici, sociali e ambientali dannosi e richiede elevate quantità di acqua, energia e altre risorse.

<https://www.fiscoequo.it/big-tech-in-confusione-in-perdita-per-le-politiche-di-trump-contro-la-cina-sperano-in-the-donald-per-rimanere-fuori-da-ogni-regolamentazione-fiscale/>

## **Risultati sulla salute e determinanti psicosociali nei giovani caregiver: una revisione sistematica**

**Aoife Bowman Grangel, Jennifer McMahon, Fay O'Donoghue<sup>a</sup>, Prof. Stephen Gallagher**

### **Riepilogo**

Le evidenze suggeriscono che i giovani caregiver (età <25 anni) possono avere esiti di salute peggiori rispetto ai loro coetanei, tuttavia gli effetti a lungo termine dell'assistenza rimangono poco chiari. Mentre i fattori psicosociali influenzano la salute dei caregiver adulti, il loro ruolo nella salute dei giovani caregiver è poco studiato.

L'obiettivo della nostra revisione è sintetizzare le evidenze longitudinali che esaminano la salute fisica e mentale dei giovani caregiver e riassumere i determinanti psicosociali. Sono state consultate anche dati per studi idonei (ad esempio, studi longitudinali e incentrati sulla salute, quelli che includevano un gruppo di confronto non caregiver e studi su caregiver di età <25 anni) fino al 31 dicembre 2024.

Dopo aver esaminato 4362 record, 18 studi soddisfacevano i criteri di inclusione e 17 sono stati selezionati per la sintesi narrativa. Tutti gli studi sono stati condotti in Paesi ad alto reddito. 17 studi hanno contribuito con 26 associazioni tra assistenza e salute, di cui 20 per la salute mentale e sei per la salute fisica. Tre studi hanno identificato collegamenti tra fattori psicosociali e salute mentale.

Nonostante alcune notevoli incongruenze, i nostri risultati suggeriscono un rischio da piccolo a moderato di peggioramento della salute mentale tra i giovani caregiver, con effetti più marcati per sottogruppi (ad esempio, caregiver ad alta intensità). Le evidenze sulla salute fisica sono state inconcludenti. Le relazioni sociali sembrano svolgere un ruolo chiave nella salute mentale dei giovani caregiver.

Sono necessari ulteriori studi longitudinali su larga scala per chiarire i risultati incoerenti. Condizioni di assistenza diseguali, legate a fattori individuali e situazionali, potrebbero influire sulla salute dei giovani caregiver.

### **Introduzione**

Molti bambini, adolescenti e giovani adulti forniscono assistenza non retribuita a familiari affetti da malattie fisiche e mentali croniche, disabilità, problemi di abuso di sostanze o problemi di salute legati all'età. Le responsabilità di assistenza includono le faccende domestiche e la manutenzione, la somministrazione di farmaci e la cura personale, nonché l'offerta di supporto emotivo e consigli. <sup>1</sup>

Questi giovani sono definiti giovani assistenti e hanno meno di 25 anni. <sup>2,3</sup> A differenza dei caregiver adulti, dove vi è un numero sproporzionato di donne in ruoli di assistenza, le prove suggeriscono che i giovani assistenti, uomini e donne, hanno la stessa probabilità di fornire assistenza informale. <sup>4</sup> Sebbene la prevalenza sia difficile da stabilire a causa della natura nascosta dell'assistenza ai giovani, le stime provenienti dai paesi europei suggeriscono che il 6-12% delle persone di età inferiore ai 18 anni svolga un ruolo di assistenza. <sup>5,6</sup> Negli Stati Uniti, il 9,2% dei 15-18enni e il 12,7% dei 19-22enni svolgono attività di assistenza. <sup>4</sup> Considerati questi tassi di prevalenza, è importante studiare i giovani assistenti e gli effetti che l'assistenza ha sulla loro salute.

Le prove suggeriscono che fornire assistenza a breve termine può promuovere resilienza, competenza, empatia, autostima e autoefficacia del caregiver. <sup>7</sup> T

uttavia, quando le richieste di assistenza superano la capacità di una persona di far fronte, ne consegue stress cronico <sup>8</sup> e per i giovani caregiver, potrebbero essere a rischio di danni evolutivi, psicologici e fisici. <sup>7</sup>

Precedenti revisioni hanno evidenziato il prezzo personale per i giovani caregiver in relazione alla loro salute mentale e ai problemi associati alla concentrazione, alla soppressione emotiva e al sacrificio della loro vita sociale. <sup>2</sup>

Ricerche empiriche e sintesi di prove trasversali hanno rilevato che i giovani caregiver adulti (di età compresa tra 18 e 25 anni) presentavano una serie di problemi di salute psicologica e fisica, tra cui ansia, depressione, affaticamento, maggiore frequenza di raffreddori e ulcere e maggiori comportamenti a rischio, come il fumo e l'uso di alcol. <sup>9,10</sup> Una revisione simile di studi trasversali che affrontano la salute fisica e mentale nei giovani caregiver (età <18 anni) ha ribadito questi risultati, sottolineando gli effetti negativi che l'assistenza può avere sulla salute dei bambini e degli adolescenti. <sup>1</sup>

Tuttavia, non è ancora chiaro se questi effetti negativi sulla salute siano evidenti nel tempo. Ad esempio, uno studio longitudinale ha rilevato che i giovani caregiver avevano maggiori probabilità di soffrire di depressione all'età di 17 anni, ma non avevano maggiori probabilità di essere depressi all'età di 20 anni rispetto ai loro coetanei non caregiver. <sup>11</sup> È degno di nota che lo studio ha evidenziato come le relazioni positive genitore-figlio proteggano i giovani caregiver dallo sviluppo della depressione nel tempo. <sup>11</sup>

Ulteriori ricerche hanno dimostrato che gli esiti in materia di salute variano sostanzialmente tra i sottogruppi di caregiver, con vari fattori demografici, psicologici e sociali (tra cui genere, povertà, stili di coping e relazioni tra pari e beneficiari dell'assistenza) che contribuiscono positivamente o negativamente all'esperienza dei giovani caregiver, agendo per esacerbare o alleviare gli effetti negativi dell'assistenza sulla salute. <sup>2,10,12</sup>

Le revisioni evidenziano anche risultati psicosociali peggiori tra i giovani caregiver, tra cui isolamento e bullismo, <sup>13</sup> che potrebbero mediare la relazione tra assistenza e salute.

Comprendere come questi percorsi psicosociali influenzino i risultati di salute nei giovani caregiver potrebbe essere fondamentale per contrastare le disuguaglianze osservate nella salute fisica e mentale. Inoltre, la salute in adolescenza è un fattore importante per la salute futura; <sup>14</sup> pertanto, è giustificata una valutazione dei fattori che influenzano la salute dei giovani caregiver.

Dopo anni di attività di advocacy, principalmente da parte di organizzazioni che supportano i giovani caregiver, l'inclusione delle valutazioni dell'assistenza in studi longitudinali su larga scala sui giovani ha portato a un recente aumento degli studi longitudinali pubblicati che valutano gli esiti di salute in queste coorti. <sup>11,12,15-18</sup> Ciononostante, il riconoscimento e la consapevolezza dell'assistenza ai giovani rimangono bassi tra i decisori politici, <sup>5,19</sup> gli operatori e la società in generale.

La ricerca longitudinale è fondamentale per cogliere le tendenze a lungo termine, comprendere le relazioni causa-effetto e informare politiche e interventi basati sull'evidenza. <sup>1</sup> Alla luce di questi fattori, è necessaria una sintesi degli effetti a lungo termine dell'assistenza ai giovani sulla salute fisica e mentale per evidenziare i bisogni dei giovani caregiver a rischio. Questa revisione sistematica mira a riassumere le prove quantitative e longitudinali esistenti che valutano gli esiti di salute fisica e mentale, riassumendo anche i fattori di rischio psicosociali e protettivi identificati in questi studi. In particolare, i fattori di rischio psicosociali e protettivi potrebbero essere utili per informare e sviluppare interventi.

#### **Sulla salute fisica oggettiva dei giovani caregiver.**

Questa revisione identifica importanti lacune nelle prove. Gli studi esistenti si concentrano sugli effetti sulla salute mentale del caregiving nella tarda adolescenza e nella prima età adulta, mentre esistono poche ricerche sui caregiver infantili o preadolescenti. Inoltre, sono necessarie ricerche che esaminino come le disuguaglianze nelle condizioni di cura dovute a differenze sociali (ad esempio, razza ed etnia, classe e sesso) influenzino gli esiti di salute nei giovani caregiver. <sup>51</sup> Nonostante alcuni studi esplorino l'effetto della durata dell'assistenza, <sup>32,35,37</sup> la maggior parte non affronta gli effetti cumulativi del caregiving, probabilmente a causa della sua natura transitoria nei caregiver giovanili <sup>34</sup> o dell'attrito negli studi longitudinali. Di conseguenza, non è chiaro in che modo il caregiving prolungato nei caregiver giovanili influenzi la loro salute mentale o fisica nel tempo. Il caregiving a lungo termine potrebbe aumentare le sfide e i rischi per la salute, <sup>52</sup> ma potrebbe anche promuovere capacità di coping e resilienza, mitigando potenzialmente lo stress del caregiver. <sup>12</sup> La ricerca futura dovrebbe indagare le traiettorie di salute dei giovani caregiver a lungo termine, incorporando i fattori psicosociali per comprenderne lo sviluppo e l'influenza del caregiving sugli esiti di salute.

Questa revisione sottolinea la notevole eterogeneità nel disegno degli studi sugli esiti di salute nei giovani caregiver, in particolare nella categorizzazione dell'assistenza e nella misurazione degli esiti. La maggior parte degli studi si basava su dati di assistenza auto-riportati, alcuni dei quali tenevano conto di fattori quali l'intensità dell'assistenza, la tipologia di beneficiario e le mansioni di assistenza. In particolare, sono stati valutati diversi indicatori dell'intensità dell'assistenza, tra cui le ore dedicate all'assistenza, le mansioni e la durata, con le ore dedicate all'assistenza come la più esaminata. Tuttavia, nessuno studio ha esaminato il tipo di malattia, che potrebbe influenzare i livelli di stress e gli esiti di salute.<sup>53</sup> Anche la variabilità nella definizione di assistenza informale in set di dati su larga scala contribuisce a risultati incoerenti. Ad esempio, la GUI e il GSOEP non hanno definito esplicitamente l'assistenza come fornita a persone con disabilità, problemi di salute o problemi legati all'età, a differenza di set di dati come il Longitudinal Study of Australian Children, l'indagine Household, Income and Labour Dynamics in Australia, l'UKHLS, il Northern Ireland Mortality Study e l'UK Millennium Cohort Study. Studi che utilizzano GUI e GSOEP non hanno rilevato alcun collegamento tra l'assistenza e gli esiti di salute, potenzialmente a causa di questa differenza nelle definizioni.<sup>32,34</sup> Inoltre, a causa della mancanza di studi che esaminassero indicatori di intensità, come le attività di assistenza e il luogo, l'influenza di questi fattori sugli esiti di salute non poteva essere sintetizzata in modo efficace. L'assenza di una definizione e di una misurazione standardizzate introduce distorsioni e sottolinea la necessità di un gold standard per l'identificazione dei giovani caregiver negli studi basati sulla popolazione.<sup>54</sup> La standardizzazione delle misure di assistenza è fondamentale per valutarne accuratamente gli effetti sui giovani.

Un limite chiave di questa sintesi è la sovrapposizione con set di dati basati sulla popolazione, con 16 studi sulla salute mentale che utilizzano nove set di dati, riducendo così le prove disponibili per l'analisi. Nonostante questo limite, la sostanziale variazione nei disegni di studio (ad esempio, diverse misure di esito e l'inclusione di mediatori e moderatori) ha portato alla decisione di mantenere tutti gli studi. Quando gli studi utilizzavano lo stesso set di dati e lo stesso esito,<sup>24-26</sup> questi venivano trattati come un'unica unità di prova. Tuttavia, questi studi offrono spunti unici su come i fattori contestuali, come l'intensità dell'assistenza e il sesso, influenzino il disagio psicologico nei giovani caregiver. Sette studi (41,2%) non sono riusciti a controllare i principali fattori confondenti (ad esempio, lo stato di salute iniziale), il che è fondamentale per tenere conto delle differenze preesistenti e isolare l'effetto dell'esposizione nel tempo. Un altro limite è l'assenza di una valutazione formale del bias di pubblicazione, che è comune nelle sintesi narrative<sup>1</sup> ma può introdurre bias. Inoltre, sono stati inclusi solo studi pubblicati in inglese, limitando la diversità culturale ed etnica. Tutti gli studi sono stati condotti in paesi ad alto reddito, il che limita la generalizzabilità dei risultati alle popolazioni globali.<sup>55</sup>

In sintesi, i giovani caregiver nella fase intermedia o avanzata dell'adolescenza e nella prima età adulta possono affrontare maggiori rischi di problemi di salute mentale, riduzione del benessere e problemi di salute fisica. Le evidenze attuali indicano che alcune sottopopolazioni, tra cui i caregiver ad alta intensità, i caregiver a lungo termine, coloro che ricoprono ruoli di assistenza essenziali e le donne, potrebbero essere a maggior rischio di problemi di salute mentale. Sono necessarie ulteriori ricerche per corroborare ed estendere questi risultati. La connessione sociale è emersa come un determinante chiave per la salute. Sebbene la consapevolezza globale dell'assistenza ai giovani stia crescendo, come si evince dai 17 studi longitudinali condotti dal 2018, il riconoscimento formale a livello nazionale e globale rimane limitato, con pochi paesi che implementano una legislazione formale e iniziative di supporto diffuse per i giovani caregiver.<sup>5</sup> Dal punto di vista dei diritti dei bambini e dei giovani, laddove i doveri di assistenza emergono come inappropriati e dannosi per lo sviluppo e la salute, sorgono problemi di tutela e protezione legale. Pertanto, è opportuno considerare le inadeguatezze strutturali che richiedono ai bambini e ai giovani di assumersi compiti di assistenza intensiva, pur rimanendo sensibili ai diritti della famiglia e alle differenze culturali. Con l'aumento della popolazione globale e l'allungamento dell'aspettativa di vita dovuto ai progressi della medicina, le richieste per i caregiver familiari, compresi i giovani, potrebbero aumentare. Pertanto, è evidente la necessità di politiche e riforme strutturali complete per affrontare le cause dell'assistenza ai giovani, incluso il potenziamento dei sussidi economici, che riducano il carico sulle famiglie. Inoltre, garantire il benessere dei giovani caregiver attraverso lo sviluppo di interventi mirati è una priorità fondamentale per la salute pubblica.

### **Strategia di ricerca e criteri di selezione**

Tra l'8 e il 28 marzo 2024 è stata condotta una ricerca sistematica di studi sottoposti e non sottoposti a revisione paritaria su sette database elettronici: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

(CINAHL), PsychINFO, PsychARTICLES, MEDLINE, Web of Science Core Collection, PubMed e Scopus. Il controllo delle citazioni precedenti e successive degli studi idonei è stato effettuato fino al 30 giugno 2024. In Embase (MEDLINE), sono stati impostati dei limiti per includere articoli pubblicati in lingua inglese e quelli riguardanti bambini (età 1-10 anni), adolescenti (età 13-17 anni) o giovani adulti (età 18-24 anni). Per EBSCOhost (ad esempio, CINAHL, PsychINFO e PsychARTICLES), sono stati impostati limiti solo per la lingua inglese e per le fasce d'età: infanzia (età 0-12 anni), adolescenti (età 13-17 anni) e giovane età adulta (età 18-29 anni). Non sono stati impostati limiti per PubMed, Scopus o Web of Science. Sono stati impostati avvisi settimanali sulle citazioni per ciascun database e monitorati fino al 31 dicembre 2024 dall'autore principale. Per garantire che la strategia di ricerca fosse esaustiva, i termini di ricerca sono stati mantenuti ampi, poiché ci si aspettava che ci sarebbe stata un'ampia gamma di esiti sanitari esaminati in letteratura ( [appendice p 4](#) ). Gli studi sono stati importati in EndNote 21.3 e i duplicati sono stati rimossi. Gli studi rimanenti sono stati esportati in Rayyan. I titoli e gli abstract sono stati sottoposti a screening indipendente e in cieco dal revisore (ABG), con un secondo revisore (FO'D) che ne ha esaminato il 10%, raggiungendo il 97% di concordanza. Gli studi ammissibili includevano studi quantitativi, prospettici longitudinali o di coorte, pubblicati in inglese, che misuravano un esito sulla salute fisica o mentale e valutavano l'assistenza al basale fino all'età di 25 anni, in linea con la definizione di caregiver giovani (età <18 anni) e giovani adulti (età 18-25 anni) utilizzata in letteratura. Sono stati esclusi studi che erano revisioni, articoli di opinione, trasversali, qualitativi, non focalizzati sulla salute, che includevano caregiver di età superiore ai 25 anni (dettati dalla media) e privi di un gruppo di non caregiver. Sono stati esclusi studi senza un gruppo di confronto di non caregiver per ridurre i bias e valutare l'effetto specifico dell'assistenza sulla salute del caregiver. Lo screening del testo completo è stato condotto dal revisore (ABG) e da due revisori indipendenti (SG e JM). I motivi di esclusione sono stati registrati durante questa fase ( [appendice p 5](#) ). Gli elenchi di riferimenti delle revisioni sistematiche, di scoping e della letteratura pertinenti sono stati ricercati manualmente per garantire che nessuno studio fosse trascurato.

[https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(25\)00099-4/fulltext?dgcid=raven\\_jbs\\_aip\\_email](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(25)00099-4/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)



## Anziani fragili, gli esperti lanciano l'allarme: riforma nell'impasse ma in 10 mln l'aspettano

*Dal Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza la richiesta di rilancio della legge 33 con un focus sull'assistenza domiciliare, la qualità delle cure in Rsa e lo snellimento dei percorsi per ottenere i benefici disponibili*

**Barbara Gobbi**

La riforma della non autosufficienza, presentata come una bandiera delle politiche per gli anziani del governo e approvata ormai nel 2023, sta vivendo un'impasse e "bisogna rilanciarla".

A chiederlo con forza è quello stesso Patto per un Nuovo Welfare sulla Non autosufficienza, formato da un network di oltre 60 associazioni, che aveva contribuito a scrivere le regole per una presa in carico della terza età più fragile, fin dal tempo dell'esecutivo Draghi.

Ma oggi, a due anni dalla legge 33/2023, gli esperti guidati dal coordinatore Cristiano Gori esprimono "profonda preoccupazione", a fronte di un invecchiamento demografico certificato dagli ultimi dati Istat, a cui non corrisponde un miglioramento degli anni di vita passati in buona salute. Anzi.

La chiamata all'appello contro l'allerta demografica e i ritardi da colmare impongono quindi un'accelerazione e "l'unica strada possibile è un impegno comune di tutti i soggetti istituzionali, politici e sociali del Paese", avvisano dal Patto che tende la mano e a solleciti incontri capaci di sbloccare gli ingranaggi. Anche rilevando come il maxi-decreto attuativo 29/2024 di fatto abbia parzialmente riscritto e sfumato la legge-quadro originaria.

### **Le "incompiute"**

In particolare, il "Patto" passa in rassegna le grandi incompiute. Il Sistema nazionale assistenza anziani (Snaa), pilastro centrale che avrebbe dovuto promuovere la sinergia tra sanità, sociale e Inps "è stato rinviato", rilevano gli esperti che da subito hanno contestato questa modifica all'impianto della legge-quadro, rivisto dal "decretone" del 2024.

Stessa sorte è toccata alla riforma dell'indennità di accompagnamento, sostituita dalla sperimentazione del bonus per il 2025-2026 destinato a una platea inferiore a 30mila destinatari, così come all'attivazione di servizi domiciliari specifici per gli anziani non autosufficienti.

Sarebbe invece ancora "in via di elaborazione" la nuova valutazione multidimensionale unificata, necessaria anche per semplificare i percorsi di anziani e caregiver nella richiesta di interventi, mentre è bollato come "in corso di rinvio" l'intervento mirato a promuovere la qualità nelle residenze sanitarie (Rsa) grazie a un maggior tempo a disposizione degli operatori per ogni anziano e al miglioramento delle camere e degli spazi comuni.

### **I numeri**

"La non autosufficienza coinvolge 10 milioni di persone in Italia, tra gli anziani che ne sono toccati, i familiari che li assistono e gli operatori professionali coinvolti. Il sistema delle risposte pubbliche è da tempo sotto tensione, stretto tra le proprie criticità e la vertiginosa espansione della popolazione anziana", ricorda nel suo appello il Patto.

Gli ultimi numeri Istat confermano l'urgenza di interventi appropriati: a fronte del minimo storico di 1,18 figli per donna in Italia nel 2024, siamo in un Paese sempre più vecchio con 14,5 milioni di anziani - di cui 4,59 mln over 80 - pari al 24,7% della popolazione.

Da noi la speranza di vita alla nascita continua ad allungarsi ma con la longevità cresce anche la potenziale disabilità: se le donne hanno un'aspettativa di vita di 85,5 anni, l'attesa di una buona salute per loro arretra ai 56,6 anni (il minimo dal 2014) mentre gli uomini, meno longevi, hanno solo qualche "buon anno" in più ma non arrivano ai 60 anni vissuti senza fragilità.

[https://www.ilsole24ore.com/art/anziani-fragili-esperti-lanciano-l-allarme-riforma-nell-impasse-ma-10-mln-l-aspettano-AHRiTXDB?cmpid=nl\\_sanita24](https://www.ilsole24ore.com/art/anziani-fragili-esperti-lanciano-l-allarme-riforma-nell-impasse-ma-10-mln-l-aspettano-AHRiTXDB?cmpid=nl_sanita24)

**quotidianosanità.it**

## **Anziani. In Italia 3 over 65 su 10 hanno una fragilità o una disabilità, uno su 4 ha un problema sensoriale. I dati della sorveglianza Passi d'Argento dell'Iss**

*Negli ultra 65enni, la perdita di autonomia nello svolgimento anche di una sola delle sei attività fondamentali della vita quotidiana (ovvero delle ADL, come mangiare, vestirsi, lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra, essere continenti, usare i servizi per fare i propri bisogni) è considerato dalla letteratura internazionale una condizione di disabilità*

### **26 GIU -**

In Italia 14 over 65 su 100 hanno una disabilità, intesa come l'incapacità di svolgere una attività fondamentale della vita quotidiana, e a questi si aggiungono 16 su 100 che invece sono considerati fragili. Inoltre circa 1

persona ultra 65enne su 4 ha almeno un problema di tipo sensoriale (fra vista, udito o masticazione) che non risolve neppure con il ricorso ad ausili, come occhiali, apparecchio acustico o dentiera. Questo il quadro relativo al biennio 2023-2024 tracciato dalla sorveglianza [Passi d'Argento](#) coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità.

“L'analisi temporale- spiega Maria Masocco, responsabile della sorveglianza - mostra una riduzione, lenta ma significativa, della quota di fragili e disabili dal 2016 ad oggi e in questa lenta riduzione si osserva un calo repentino del 2021 che non si può escludere possa essere associato all'eccesso di morbosità e/o mortalità correlata al COVID-19 che ha investito il nostro Paese colpendo le persone più anziane e certamente più vulnerabili per condizioni di salute rendendo meno probabile intercettarle durante il picco pandemico”.

Negli ultra 65enni, la perdita di autonomia nello svolgimento anche di una sola delle sei attività fondamentali della vita quotidiana (ovvero delle ADL, come mangiare, vestirsi, lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra, essere continenti, usare i servizi per fare i propri bisogni) è considerato dalla letteratura internazionale una condizione di disabilità.

Dai dati di PASSI d'Argento 2023-2024 emerge che la condizione di disabilità, così definita, coinvolge 14 persone su 100. La disabilità cresce con l'età, in particolar modo dopo gli 85 anni interessa 4 anziani su 10 (42%); è mediamente più frequente fra le donne (17% vs 10% uomini), fra le persone socio-economicamente svantaggiate per difficoltà economiche (31% fra chi ha molte difficoltà economiche vs 9% tra chi non ne riferisce) o per bassa istruzione (26% vs 7% fra chi ha un livello di istruzione alto). La quasi totalità delle persone con disabilità (99%) riceve aiuto, ma questo carico di cura e di assistenza è per lo più sostenuto dalle famiglie, molto meno dal servizio pubblico di ASL e Comuni.

Il 95% delle persone con disabilità dichiara di ricevere aiuto dai propri familiari per le attività della vita quotidiana per cui non è autonomo, il 37% di essere aiutato da badanti e il 12% da conoscenti. Il 12% ha ricevuto aiuto a domicilio da operatori socio-sanitari e solo il 2% ha ricevuto assistenza presso un centro diurno. Una piccola quota è sostenuta da associazioni di volontariato (2%).

Circa una persona su 4 con disabilità riceve un contributo economico per questa condizione (come l'assegno di accompagnamento). La disabilità si associa alla cronicità e se circa il 6% degli ultra 65enni liberi da cronicità sono disabili, questa quota è pari al 28% fra le persone con due o più patologie croniche (fra quelle indagate in PASSI d'Argento).

Esiste un gradiente Nord-Sud della disabilità a svantaggio dei residenti nel Sud Italia (17% vs 14% nel Centro e 10% nel Nord) che potrebbe riflettere una differenza nella distribuzione degli esiti di salute, ma anche una differente offerta e/o ricorso a strutture di ricovero per anziani non pienamente autonomi fra Nord e Sud del Paese che la sorveglianza PASSI d'Argento non intercetta, dal momento che non raggiunge le persone istituzionalizzate, residenti in RSA o Case di riposo per anziani o ricoverate ma soltanto le persone che vivono nelle loro abitazioni.

Promuovere un invecchiamento sano e prevenire la fragilità rappresentano oggi priorità fondamentali di sanità pubblica, in Italia e a livello internazionale. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'invecchiamento sano è “il processo di sviluppo e mantenimento della capacità funzionale che consente il benessere in età avanzata”.

In questo contesto, la fragilità emerge come un bersaglio chiave per la prevenzione: una condizione dinamica di aumentata vulnerabilità agli stressor, dovuta alla riduzione delle riserve fisiologiche e psicosociali.

A differenza della disabilità, la fragilità è potenzialmente reversibile e può essere contrastata attraverso interventi tempestivi su fattori di rischio modificabili come l'inattività fisica, la malnutrizione, l'isolamento sociale e l'accesso limitato alle cure.

PASSI d'Argento, secondo un approccio bio-psico-sociale, contribuisce all'identificazione precoce della fragilità definendo come fragili gli anziani non disabili, cioè autonomi nelle ADL ma con difficoltà in almeno due funzioni complesse (IADL), quali preparare i pasti, effettuare lavori domestici, assumere farmaci, muoversi autonomamente, gestire le proprie risorse economiche o utilizzare il telefono.

Dai dati di PASSI d'Argento 2023-2024 risultano fragili circa 16 persone su 100. La fragilità è una condizione senza differenze significative tra uomini e donne, ma che cresce progressivamente con l'età, riguarda il 8% dei 65-74enni e raggiunge il 31% fra gli ultra 85enni; è anch'essa associata allo svantaggio socio-economico, sale al 24% fra le persone con molte difficoltà economiche (vs 14% tra chi non ne riferisce) e al 24% fra le persone con bassa istruzione (vs 12% fra chi ha un livello di istruzione alto).

La quasi totalità delle persone con fragilità (98%) riceve aiuto per svolgere le funzioni delle attività della vita quotidiana per cui non è autonomo (IADL). Tuttavia, questo aiuto è sostenuto per lo più dalle famiglie, dai familiari direttamente (95%) e/o da badanti (24%), ma anche da conoscenti (15%); meno del 3% riferisce di ricevere aiuto a domicilio da operatori socio-sanitari delle ASL o dei Comuni, ancora meno (meno di 5 persone su 1000) ricevono assistenza da un Centro diurno. Una piccola quota è sostenuta da associazioni di volontariato (1%). Esiste un gradiente Nord-Sud della fragilità a sfavore delle Regioni meridionali (19% vs 17% nel Centro e 11% nel Nord).

I dati 2023-2024 confermano quanto emerso nelle precedenti rilevazioni: circa 1 persona ultra 65enne su 4 ha almeno un problema di tipo sensoriale (fra vista, udito o masticazione) che non risolve neppure con il ricorso ad ausili, come occhiali, apparecchio acustico o dentiera.

Nel 2023-2024 circa il 9% degli intervistati ultra 65enni riferisce di avere problemi di vista (non correggibili neppure con l'uso di occhiali) che condizionano lo svolgimento delle attività quotidiane.

Questa quota cresce con l'età (a 65-74 anni è del 4% ma sale al 25% dopo gli 85 anni) ed è mediamente più alta fra le donne (11% vs 6%). Il gradiente sociale è ampio e significativo e la quota di persone con problemi di vista è maggiore fra quelle con bassa istruzione (16% vs 5% di chi ha un livello di istruzione alto) e in coloro che hanno molte difficoltà economiche (19% vs 6% fra chi non ne riferisce).

Anche il gradiente geografico da Nord a Sud del Paese è significativo: nelle Regioni meridionali le persone con problemi della vista sono il 11%, quota che scende a 6% fra i residenti nelle Regioni settentrionali.

Dai dati 2023-2024 emerge che il 13% degli ultra 65enni residenti in Italia riferisce un problema di udito (non risolto o non risolvibile con il ricorso all'apparecchio acustico).

Questa quota cresce con l'età (a 65-74 anni è meno del 6% ma sale al 33% dopo gli 85 anni) ed è maggiore tra le donne (14% vs 12% tra gli uomini). Il gradiente sociale è ampio e significativo e la quota di persone con problemi di udito è maggiore fra quelle con bassa istruzione (23% vs 8% di chi ha un livello di istruzione alto) e fra quelle con molte difficoltà economiche (25% vs 10% fra chi non ne riferisce).

Anche il gradiente geografico è visibile e a sfavore delle Regioni meridionali (15% vs 11% del Nord).

Fra le persone con un problema di udito è più alta la prevalenza di coloro che restano socialmente isolate e riferiscono che in una settimana normale non incontrano né parlano con qualcuno (34% vs il 14% nel campione totale); è più alta la prevalenza di sintomi depressivi (19% vs 9% nel campione totale) ed è più alta la quota di chi è caduto nei 30 giorni precedenti l'intervista (12% vs 6%). Il 7% degli anziani intervistati ricorre a un apparecchio acustico per risolvere il suo deficit uditivo, solo circa una persona su 4 tra chi ha problemi di udito.

Nel biennio 2023-2024 l'11% degli intervistati riferisce di avere problemi di masticazione e non riesce a mangiare cibi difficili (una difficoltà non risolta o non risolvibile con l'uso della dentiera).

Questa quota cresce con l'età (a 65-74 anni è del 6% ma sale al 33% dopo gli 85 anni) ed è mediamente più alta fra le donne (13% vs 9%). Il gradiente sociale è ampio e significativo e la quota di persone con problemi di masticazione è più alta fra quelle con bassa istruzione (23% vs 8% chi ha un livello di istruzione alto) o con molte difficoltà economiche (31% vs 7% fra chi non ne riferisce).

Anche il gradiente geografico da Nord a Sud del Paese è significativo: nelle Regioni meridionali c'è una quota 2 volte più alta di persone con problemi di masticazione, rispetto a quanto si osserva fra i residenti nel Nord Italia (15% nel Sud vs 7% nel Nord).

Fra le persone con problemi di masticazione è più alta la prevalenza di coloro che restano socialmente isolati e riferiscono che in una settimana normale non incontrano né parlano con qualcuno (37% vs il 14% nel campione totale); è più alta la prevalenza di sintomi depressivi (22% vs 9% nel campione totale) e persino la frequenza delle cadute (11% vs 6% nel campione totale). Il 27% degli anziani intervistati ricorre alla dentiera per risolvere le proprie difficoltà a masticare cibi difficili.

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=130594](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=130594)

## Salute mentale. In Europa la situazione è allarmante una persona su 6 soffre di un disturbo, ma una su 3 non riceve cure adeguate

*Firmata a Parigi una dichiarazione congiunta tra 31 Paesi affinché la salute mentale “sia priorità in tutte le politiche pubbliche”. L’obiettivo è ambizioso: fare in modo che il benessere psicologico diventi una componente strutturale e trasversale di tutte le decisioni politiche, indipendentemente dal settore di riferimento, che si tratti di sanità, istruzione, giustizia, urbanistica o cultura.*

La salute mentale “sia priorità in tutte le politiche pubbliche”. È questo il key message di una dichiarazione congiunta di 31 Paesi al termine di una conferenza internazionale tenutasi a Parigi e promossa dall’Organizzazione Mondiale della Sanità e dal Ministero della Salute francese

I numeri che fotografano la situazione nella regione europea dell’OMS sono allarmanti. Una persona su sei soffre di un disturbo mentale, ma una su tre tra queste non riceve cure adeguate. E la situazione è ancora più critica per chi vive con una psicosi: una persona su quattro non ha accesso ad alcuna forma di trattamento formale. Ogni anno, più di 150.000 persone si tolgono la vita, circa 400 ogni giorno. Il suicidio è oggi la principale causa di morte tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 29 anni.

Durante la pandemia da COVID-19, la prevalenza di ansia e depressione è cresciuta del 25% su scala globale, aggravando un quadro già complesso. A questa emergenza si aggiunge una drammatica carenza di operatori della salute mentale, mentre emergono nuovi segnali di disagio, soprattutto tra i più giovani: oltre l’11% degli adolescenti mostra comportamenti problematici legati all’uso dei social media, mentre una ragazza su quattro di 15 anni riferisce di sentirsi sola “la maggior parte del tempo” o “sempre”. Anche tra gli anziani, uno su quattro sopra i 60 anni dichiara di vivere nella solitudine.

Nonostante questo quadro critico, c’è una risposta in costruzione. Il 90% dei 29 paesi coinvolti in una recente indagine dell’OMS ha dichiarato di essere al lavoro su nuove politiche di salute mentale o sull’aggiornamento di quelle esistenti. Ma ciò che è realmente nuovo e significativo è il richiamo alla necessità di superare un approccio settoriale e frammentato.

La conferenza di Parigi ha infatti riunito, oltre ai ministri della Salute, anche rappresentanti dei settori dell’istruzione, degli affari sociali, della giustizia, dell’edilizia, della cultura e della gioventù, accanto a professionisti, persone con vissuti diretti di malattia mentale, accademici e società civile. È emersa una consapevolezza condivisa: solo una risposta collettiva, integrata e trasversale potrà affrontare in modo efficace una crisi che riguarda ogni aspetto della vita sociale.

La cosiddetta “Dichiarazione di Parigi” sottolinea la necessità di allineare responsabilità e finanziamenti tra i diversi livelli di governo e settori; coinvolgere le persone con disturbi mentali già nella fase di progettazione delle politiche; creare spazi pubblici che favoriscano l’inclusione e la connessione sociale; sviluppare strategie di prevenzione che partano dalle scuole, dai luoghi di lavoro, dalle carceri, dai media e dai contesti urbani; infine, promuovere un uso sicuro del digitale, in particolare per tutelare i più giovani online.

“Quando integriamo il benessere mentale in ogni decisione, in ogni settore, facciamo più che alleviare la sofferenza: accendiamo dignità, speranza e opportunità per tutti”, ha affermato il direttore regionale dell’OMS per l’Europa, **Hans Henri P. Kluge**.

Ha poi aggiunto che l’ansia sta colpendo con sempre maggiore intensità i giovani, mentre troppi anziani soffrono il silenzioso dolore della solitudine. Per Kluge, una regione forte, equa e sana non sarà costruita solo dai ministeri della Salute, ma da tutti i settori della società, fianco a fianco, con cuore aperto e obiettivi condivisi.

La Francia, paese ospitante della conferenza, ha dichiarato la salute mentale “Grande Causa” nazionale per il 2025. Il ministro della Salute e dell’Accesso alle Cure, **Yannick Neuder**, ha espresso l’orgoglio del proprio paese nel dare il buon esempio, affermando che non è possibile costruire progressi duraturi senza abbattere le barriere tra i settori.

Secondo Neuder, la salute mentale deve diventare una responsabilità comune, da integrare in ogni ambiente: nelle scuole, nei luoghi di lavoro, nelle comunità locali e a tutti i livelli decisionali.

La Dichiarazione di Parigi non è solo un testo politico, ma un invito all’azione concreta. È un primo passo verso una nuova architettura delle politiche pubbliche, in cui la salute mentale non sia più relegata ai margini ma

riconosciuta come fondamento essenziale per la dignità, il benessere e la coesione sociale. L'Europa ha lanciato un segnale forte: ora serve il coraggio di trasformare le parole in azioni.

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=130350](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=130350)



SCIENZA IN RETE

GIU 28, 2025

## **Fine vita: te la do io la legge**

Cronache della ricerca #392

**Eva Benelli**

Se la richiesta sarà respinta non potrà essere ripresentata prima di quattro anni.

Così prevede la bozza del disegno di legge sul fine vita presentata dalla maggioranza in Senato, in vista della discussione che dovrebbe prendere il via il 17 luglio. Proprio così, dopo tanto rinviare e svincolare, finalmente un fronte politico si assume la responsabilità di proporre un testo per regolamentare le modalità di suicidio assistito, e che cosa scrive?

Scrivono che chi ci prova senza averne i requisiti dovrà aspettare altri quattro anni prima di poterlo chiedere di nuovo. 4 anni, 48 mesi, 1440 giorni... sono quelli che una persona terminale o comunque in preda a una sofferenza così acuta e disperata da preferire la morte, dovrebbe aspettare nella logica di questi legislatori, che chissà se avrebbero mai il coraggio di guardare in faccia le persone a cui faranno dire di no.

Persone che probabilmente avranno già aspettato 120 giorni per ottenere il parere, obbligatorio ma non vincolante, del comitato di esperti di nomina governativa che dovrà valutare ogni singola domanda.

Si fa veramente fatica a credere che un testo siffatto possa essere considerato una proposta seria, in grado di intercettare e rispettare la sofferenza di chi sceglie, in autonomia, di non continuare a vivere.

Altri aspetti iniqui sono l'obbligo del ricorso alle cure palliative, un approccio che distorce il senso di un'offerta di cura che già dovrebbe essere garantita per tutti. E poi un'esclusione strabiliante: non sarà il Servizio sanitario nazionale a pagare l'eventuale suicidio assistito, perché il Ssn non può pagare la morte. T

Trasuda da questa bozza lo stesso livore che animava la prima versione della legge 40 sulla Pma, sembra dire "siamo costretti a fare questa legge, ma te la vogliamo rendere difficile". Facile prevedere che ancora una volta la Consulta dovrà intervenire.

Non sappiamo se e quanto cambierà questo testo nell'iter parlamentare, ma certo nella versione attuale è molto peggio di una cattiva legge, è una legge cattiva.

**Fine vita: te la do io la legge**

## La maggioranza delle regioni non spende tutte le risorse per la prevenzione. di Franco Pesaresi

[sossanita.org /archivi/26829](https://www.sossanita.org/archivi/26829)

Redazione sossanita

21 giugno 2025

### La spesa per la prevenzione sanitaria

Il Ministero della Salute assegna annualmente alle Regioni il 5% di tutto il Fondo sanitario nazionale destinandolo alle attività di prevenzione sanitaria. Si tratta di una somma complessiva che supera i 6 miliardi di euro (6.065 milioni di euro nel 2023).



Molti pensano che tale quota sia oggi insufficiente per una seria politica di prevenzione sanitaria ma nel mentre cresce questa consapevolezza dobbiamo fare i conti con la maggioranza delle Regioni italiane che non riesce neanche a spendere totalmente quanto viene assegnato per la prevenzione.

Dai numeri forniti dal Ministero dell'economia e delle finanze (MEF) emergono infatti come 12 Regioni (Piemonte, Pennsylvania, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Toscana, **Marche**, Lazio, Abruzzo, Puglia, Basilicata e Calabria) non spendono tutte le risorse programmate per la prevenzione (Cfr. Tab. 1).

**Tab. 1 – Spesa sanitaria regionale per la prevenzione rispetto al finanziamento statale. Anno 2023. Importi in milioni di euro.**

| Regione       | Finanziamento statale da destinare alla prevenzione sanitaria (5% FSN) | Spesa effettiva delle regioni per la prevenzione | % della spesa regionale rispetto al finanziamento statale |
|---------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Piemonte      | 437,3                                                                  | 398,5                                            | 91%                                                       |
| Valle d'Aosta | 12,7                                                                   | 18,7                                             | 148%                                                      |
| Lombardia     | 1.021,7                                                                | 1.043,4                                          | 102%                                                      |

|                              |                |                |             |
|------------------------------|----------------|----------------|-------------|
| <b>PA Bolzano</b>            | 54,7           | 58,9           | 108%        |
| <b>PA Trento</b>             | 55,6           | 52,9           | 95%         |
| <b>Veneto</b>                | 498,1          | 492,5          | 99%         |
| <b>Friuli Venezia Giulia</b> | 122,7          | 105,9          | 86%         |
| <b>Liguria</b>               | 155,1          | 126,3          | 81%         |
| <b>Emilia Romagna</b>        | 454,1          | 482,1          | 106%        |
| <b>Toscana</b>               | 376,4          | 352,0          | 94%         |
| <b>Umbria</b>                | 88,2           | 95,1           | 108%        |
| <b>Marche</b>                | 152,8          | 136,1          | 89%         |
| <b>Lazio</b>                 | 582,2          | 549,5          | 94%         |
| <b>Abruzzo</b>               | 131,1          | 127,5          | 97%         |
| <b>Molise</b>                | 30,0           | 46,7           | 156%        |
| <b>Campania</b>              | 578,0          | 666,8          | 115%        |
| <b>Puglia</b>                | 403,1          | 334,3          | 83%         |
| <b>Basilicata</b>            | 55,6           | 48,2           | 87%         |
| <b>Calabria</b>              | 190,7          | 162,6          | 85%         |
| <b>Sicilia</b>               | 496,6          | 536,4          | 108%        |
| <b>Sardegna</b>              | 163,1          | 207,9          | 127%        |
| <b>TOTALE ITALIA</b>         | <b>6.065,5</b> | <b>6.042,5</b> | <b>100%</b> |

Fonte: MEF (Modello LA) pubblicato da QS (2025).

*Nelle marche per esempio...*

Le Marche, per fare un esempio, nel 2023 hanno ricevuto una quota del Fondo nazionale sanitario che comprendeva al suo interno una quota del 5% per la prevenzione pari a 152,8 milioni di euro. Nello stesso anno la Regione Marche ha speso per la prevenzione sanitaria solo 136,1 milioni di euro (89%), registrando una minore spesa per la prevenzione pari a 16,7 milioni di euro.

#### *Cosa è successo?*

Le cause di questa mancata spesa di molte regioni nel settore della prevenzione possono essere determinate da una difficoltà organizzativa o, più probabilmente, dalla volontà di destinare parte di tali risorse al settore dell'assistenza ospedaliera o territoriale che invece spesso hanno eccessi di spesa rispetto a quanto finanziato dal Ministero della Salute.

Ma occorre sottolineare che non si tratta di un risultato inevitabile perché ci sono nove regioni che spendono di più per la prevenzione di quanto loro viene assegnato dallo Stato. Per esempio ci sono tre regioni che spendono addirittura oltre il 120% di quanto viene loro assegnato per la prevenzione.

#### *Qualche valutazione*

La prevenzione è un importante investimento in salute che determina delle ricadute positive sulla salute personale dei cittadini e sul sistema sanitario in termini di minori spese per la cura.

La prevenzione non è solo una buona pratica, ma costituisce un'autentica svolta culturale ed organizzativa. In un sistema sanitario spesso focalizzato sulla cura delle malattie già conclamate, con la prevenzione si anticipa l'intervento sanitario, agendo sulle cause e sui comportamenti a rischio prima che patologie insorgano croniche o acute. Le politiche preventive, se ben attuate, generano risparmi, aumentano la produttività e migliorano la qualità della vita. Per questo, non possono più essere considerate voci di spesa ordinaria, ma pilastri strutturali della programmazione e dell'attività sanitaria.

Il fatto che la maggioranza (12) delle Regioni non utilizza totalmente le proprie risorse per la prevenzione è inaccettabile e richiede un intervento politico nazionale e delle singole regioni interessate per mutare tempestivamente questa situazione. Questo è necessario se vogliamo davvero tutelare la salute dei cittadini e delle comunità.

#### **Bibliografia**

Quotidiano Sanità, La spesa per la prevenzione al 5% del Fondo è troppo bassa? Forse, ma intanto metà delle Regioni non spende neanche le risorse stanziare, 18 giugno 2025: [https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=130387](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=130387)

## La gestione associata dei servizi sociali: le forme e gli incentivi. di Franco Pesaresi

 [sossanità.org/archives/26780](http://sossanità.org/archives/26780)

Redazione sossanità

giugno 14, 2025

### *Il quadro normativo*

Della gestione associata dei servizi sociali già ne parlava la L. 328/2000. L'art. 8 comma 3 disponeva infatti che "Alle regioni spetta la: a) determinazione, tramite le forme di concertazione con gli enti locali interessati, degli ambiti territoriali, **delle modalità e degli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete.** Nella determinazione degli ambiti territoriali, **le regioni prevedono incentivi a favore dell'esercizio associato delle funzioni sociali in ambiti territoriali di norma coincidenti con i distretti sanitari** già operanti per le prestazioni sanitarie, destinando allo scopo una quota delle complessive risorse regionali destinate agli interventi previsti dalla presente legge".



Poi il D. Lgs. 147/2017 con l'art. 23 è stato ancora più puntuale disponendo che "Le regioni individuano specifiche forme strumentali per la **gestione associata dei servizi sociali a livello di ambito territoriale**, compresi i consorzi, finalizzate ad assicurare autonomia gestionale, amministrativa e finanziaria e continuità nella gestione associata all'ente che ne è responsabile". Dunque il D. Lgs. 147/2017 vuole un ente autonomo per ogni Ambito territoriale sociale (ATS). Le forme strumentali per la gestione associata dei servizi sociali devono essere:

- previste **a livello di ambito territoriale**;
- finalizzate ad assicurare autonomia gestionale, amministrativa e finanziaria e continuità nella gestione associata all'ente che ne è responsabile. Ovvero, **la gestione associata deve essere affidata ad un ente che abbia autonomia gestionale, amministrativa e finanziaria.**

La convenzione dell'Ambito territoriale sociale (ATS), pertanto, non è più rispondente ai dettami di legge e va superata.

Gli ambiti sociali hanno svolto un ruolo decisivo per la crescita e la modernizzazione del welfare locale ma hanno perso spinta propulsiva. Non possono però continuare a pianificare tutto il sociale e gestire solo una parte. La programmazione si annulla. Se

non c'è una evoluzione rischiano di inaridire la loro attività e di perdere l'interesse degli enti locali. Occorre aggiungere alla pianificazione di Ambito anche la gestione associata di Ambito.

La gestione associata dei servizi sociali è molto vantaggiosa per:

- Garantire una distribuzione uniforme dei servizi in tutto il territorio;
- Garantire un'unica gestione al piano di zona;
- Garantire la gestione dei LEPS e la loro garanzia in tutti comuni compresi quelli più piccoli;
- Sviluppare economie di scala;
- Innalzare la qualità organizzativa;
- Migliorare i servizi sociali nel territorio.

### ***Le forme associative e gli enti strumentali***

Il quadro normativo ma soprattutto la necessità di una gestione più strutturata degli interventi e dei servizi, e di una risposta alle istanze dei cittadini improntata a criteri di efficacia e di efficienza, ha comportato già in molte realtà la scelta di forme gestionali, previste dal D. Lgs. 267/2000.

Il decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 considera sei, tra forme associative ed enti strumentali:

- la convenzione,
- l'unione di Comuni,
- la comunità montana,
- il consorzio,
- l'istituzione,
- l'azienda speciale.

Fra queste va esclusa l'"Istituzione" a cui la norma non affida la capacità di gestire servizi per più comuni ma va invece aggiunta l'**azienda pubblica di servizi alla persona** prevista dal decreto legislativo 4 maggio 2001, n. 207 in materia di riordino del sistema delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza.

### ***L'esercizio associato dei servizi sociali nelle regioni***

La maggioranza delle Regioni ha disciplinato in modo esplicito la gestione associata, utilizzando però una formulazione normativa non sempre omogenea e lineare, che a volte rende difficile l'interpretazione della effettiva prescrittività della norma. Altre Regioni, invece, sono intervenute sulla materia della gestione associata nell'ambito della più generale disciplina di riorganizzazione delle funzioni attribuite ai comuni, su base sovracomunale, che trova applicazione anche nell'ambito dei servizi sociali. Il risultato complessivo è quello di una sostanziale adesione al profilo della gestione associata, diffuso in tutto il Paese, conseguito però con l'adozione di modelli giuridici e organizzativi significativamente differenti e in molti casi poco efficaci.

Per quanto concerne la previsione di una forma associativa specifica, le norme regionali, nella gran parte dei casi (12), riservano la scelta all'autonomia dei comuni, rinviando alle previsioni del D.lgs. 267/2000 (TUEL) o, in modo più generico, alla legislazione vigente. Altre quattro regioni (Lombardia, Sardegna, Umbria e Valle d'Aosta) non forniscono nessuna indicazione. Le due province autonome di Trento e Bolzano stabiliscono invece che la gestione dei servizi sociali deve avvenire rispettivamente con le Comunità e le Comunità comprensoriali che sono sostanzialmente delle Unioni dei Comuni.

Diverse regioni all'interno di questo quadro individuano delle forme gestionali da preferire (e dunque non vincolanti). La più diffusa è la forma del consorzio che viene indicato come forma preferenziale dal Piemonte e dal Lazio. A queste si aggiungono le due tipologie delle società della Salute della Toscana e delle aziende consortili del Veneto. Almeno tre regioni (Basilicata, Molise, Sicilia) indicano come forma gestionale preferita la convenzione ex art. 30 (Cfr. Tab. 1).

**Tab.1. Previsione della gestione associata e forme preferenziali previste**

| REGIONE               | Obbligo di esercizio associato dei servizi sociali previsto dalla normativa | Forme associative previste e/o preferenziali           |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| ABRUZZO               | SI                                                                          | rinvio al TUE L                                        |
| BASILICATA            | SI                                                                          | Convenzione                                            |
| CALABRIA              | SI                                                                          | rinvio al TUE L                                        |
| CAMPANIA              | SI                                                                          | rinvio al TUE L                                        |
| EMILIA-ROMAGNA        | NO (1)                                                                      | rinvio al TUE L (1)                                    |
| FRIULI VENEZIA GIULIA | SI                                                                          | rinvio al TUE L                                        |
| L AZIO                | SI                                                                          | rinvio al TUE L,<br>preferenza per i consorzi          |
| LIGURIA               | SI                                                                          | rinvio al TUE L                                        |
| LOMBARDIA             | SI                                                                          | Nessuna indicazione specifica                          |
| MARCHE                | SI<br>(ma formulazione incerta)                                             | rinvio al TUEL + Az. Pubbl. Servizi alla persona (ASP) |

|               |    |                                                                                                                                                                                  |
|---------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MOLISE        | SI | rinvio alla legislazione vigente ma suggerendo la convenzione                                                                                                                    |
| PIEMONTE      | SI | rinvio alla legislazione vigente<br>con indicazione preferenziale per la forma consortile (3)                                                                                    |
| BOLZANO       | SI | Comunità comprensoriali (Unioni)                                                                                                                                                 |
| TRENTO        | SI | Comunità (Unione di Comuni)                                                                                                                                                      |
| PUGLIA        | NO | rinvio al TUE L                                                                                                                                                                  |
| SARDEGNA      | SI | Nessuna indicazione specifica                                                                                                                                                    |
| SICILIA       | NO | Preferenza per la convenzione                                                                                                                                                    |
| TOSCANA       | SI | rinvio alla legislazione vigente con forte preferenza per le Società della salute                                                                                                |
| UMBRIA        | NO | Nessuna indicazione specifica                                                                                                                                                    |
| VALLE D'AOSTA | SI | rinvio al TUE L nelle forme con<br>personalità giuridica (indicazione preferenziale per Azienda Speciale Consortile e possibile<br>Convenzione ex art. 30 per Comuni Capoluoghi) |
| VENETO        | SI |                                                                                                                                                                                  |

Note: (1) Sulla riorganizzazione delle funzioni amministrative intercomunali è intervenuta la LR 21/2012 che incentiva le Unioni dei Comuni.

Fonte: nostra elaborazione di dati tratti da Ministero del Lavoro e delle politiche sociali (2025)

### ***Forme di incentivazione alla gestione associata***

La legge 328/2000 "legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", all'art. 8, affida alle Regioni, tramite forme di concertazione con gli enti locali interessati, non solo la determinazione di ambiti territoriali, di modalità e di strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi a rete, ma anche l'istituzione di **"incentivi a favore dell'esercizio associato delle funzioni sociali** in ambiti territoriali di norma coincidenti con distretti sanitari, destinando allo scopo una quota complessiva delle risorse regionali destinate agli interventi previsti dalla legge".

Un passo in avanti rispetto alla individuazione di forme strumentali per la gestione associata dei servizi sociali a livello di ATS avviene sostanzialmente dal 2017 con il D.lgs. 147, istitutivo di una misura nazionale di contrasto alla povertà (Rel). La norma infatti dedica l'intero Capo IV al "Rafforzamento del coordinamento degli interventi in materia di servizi sociali". In particolare l'art. 23 elenca una serie di interventi funzionali al "Coordinamento dei servizi territoriali e alla gestione associata dei servizi sociali" affidando, tra le altre cose, alle Regioni e alle Province autonome il compito di individuare "specifiche forme strumentali per la gestione associata dei servizi sociali a livello di ambito territoriale sulla base della legislazione vigente (comma 5) e "strumenti di rafforzamento della gestione associata ... **anche mediante la previsione di meccanismi premiali nella distribuzione delle risorse**".

L'utilizzo del "meccanismo premiale nella distribuzione delle risorse", quale strumento individuato dalle Regioni e dalle Province autonome per il rafforzamento della gestione associata, sembra essere, almeno nella fase iniziale della riforma, caratterizzata da un impegno delle Regioni a dotarsi innanzitutto di una normativa specifica, oggetto di relativo interesse da parte delle stesse e, successivamente, laddove utilizzato, ciò è avvenuto in maniera estremamente diversificata. Gli incentivi per la gestione associata dei servizi sociali è prevista dalla normativa nazionale e da diverse norme regionali ma sono effettivamente finanziati ed erogati solo da 4 regioni (Lazio, Sardegna, Toscana, Veneto). A queste regioni si aggiunge l'Emilia Romagna che però incentiva solamente le Unioni dei comuni.

Le motivazioni della scelta di non procedere alla previsione ed erogazione degli incentivi per la gestione associata sono diversi: si passa da Regioni rimaste ancorate allo strumento della "convenzione" senza essersi poste l'obiettivo di un rafforzamento organizzativo degli ATS a Regioni che, pur consapevoli del ruolo di pilastro centrale per la governance e per l'erogazione dei servizi degli ATS, hanno preferito impegnarsi su percorsi di accompagnamento limitandosi ad attività di monitoraggio. Altre Regioni ancora hanno proceduto direttamente al rafforzamento del sistema con lo specifico obiettivo di superare forme associative e/o di gestione quali la convenzione ex art. 30 a favore di forme istituzionali più forti quali Consorzi, Aziende consortili o Unione dei Comuni. Questo è avvenuto in un caso attraverso contributi straordinari trasferiti ai distretti sociosanitari per garantire la continuità dell'erogazione dei servizi socioassistenziali nella fase di transizione al consorzio o in altri casi mettendo a disposizione dei Comuni capofila contributi per attivare studi di fattibilità finalizzati ad individuare la soluzione istituzionale migliore.

**Tab.2. Quadro delle incentivazioni regionali a sostegno della gestione associata degli ATS**

| Regione | Stato attuale della situazione in ordine agli incentivi regionali a sostegno della gestione associata degli ATS |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Abruzzo | Nessuna indicazione in ordine a incentivi o meccanismi premiali per la gestione associate.                      |

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Basilicata            | Indicazioni a carattere generale con accenno a incentivi mai però concretamente attuati.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Calabria              | La Legge regionale n. 23/2003 prevede all'art. 11, c. 2., lett. b), incentivi a favore degli Enti locali che si associano. A tal fine viene prevista nel Piano Sociale regionale una quota senza però entrare nel merito della quantità e tipologia delle risorse. Ad oggi il dispositivo di incentivazione non è stato attivato.                                                                           |
| Campania              | È prevista una premialità di natura finanziaria a favore degli Ambiti che costituiscono forme associative e/o di gestione diverse dalla convenzione ex art. 30. Nelle ultime annualità la premialità non è più prevista per questo obiettivo.                                                                                                                                                               |
| Emilia-Romagna        | La Regione incentiva, tramite i programmi di riordino territoriale (L.R. 21/2012), l'esercizio associato delle funzioni sociali e sociosanitarie degli Enti locali in Ambito Distrettuale attraverso la forma dell'Unione dei Comuni. Per l'annualità 2024 sono stanziati circa 9,7 Milioni di € di risorse regionali alle quali si aggiungono circa 9,2 Milioni di € di contributi statali regionalizzati. |
| Friuli Venezia Giulia | Non esiste un fondo specifico per incentivare il rafforzamento degli ATS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Lazio                 | Previsto un contributo straordinario ai distretti socio sanitari per garantire la continuità dell'erogazione dei servizi socio assistenziali nella fase di transizione al consorzio sociale, fino ad esaurimento delle risorse disponibili (copertura nell'esercizio finanziario 2024 per euro 240.000,00; per il 2025 euro 2.040.000,00).                                                                  |
| Liguria               | Non esistono forme di incentivazione.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Lombardia             | La Regione non prevede forme di incentivazione della gestione associata                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Marche                | Risorse non previste.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Molise                | Risorse non previste                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Piemonte              | La Regione prevede incentivi finanziari a favore dell'esercizio associato delle funzioni e della erogazione della totalità delle prestazioni essenziali entro gli ambiti territoriali ottimali, ma non risultano attivate tali forme.                                                                                                                                                                       |
| Puglia                | Sono state previste forme di incentivazione alla gestione ma non attivate                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Sardegna              | Non sono previste forme di incentivazione in senso stretto, ma una quota del Fondo regionale per i servizi integrati alla persona è destinata alla gestione associata. L'art. 26 della l.r. 23/2005 prevede che una quota economica sia assegnata ai comuni, tenendo conto delle modalità di gestione unitaria associata prescelta; la stessa è erogata all'ente gestore da essi individuato.               |
| Sicilia               | Non sono previsti incentivi.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                      |                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Toscana              | La Regione Toscana ha promosso diverse forme di finanziamento e sostegno per incentivare la collaborazione tra comuni e altri enti locali                                                                             |
| Provincia di Bolzano | Non sono previste forme di incentivazione alla gestione associata.                                                                                                                                                    |
| Provincia di Trento  | Non sono previste e forme di incentivazione alla gestione associata.                                                                                                                                                  |
| Umbria               | La Regione non offre incentivi specifici o premi economici per la gestione associata.                                                                                                                                 |
| Valle d'Aosta        | La Regione non prevede forme di incentivazione della gestione associata.                                                                                                                                              |
| Veneto               | La normativa regionale affida alla Giunta regionale il compito di disciplinare le modalità di incentivazione delle forme di esercizio associato con una disponibilità complessiva pluriennale di 5,5 milioni di Euro. |

Fonte: ns. elaborazione su dati del MLPS (2025)

### ***Nelle Marche per esempio...***

Il sistema dei servizi sociali delle Marche si articola in 23 Ambiti territoriali di modesta dimensione demografica (6 ATS superano i 100mila abitanti).

Dei 23 ATS uno solo è mono-ambito (quello di Ancona capoluogo di regione); un ATS è organizzato in Azienda Servizi alla persona (ASP) istituita sulla base della l.r. 5/2008 di riordino delle IPAB che prevede all'art. 10 la possibilità di istituire anche nuove aziende; 8 ATS (tutti dell'entroterra marchigiano) utilizzano l'istituto dell'Unione Montana; 2 ATS utilizzano l'istituto dell'Unione dei comuni; 11 gestiscono i servizi sociali territoriali tramite Convenzione (art. 30 del TUEL 267/2000) (Cfr. Tab. 3).

**Tab. 3 – Regione Marche. Le forme di gestione degli Ambiti territoriali sociali (ATS)**

| Forme di gestione                   | numero |
|-------------------------------------|--------|
| Convenzione                         | 11     |
| Unione montana                      | 8      |
| Unione dei comuni                   | 2      |
| Azienda servizi alla persona (ASP)  | 1      |
| Comune di Ancona (ATS monocomunale) | 1      |
| TOTALE ATS                          | 23     |

Fonte: MLPS (2025)

### ***Qualche valutazione***

Nonostante vi sia una legislazione nazionale ultradecennale che riguarda la gestione associata dei servizi sociali le regioni italiane hanno prestato poca attenzione a questo aspetto privilegiando il ruolo delle autonomie locali e puntando sulle autonome determinazioni dei Comitati dei Sindaci. Non a caso, la grande maggioranza delle regioni ha fatto un generico riferimento alla normativa vigente sull'associazionismo dei comuni o addirittura non trattando proprio l'argomento. Solo una minoranza delle regioni ha fornito indicazioni sulla preferenza (non vincolante) della forma gestionale da realizzare seppur, in qualche caso, mantenendo nel quadro normativo forme gestionali come la Convenzione ex art. 30 che la normativa nazionale non ritiene più adatta alla gestione associata dei servizi sociali e all'attuazione dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali.

La conferma del quadro ci viene fornita con forza dall'analisi delle Regioni che, in attuazione delle norme nazionali, hanno previsto e finanziato degli incentivi. Ebbene solo 5 regioni hanno effettivamente previsto ed erogato degli incentivi economici per quei territori che si sono misurati con la realizzazione di enti gestionali in linea con il dettato del D. Lgs. 147/2017.

Proprio per accompagnare gli ATS e le Regioni in questo percorso per la gestione associata dei servizi sociali che non è nuovo ma che finora ha coinvolto solo una parte minoritaria del territorio italiano sono state appena approvate da parte del Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2025) le "Linee guida per la definizione dei modelli organizzativi omogenei degli Ambiti Territoriali Sociali per l'Attuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni". Il documento si occupa, in gran parte, proprio dei profili e delle forme giuridiche per la gestione associata di funzioni e servizi sociali. L'auspicio è che queste Linee guida possano aprire una nuova fase di discussione e di azioni che possa portare al rafforzamento degli ATS in modo che siano messi in condizione di affrontare le nuove sfide che si prospettano.

## Bibliografia

Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, *Linee guida per la definizione dei modelli organizzativi omogenei degli Ambiti Territoriali Sociali per l'Attuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni*, Roma, 2025.

Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, World Bank, *Ricognizione in materia di gestione associata dei servizi sociali*, Roma, 2025.

Precedente articolo sulla coincidenza territoriale degli ATS e dei distretti sanitari: <https://francopesaresi.blogspot.com/2025/06/la-coincidenza-territoriale-fra.html>

fonte: <https://francopesaresi.blogspot.com/2025/06/la-gestione-associata-dei-servizi.html>

## **Infermieri. “Nursing Action”: in Europa si lavora per trattenere la forza lavoro e rafforzare la sanità pubblica**

*L’iniziativa punta a generare soluzioni evidence-based per rendere più attrattiva la professione infermieristica, migliorando le condizioni di lavoro e favorendo l’ingresso di giovani e di professionisti in seconda carriera*

Pubblicato a 17 giugno 2025

Trattenere gli infermieri nei sistemi sanitari nazionali è diventata una priorità politica per molti Paesi europei. A sostenerlo è “Nursing Action”, l’ambizioso progetto finanziato dall’Unione Europea nell’ambito dell’iniziativa EU4Health e promosso dall’OMS Europa. L’obiettivo? Rafforzare la forza lavoro infermieristica in tutta l’UE, Norvegia inclusa, e contribuire a migliorare la salute pubblica. Recentemente, i rappresentanti di 20 Paesi si sono riuniti presso la sede dell’OMS/Europa a Copenaghen per confrontarsi su bozza di rapporti nazionali, elaborati a partire da un’analisi approfondita delle politiche e dei dati statistici sulla fidelizzazione del personale infermieristico. I rapporti esplorano sette dimensioni chiave, da salario e orari di lavoro fino a benessere, formazione e relazioni professionali.

“Stiamo passando con decisione dalla ricerca all’azione”, ha dichiarato la Dott.ssa Natasha Azzopardi-Muscat, direttrice per le Politiche e i Sistemi Sanitari Nazionali di OMS Europa. “Questo incontro dimostra l’impegno concreto dei Paesi nell’affrontare una delle sfide più urgenti per il personale sanitario. Solo condividendo esperienze e lavorando insieme possiamo costruire sistemi sanitari più resilienti”.

I rapporti nazionali si basano su dati quantitativi e qualitativi, adattati per riflettere le caratteristiche uniche dei contesti locali. La prima dimensione riguarda la sicurezza, il benessere e l’etica professionale: qui rientrano ambienti di lavoro sicuri, accesso ai dispositivi di protezione individuale e rispetto degli standard deontologici. La seconda è relativa a retribuzione e benefit, quindi salari, indennità e riconoscimenti economici. Una terza area si concentra sugli orari di lavoro e la conciliazione vita-lavoro, includendo turni, straordinari e flessibilità organizzativa. La sicurezza professionale è un’altra dimensione fondamentale e comprende stabilità contrattuale, percorsi di carriera e prospettive di crescita. Il dialogo sociale, anch’esso centrale, riguarda le modalità di contrattazione collettiva e la partecipazione dei lavoratori alle scelte strategiche. Poi c’è lo sviluppo professionale, che analizza l’accesso alla formazione continua, l’aggiornamento e la possibilità di specializzarsi. Infine, la settima dimensione analizza la qualità delle relazioni sul luogo di lavoro, il clima organizzativo, la leadership e il riconoscimento.

Questo approccio è allineato con gli indicatori internazionali già in uso presso OMS, Commissione Europea e altri organismi, garantendo così un impatto anche oltre i confini nazionali. “Ogni Paese ha sviluppato pratiche virtuose in almeno una di queste aree”, ha spiegato il dottor Tomas Zapata, responsabile OMS per il personale sanitario. “La piattaforma creata consente lo scambio di esperienze, il gemellaggio tra Paesi e nuove opportunità di apprendimento reciproco”.

“Nursing Action”, avviata nel settembre 2024, non si limita alla raccolta di dati. L’iniziativa punta a generare soluzioni evidence-based per rendere più attrattiva la professione infermieristica, migliorando le condizioni di lavoro e favorendo l’ingresso di giovani e di professionisti in seconda carriera. “La forza di questo progetto è unire le evidenze alla realtà quotidiana degli infermieri”, ha spiegato Margrieta Langins, consulente OMS per le politiche infermieristiche. “Solo così possiamo aiutare i governi a costruire politiche davvero efficaci e sostenibili nel tempo”.

Alla riunione hanno partecipato anche attori della società civile: dall’Associazione Europea degli Studenti Infermieristici al Forum delle Associazioni Nazionali, fino alla Federazione Europea delle Associazioni

Infermieristiche e all'Unione Europea del Servizio Pubblico. Il progetto prevede ora ulteriori analisi sul mercato della formazione, sul benessere psicologico degli operatori e sull'equilibrio tra domanda e offerta. Queste ricerche alimenteranno il dialogo politico a livello nazionale, contribuendo a delineare strategie contestualizzate per il reclutamento e la fidelizzazione degli infermieri.

[https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=130362&fr=n](https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=130362&fr=n)



## **Decreto attuativo sull'accesso a Medicina, FNOPI: “Necessaria interlocuzione per garantire la qualità della formazione in Infermieristica”**

“Ora più che mai è necessario che le istituzioni interloquiscano con le professioni infermieristiche”. La Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) interviene all'indomani della firma del Decreto Ministeriale n. 418 del 30-05-2025 recante la disciplina di attuazione delle nuove modalità di accesso ai corsi di laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e Protesi Dentaria e Medicina Veterinaria (semestre aperto) per l'anno accademico 2025-2026.

In sede di audizione parlamentare, e attraverso dettagliata documentazione depositata presso il Ministero dell'Università e della Ricerca, la FNOPI ha più volte evidenziato una serie di criticità che andranno a impattare soprattutto sui corsi di laurea in Infermieristica.

“In particolare – spiegano dalla Federazione – il decreto appena firmato individua nel dettaglio le procedure relative alla doppia iscrizione, contemporanea, gratuita e obbligatoria, ai corsi di laurea magistrale a ciclo unico in medicina e chirurgia e ai corsi di laurea di area biomedica, sanitaria, farmaceutica e veterinaria, anche in sovrannumero. La Federazione – continua la nota – apprezza gli sforzi visibili all'interno del testo volti ad attenuare l'impatto del trasferimento di studenti in sovrannumero recependo in parte le istanze della FNOPI, ma la priorità deve rimanere quella di garantire standard di qualità formativa dei Corsi di Laurea in Infermieristica. Una professione in continua evoluzione non dovrebbe essere subordinata a nessun'altra, invece in questo modo si afferma una sussidiarietà della scelta del percorso formativo infermieristico a un insuccesso di entrata a Medicina, alimentando una immagine sociale che da tempo siamo impegnati a superare, privilegiando l'accesso dei giovani che si riconoscono in una mission assistenziale. Il rischio è, dunque, quello che le maglie di questo provvedimento abbiano un impatto negativo rispetto agli sforzi messi in campo per valorizzare la professione. Inoltre, i primi a farne le spese sono i nostri giovani che non dovrebbero trovarsi nella condizione di tentare più strade per definire il proprio futuro”.

Tali perplessità sono state espresse anche dalla Conferenza delle Regioni che il 17 aprile scorso ha approvato un documento in cui ritiene urgente e necessario un confronto istituzionale costruttivo per promuovere misure coerenti con le reali esigenze del sistema.

“In questo contesto, la FNOPI rinnova la piena disponibilità a collaborare con le istituzioni al fine di monitorare il processo in atto andando – concludono dalla Federazione – a intervenire per risolvere criticità e garantire un sistema formativo efficiente per non disperdere potenziali futuri professionisti e tutelare il valore delle professioni sanitarie e la sicurezza pazienti”.

<https://www.fnopi.it/2025/06/06/decreto-accesso-a-medicina-fnopi/>

## Un PDTA per la gestione della fragilità biopsicosociale a livello territoriale di Giuseppe Liotta, Ferdinando Romano e Maddalena Illario

*Gentile Direttore,*

in data 27 maggio 2025 è stata deliberata dalla Asl Abruzzo 1 l'adozione del "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la prevenzione e la gestione della fragilità nella popolazione anziana non istituzionalizzata". Si tratta di una novità assoluta nel panorama delle cure primarie a livello nazionale promosso dal Sito di Riferimento europeo "Roma – Tor Vergata" per la promozione dell'Invecchiamento Sano ed Attivo e implementato dalla ASL Abruzzo 1, prima in Italia. Alla base di questo nuovo PDTA, che non è dedicato ad una patologia specifica, è l'intuizione che la fragilità biopsicosociale costituisce un elemento centrale nel condizionare le traiettorie di salute/malattia dei soggetti anziani, spesso affetti da multimorbidità, cioè da un insieme di patologie di diversa severità, che da sole non esprimono necessariamente le necessità assistenziali e l'urgenza di intervento (1). La fragilità, soprattutto se tiene contemporaneamente conto degli elementi psico-fisici e di quelli socio-economici, è un indicatore sintetico che permette di stratificare la popolazione sulla base delle caratteristiche e dell'urgenza della domanda di assistenza (2), raggiungendo l'obiettivo di "misurare" la domanda assistenziale così da permettere di approntare una risposta adeguata sia a livello individuale che di popolazione (3).

Il PDTA fragilità (o PPDTA, Percorso Preventivo, Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale) è costituito da tre livelli funzionalmente correlati: 1° livello, somministrazione di un Questionario Multidimensionale per la definizione del grado di fragilità biopsicosociale; 2° Livello (riservato agli individui definiti pre-fragili e fragili al 1° livello) di approfondimento per definire le aree di fragilità e suggerire le possibili strategie di gestione e gli interventi utili a mitigare o addirittura a ridurre il grado di fragilità (prima definizione del Piano Individuale di Assistenza - PAI) (4); 3° livello, sintesi delle indicazioni raccolte dai primi due livelli e finalizzazione del PAI che viene trasmesso al medico di Medicina Generale del paziente quale suggerimento perché venga poi implementato.

Nel caso siano previsti nel PAI esami diagnostici o visite specialistiche, la ASL mette a disposizione un limitato lotto di prestazioni riservate ai pazienti inseriti nel PDTA. Viene inoltre programmato un controllo a 6 o 12 mesi a seconda delle condizioni del paziente per permettere una valutazione dell'impatto del PAI proposto ed un suo aggiornamento. In sostanza il paziente viene preso in carico da una struttura di sorveglianza territoriale che può far riferimento, ad esempio alle case della salute attraverso il coinvolgimento degli Infermieri di Famiglia e Comunità. La gestione delle varie fasi può essere attribuita ai professionisti infermieri e medici, anche se la prima fase, per la tipologia dello strumento previsto per condurla, può essere affidata anche a personale non sanitario (5) (6). La terza fase richiede la presenza di almeno un medico per finalizzare le proposte di carattere sanitario, e/o di un assistente sociale se il problema principale fosse di carattere sociale e/o economico. Nella fase di implementazione del PAI è possibile coinvolgere i servizi territoriali del municipio, con i quali è utile concludere protocolli di intesa ad hoc che rappresentano una via di integrazione tra sociale e sanitario che parte dal basso.

Una fase sperimentale della durata di circa due anni, nel quadro di uno studio multiregionale condotto dal gruppo di lavoro promotore del SUNFRIL+ Study, al quale partecipa il dipartimento di Biomedicina e Prevenzione dell'Università di Roma "Tor Vergata" in collaborazione con la ASL di Frosinone e la ASL Abruzzo 1, ha coinvolto oltre 700 soggetti ultra65enni, ottenendo come principale risultato la riduzione dell'incidenza delle cadute, il miglioramento dello stato nutrizionale e la riduzione dei ricoveri ospedalieri<sup>4</sup>. Si tratta in effetti di un approccio che focalizza alcuni temi di prevenzione trasversali alle patologie: gestione della polifarmacoterapia, incoraggiamento all'esercizio fisico e prevenzione delle cadute, diagnosi e gestione della malnutrizione, rilevazione e gestione del declino neurologico, riduzione dell'isolamento sociale. Un approccio

pro-attivo riservato agli individui ultra80enni, realizzato in collaborazione con un programma multiregionale sociale di punta condotto dal terzo settore, rappresenta un esempio di una ulteriore garanzia di raggiungere le persone a maggior rischio di eventi avverso sulla salute dovuti al mancato controllo dei fattori di rischio elencati (7).

La messa a punto di questo PDTA è particolarmente rilevante anche perchè si inserisce a pieno titolo nello sviluppo del modello di assistenza territoriale disegnato dalla legge 33 del 2023 (8), riforma dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale per gli anziani. Tale Legge, che insieme al DM77 (9), ridisegna l'assistenza extraospedaliera per gli anziani, è a tutt'oggi poco implementata principalmente per la mancanza di fondi ad essa dedicati, carenza che si spera sia colmata rapidamente (10) (11). Si tratta in effetti di un intervento che, mettendo al centro la fragilità, punta a recuperare quell'approccio olistico alle cure primarie che conosce da tempo il valore decisivo dell'integrazione socio-sanitaria, ovvero dell'uso a livello territoriale di procedure e strumenti unici per il sociale e per il sanitario e l'elaborazione di percorsi che connettano nel mondo reale questi due segmenti per offrire modelli efficaci di cura e di assistenza. La profonda riorganizzazione dei servizi richiesta dal mutato quadro legislativo necessita di urgenti applicazioni sperimentali che permettano di calare nella realtà delle regioni Italiane il più grande sforzo di riforma dell'assistenza territoriale mai messo in campo dal 1992 ad oggi (12). Le case della salute sarebbero la sede naturale di questa tipologia di intervento territoriale integrato, proprio per la funzione di integrazione dei processi di prevenzione e diagnostico-terapeutico- assistenziale socio-sanitari che sono chiamate a svolgere. Il tema della prevenzione di eventi negativi nella vita dei più anziani, (principalmente cadute, accessi al PS, ospedalizzazioni e ri-ospedalizzazioni, istituzionalizzazioni e decessi), è stato fino ad oggi trattato attraverso un approccio esclusivamente individuale, e settoriale (cioè separato tra sociale e sanitario), che esprime una mancanza di comprensione delle dinamiche alla base di tali eventi. Un esempio è il circolo vizioso solitudine, alterazione delle abitudini alimentari, malnutrizione, riduzione della forza fisica, caduta, frattura, modesto recupero funzionale, incremento delle necessità assistenziali, istituzionalizzazione e decesso (13). In questi casi curare una delle patologie che affliggono il paziente, approccio corretto dal punto di vista terapeutico, può non avere nessun impatto sulla sua salute complessiva, mentre non cogliere i fattori alla base dell'evoluzione del quadro clinico-assistenziale può avere conseguenze molto negative per il paziente e aumentare le spese assistenziali per il sistema.

Un intervento multidimensionale che tenga conto degli elementi sociali ed economici connessi a quelli sanitari può avere maggiori possibilità di preservare una buona qualità della vita. L'una cosa non può fare a meno dell'altra. L'approccio olistico basato sulla valutazione del rischio di eventi negativi, cioè sulla valutazione della fragilità biopsicosociale, rappresenta una chiave di lettura che può indirizzare gli interventi a livello individuale ed aiutare a distribuire le risorse a livello di popolazione. Si tratta di passare da una programmazione basata sulle risorse disponibili, come è avvenuta per molto tempo nell'assistenza territoriale, ad una programmazione basata sulla conoscenza dei problemi reali della popolazione anziana. La connessione tra questo tipo di approccio preventivo ed un monitoraggio territoriale delle condizioni dei più anziani può favorire, a costi più che accettabili, la correzione delle traiettorie di fragilità mitigandone gli effetti, cioè riducendo mortalità, ospedalizzazione, istituzionalizzazione e riduzione delle capacità funzionali. In conclusione possiamo affermare che l'uso della fragilità biopsicosociale come base per la valutazione della domanda assistenziale di una popolazione e per la messa a punto di PAI preventivi, diagnostico-terapeutici ed assistenziali, costituisce una novità di cui vale la pena testare le potenzialità sia in termini di miglioramento della qualità della vita dei cittadini anziani sia di risparmi nella spesa socio-sanitaria, o almeno in termini di maggiore appropriatezza della spesa stessa.

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=130263&fr=n](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=130263&fr=n)

## Percorso nascita. Oms: “Necessario implementare e diffondere modelli di assistenza ostetrica in tutto il mondo”. Pubblicate le nuove Linee Guida

Pubblicato 18 giugno 2025

*L'Oms stima che l'accesso universale a ostetriche qualificate potrebbe prevenire oltre il 60% dei decessi materni e neonatali, pari a 4,3 milioni di vite salvate ogni anno entro il 2035. Ma anche evitare l'eccessiva medicalizzazione del parto, riducendo l'induzione e l'uso del forcipe ma anche i cesarei, che in alcuni paesi oggi hanno un tasso superiore al 50%*

**18 GIU** - Pubblicate oggi le nuove linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) per aiutare i paesi ad adottare, implementare e diffondere modelli di assistenza ostetrica in cui le ostetriche svolgono il ruolo di principale fornitore di assistenza per donne e neonati durante la gravidanza, il parto e il periodo postnatale.

Le linee guida promuovono una comunicazione e una collaborazione solide tra donne e ostetriche. Un modello che, spiega l'Oms, “offre comprovati benefici per la salute sia per le donne che per i loro bambini. Le donne che hanno ricevuto assistenza da ostetriche di fiducia hanno statisticamente maggiori probabilità di avere parti vaginali sani e dichiarano una maggiore soddisfazione per i servizi ricevuti”.

“Espandere e investire nei modelli di assistenza ostetrica è una delle strategie più efficaci per migliorare la salute materna e neonatale a livello globale”, afferma in una nota il Dott. Anshu Banerjee, Direttore per la Salute e l'Invecchiamento di Materna, Neonatale, Infantile e Adolescenziale presso l'Oms.

Questi approcci, che migliorano i risultati e massimizzano le risorse, possono essere adattati a tutti i Paesi, sottolinea l'Oms. Fondamentalmente, migliorano anche l'esperienza di cura di donne e famiglie, costruendo partnership di fiducia per la salute in questa fase critica della vita.

Eppure, nonostante i progressi, i decessi materni e neonatali rimangono inaccettabilmente elevati, in particolare nei contesti a basso reddito e fragili. A livello globale, milioni di donne partoriscono ancora senza un operatore sanitario qualificato al loro fianco e un terzo di loro non riceve nemmeno quattro degli otto controlli di gravidanza raccomandati dall'Oms. I progressi nella riduzione della mortalità materna e neonatale sono in gran parte stagnanti dal 2016. “Recenti modelli suggeriscono che l'accesso universale a ostetriche qualificate potrebbe prevenire oltre il 60% di questi decessi, pari a 4,3 milioni di vite salvate ogni anno entro il 2035”, sottolinea l'Oms.

I modelli di assistenza ostetrica enfatizzano la scelta informata, la comunicazione e le tecniche non invasive – come la mobilità durante il travaglio, la guida respiratoria, diverse posizioni per il parto e il supporto emotivo – che mirano a responsabilizzare le donne e ridurre la probabilità di procedure invasive.

I modelli di assistenza ostetrica rappresentano anche una risposta importante alla crescente preoccupazione per l'eccessiva medicalizzazione del parto. “Sebbene interventi medici come il taglio cesareo, l'induzione e l'uso del forcipe siano essenziali e salvavita quando clinicamente indicati, il loro uso routinario o eccessivo crea rischi per la salute a breve e lungo termine. In alcuni paesi, i tassi di cesarei superano ora il 50%, il che suggerisce un'elevata incidenza di procedure medicalmente non necessarie”.

“Le ostetriche qualificate aiutano le donne ad avere fiducia nel proprio corpo, nelle proprie capacità e nelle proprie cure”, afferma Ulrika Rehnstrom Loi, esperta di ostetricia presso l'OMS e responsabile tecnico delle linee guida. “Ecco perché investire in modelli di assistenza ostetrica è così importante: non solo migliora la salute, ma crea anche un gruppo di esperti in grado di fornire un'assistenza personalizzata e rispettosa, garantendo che le donne siano costantemente coinvolte nel processo decisionale e abbiano accesso alle informazioni di cui hanno bisogno, oltre a un supporto emotivo fondamentale”.

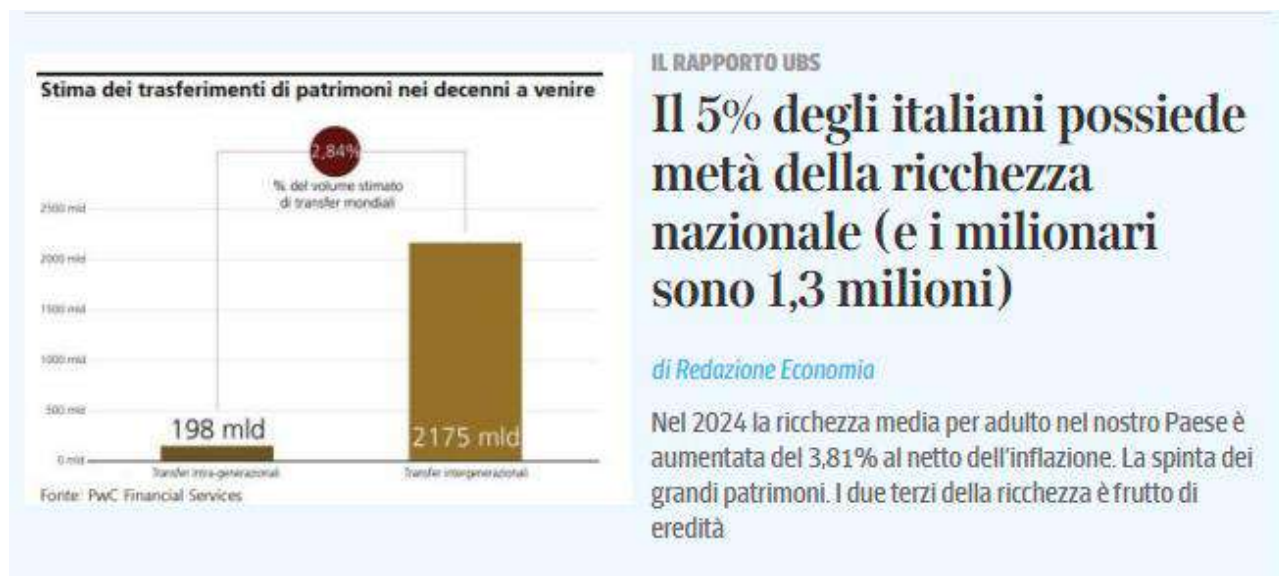
Le nuove linee guida forniscono strumenti pratici ed esempi concreti per aiutare i paesi a strutturare una transizione verso modelli di assistenza ostetrica. Nell'ambito di questo processo, la guida richiede un forte impegno politico, una pianificazione strategica e finanziamenti a lungo termine per l'attuazione, con linee di bilancio dedicate. Sottolinea inoltre l'importanza di una regolamentazione e di una formazione ostetrica di alta qualità, in linea con gli standard internazionali, a supporto di una pratica autonoma e basata sull'evidenza.

Un'implementazione di successo richiede una forte collaborazione, sottolinea la guida. Le ostetriche dovrebbero essere messe in grado di lavorare in modo indipendente, ma anche integrate in team sanitari più ampi, insieme a medici e infermieri. In caso di complicazioni, le ostetriche dovrebbero essere in grado di collaborare con questi altri professionisti per garantire un'assistenza multidisciplinare di qualità a ogni donna e bambino.

“I modelli di assistenza ostetrica non sono solo soluzioni intelligenti, sono una necessità”, ha affermato Anna Ugglas, Amministratore Delegato della Confederazione Internazionale delle Ostetriche, che ha supportato lo sviluppo della guida. “In un mondo in cui il parto è sempre più medicalizzato, offrono un approccio incentrato sulla persona e basato sull'evidenza che rispetta il processo fisiologico del parto, restituisce dignità e autonomia all'assistenza alla maternità e contribuisce a garantire la sicurezza di donne e neonati ovunque”. Le linee guida delineano diversi modelli adattabili di assistenza ostetrica, tra cui:

- Continuità delle cure, in cui le donne sono supportate da un'ostetrica di fiducia o da un piccolo team di ostetriche, durante la gravidanza, il parto e il periodo postnatale.
- Centri nascita gestiti da ostetriche, strutture dedicate in cui le ostetriche forniscono assistenza durante il parto alle donne a basso rischio di complicanze. A volte offrono altri servizi come l'assistenza prenatale e postnatale o la pianificazione familiare.
- Approcci basati sulla comunità, in cui le ostetriche forniscono servizi direttamente nelle comunità, ad esempio tramite unità mobili o centri sanitari locali.
- Studio privato, in cui le ostetriche private operano in modo indipendente o tramite organizzazioni. Per essere efficaci, questi servizi devono essere regolamentati e integrati nei sistemi sanitari nazionali.

**[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=130381&fr=n](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=130381&fr=n)**



## 24 Italia

### Ubs: ricchezza globale in crescita. In Italia ci sono poco più di 1,3 milioni di milionari

Nel 2024, il patrimonio mondiale è aumentato del 4,6%. Il nostro Paese si distingue per solidità e ricchezza privata, ma resta il nodo della cultura finanziaria

La **ricchezza globale** ha continuato a crescere anche in un contesto di incertezza economica, registrando nel 2024 un **incremento del 4,6% in dollari**. Lo evidenzia l'edizione 2025 del **Global Wealth Report di UBS**, che ha analizzato 56 mercati rappresentativi di oltre il 90% del patrimonio mondiale. **A guidare questa espansione sono state soprattutto le Americhe**, con un +11,35%, **mentre in Europa, Medio Oriente e Africa l'aumento è stato quasi nullo (+0,44%)**.

**L'Italia, in questo scenario, ha visto salire a 1,3 milioni il numero dei milionari in dollari.** Un segnale della tenuta del patrimonio privato, confermata anche dalla posizione finanziaria netta positiva del Paese verso l'estero, pari al 15% del Pil. Un dato superiore alla media europea, dovuto – secondo UBS – all'elevato livello di risparmio delle famiglie italiane.

Tuttavia, come ricorda **Matteo Ramenghi**, chief investment officer di UBS Global Wealth Management, questa ricchezza da sola non basta: **per produrre benefici duraturi, serve una maggiore consapevolezza finanziaria**. In un'epoca segnata da rapidi cambiamenti e instabilità, la gestione del patrimonio si fa sempre più complessa e strategica. E richiede, secondo i vertici di UBS, competenze adeguate per affrontare le sfide del presente e pianificare il trasferimento della ricchezza alle generazioni future.

<https://www.ilsole24ore.com/art/ubs-ricchezza-globale-crescita-italia-supera-13-milioni-milionari-AHrIS1LB>

## **La ricchezza globale corre, in Italia 1,3 milioni di milionari: tutti i dati del Global Wealth Report di Ubs**

**Alberto Mapelli**

Aumento del 4,6% in un anno del benessere globale grazie alla crescita degli Usa, dove i milionari salgono di oltre mille individui ogni giorno

Corre la ricchezza globale e aumentano anche i milionari in Italia, che sono adesso 1,3 milioni. È quanto emerge dal Global Wealth Report 2025 di Ubs, che segnala come nel 2024 la ricchezza globale sia cresciuta del 4,6% in dollari americani, dando seguito al +4,2% del 2023. A trascinare la crescita della ricchezza personale sono le Americhe, dove è aumentata dell'11,35%, mentre nell'area Emea è rimasta al palo (+0,44%).

Negli ultimi 25 anni si è assistito ad una crescita marcata e costante della ricchezza a livello globale, sia complessivamente che nelle principali regioni. La ricchezza totale è salita a un tasso di annuale composto del 3,4% dal 2000.

Come cambia la classifica dei Paesi

La Svizzera continua a guidare la classifica della ricchezza media pro capite a livello di singolo mercato, con una media di più di 687 mila dollari. Risalgono gli Usa, che passano dal quarto al secondo posto con una media di 620 mila dollari a testa. A completare il podio Hong Kong, con 601 mila dollari di media. Il balzo in avanti maggiore nella top 25 della classifica di Ubs viene registrato dall'Olanda, che passa dal 12esimo al nono posto con una media di oltre 370 mila dollari pro-capite.

Guardando alle persone milionarie, il numero complessivo è lievitato dell'1,2% grazie a un incremento di oltre 684 mila persone rispetto all'anno precedente. Circa la metà dei nuovi milionari (più di 379 mila individui) è stato registrato negli Stati Uniti, con un ritmo di crescita di oltre mille al giorno.

L'aspettativa a livello mondiale è che altri 5,34 milioni di persone entrino a far parte del gruppo dei milionari in dollari entro il 2029, che significherebbe un aumento di circa il 9%.

Come sta l'Italia

Ubs ha realizzato anche un focus sull'Italia. Nel corso del 2024 la ricchezza media per adulto, misurata in euro, è aumentata del 3,81% al netto dell'inflazione. La ricchezza mediana, invece, è addirittura salita quasi del 15%. Allargando l'analisi agli ultimi 5 anni, invece, i dati sono meno favorevoli: la ricchezza media è calata di oltre il 9% e quella mediana è aumentata soltanto del 4,7%.

Questi divari tra i valori medi e quelli mediani suggeriscono, secondo Ubs, che le fasce patrimoniali medie si siano avvalse di una crescita della ricchezza ben più rapida delle fasce alte. Nel complesso l'Italia è al 23esimo posto della classifica della ricchezza media per adulto misurata in dollari.

Guardando alla composizione del patrimonio, i valori finanziari sono poco meno del 46% del patrimonio lordo complessivo, quelli non finanziari (immobili e terreni) poco meno del 62% e i debiti ammontano al 7,6%, un valore estremamente basso nel confronto internazionale.

Sul fronte dei milionari in dollari, l'Italia ne conta poco più di 1,3 milioni. Nel corso dei prossimi 20-30 anni, secondo la stima di Ubs, l'Italia assisterà ad un'impennata dei patrimoni trasferiti tra le generazioni nonché all'interno della stessa generazione (da coniuge a vedova/o) per un totale di oltre 2300 miliardi di euro, pari ad oltre un quinto dell'intero patrimonio privato del Paese. (riproduzione riservata)

**<https://www.milanofinanza.it/news/criptoalute-il-monito-di-savona-trova-una-sponda-nella-bce-2025062022225111>**

## Spesa pubblica per pensioni

Spesa in rapporto al PIL - Scenario nazionale base

— Scenario nazionale base - PSIRI 2025-2029 — Scenario nazionale base - Rapporto 2024



Fonte: Ministero dell'Economia e delle Finanze

## WELFARE

### Andremo davvero in pensione più tardi? Cosa dicono i conti e cosa sappiamo sull'aumento del 2027

di *Redazione Economia*

Gli effetti delle riforme per abbattere il costo delle pensioni «annullate» dall'introduzione di Quota 100. La Ragioneria dello Stato: «La spesa continuerà a crescere fino al 2043»

## L'ANALISI

### Dazi ecco il conto pagato dall'Europa: export crollato del 35% (ma l'Italia si ferma al 10%)

### Musk: «Causeranno recessione» | Live

di *Federico Fubini e Redazione Economia*

I dati di aprile sulle vendite verso gli Usa: quanto costano le barriere? Il tonfo cinese, meno 39%. I numeri e le conseguenze concrete delle guerre commerciali aperte da Donald Trump



## Nota sulla congiuntura – aprile 2025

11 aprile 2025 | La congiuntura economica internazionale è caratterizzata da una crescente incertezza, derivante dalle politiche protezionistiche oltre che dalle persistenti tensioni geopolitiche.

Le forti barriere tariffarie annunciate il 2 aprile dagli Stati Uniti d'America, che hanno indotto repentini cali nei prezzi degli attivi finanziari, sono state ampiamente depotenziate nei giorni scorsi.

Già prima del 2 aprile le attese sulla crescita si stavano deteriorando, infatti l'OCSE prevedeva una graduale decelerazione del PIL mondiale nei prossimi anni. Nello scorcio finale del 2024 l'economia degli Stati Uniti ha rallentato e nel primo trimestre di quest'anno potrebbe essersi ulteriormente indebolita (fig. 1).

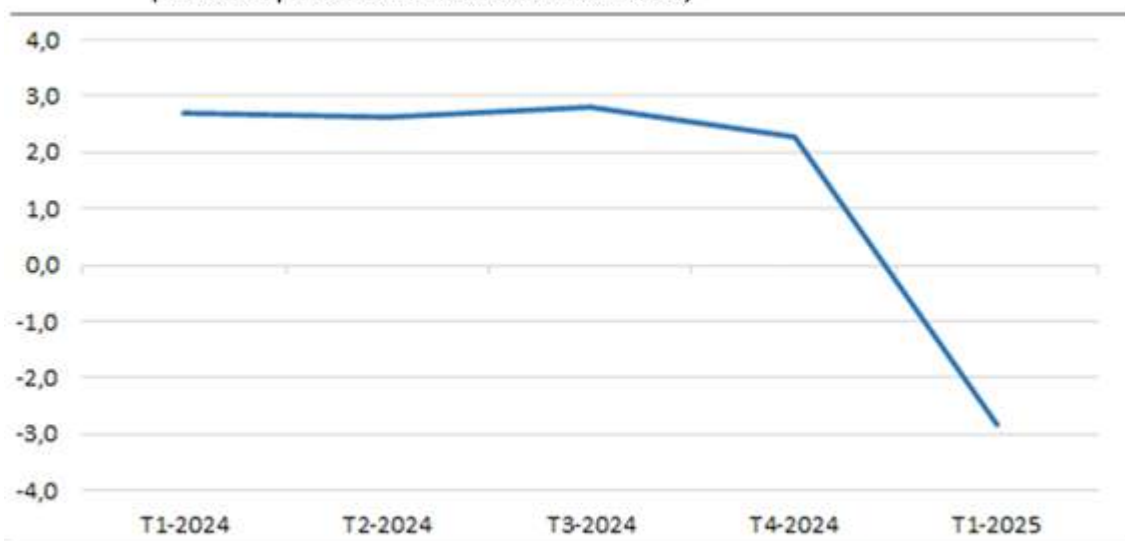
Nell'area dell'euro restano significative eterogeneità, con la Germania ancora in contrazione e la Spagna in rapido sviluppo. L'inflazione globale manifesta segnali di rinnovata pressione, per cui il sentiero dell'allentamento monetario delle principali banche centrali diventa più stretto.

Nel 2024 l'economia italiana è cresciuta dello 0,7 per cento, in linea con l'anno precedente ma meno dell'area dell'euro per la prima volta dal 2021.

L'anno scorso la variazione del PIL è stata sostenuta dalla domanda interna, in particolare dai consumi, oltre che dalla domanda estera netta, in un contesto di contrazione delle importazioni.

In termini di offerta si è confermata la debolezza del settore manifatturiero, a fronte di una maggiore resilienza del settore dei servizi e delle costruzioni.

**Fig. 1** – Previsioni di GDPNow sulla crescita del PIL degli Stati Uniti nel primo trimestre del 2025 (1)  
(variazioni percentuali trimestrali annualizzate)

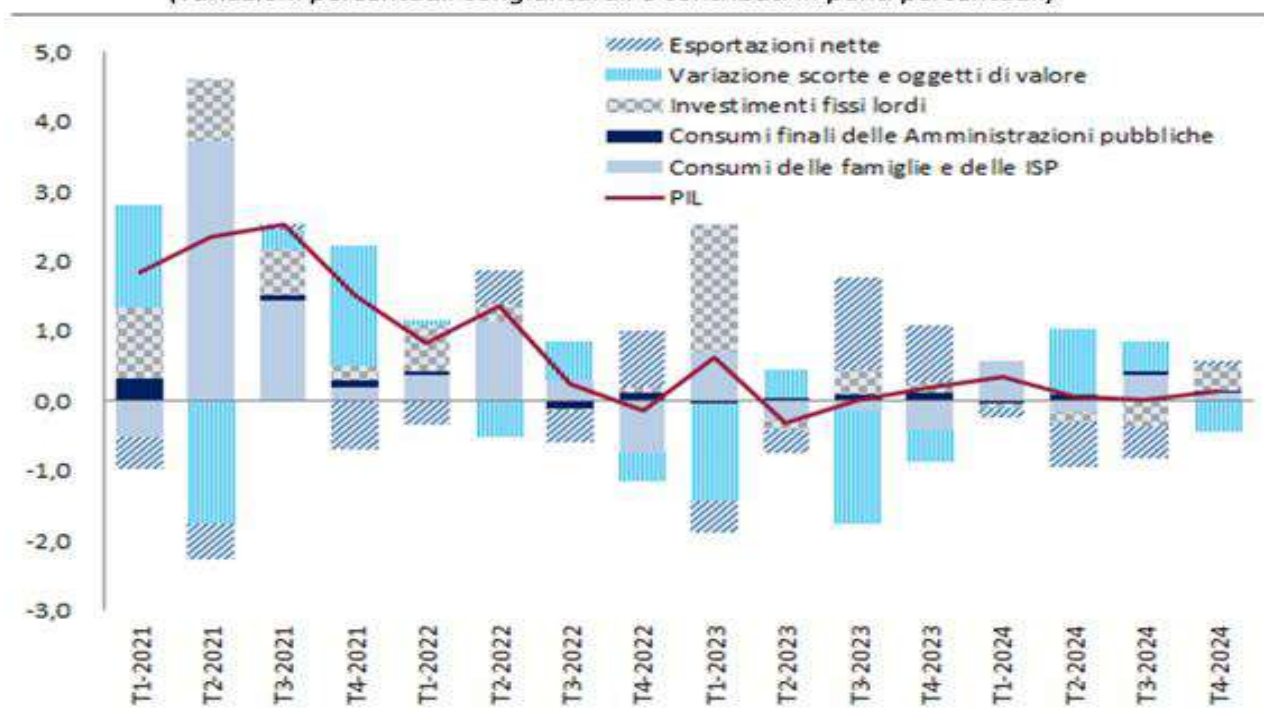


Fonte: Federal Reserve Bank of Atlanta.

(1) Stima aggiornata al 3 aprile 2025.

Nello scorcio finale del 2024 la fase ciclica è stata poco più che stagnante, appena meglio che nel periodo estivo (fig. 2). I consumi delle famiglie sono stati frenati dalla perdita di potere d'acquisto, l'accumulazione di capitale ha recuperato, anche in virtù di migliori condizioni di credito, ma la componente relativa alle abitazioni rimane in contrazione. Le esportazioni hanno registrato il quarto calo congiunturale consecutivo, mentre la più marcata flessione delle importazioni ha favorito un miglioramento del saldo commerciale della bilancia dei pagamenti.

**Fig. 2** – Variazione del PIL e contributi delle componenti di domanda  
(variazioni percentuali congiunturali e contributi in punti percentuali)



Fonte: Istat.

L'occupazione si è rafforzata nel 2024, sebbene rallentando nello scorcio finale dell'anno, mentre le retribuzioni recuperano gradualmente potere d'acquisto.

Si confermano i fenomeni di *labour hoarding* e resta elevato il tasso di posti vacanti, che manifesta un difficile equilibrio tra domanda e offerta di lavoro.

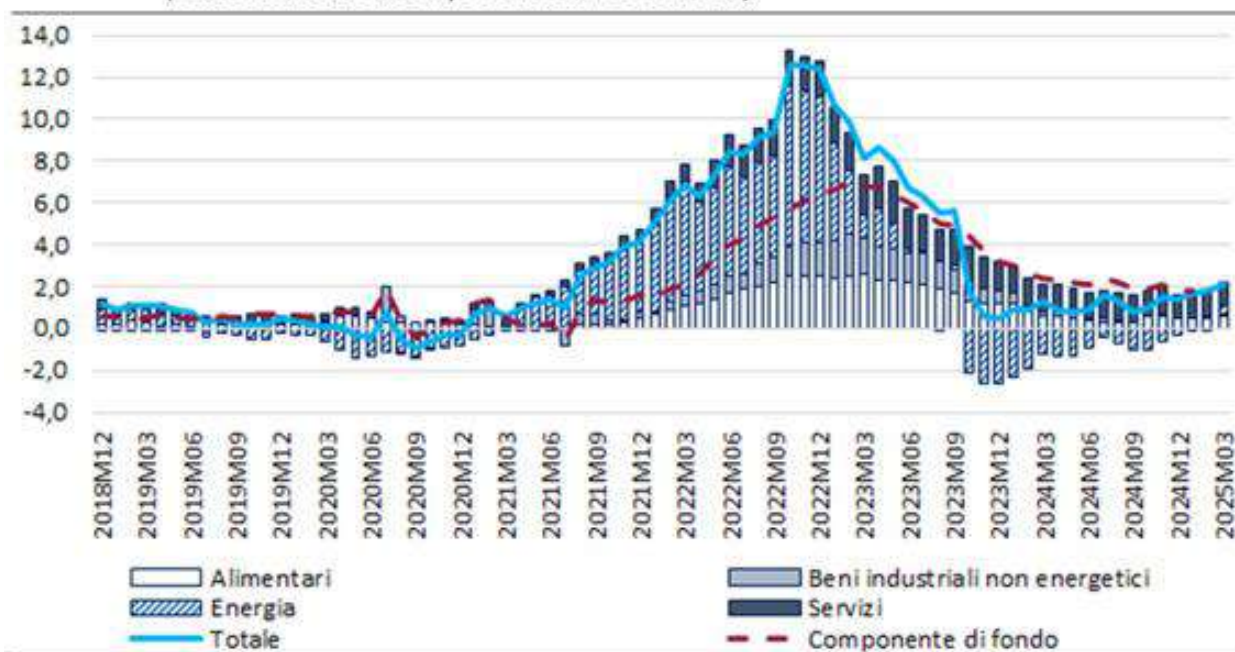
Al riguardo la Nota riporta un approfondimento sulla relazione tra la produttività e le riallocazioni nel mercato del lavoro del settore manifatturiero; si rileva che le inefficienze nella mobilità dei lavoratori tra le imprese frenano gli aumenti produttività, con conseguenti riflessi anche sulle dinamiche salariali.

Dopo la significativa flessione nel 2024, l'inflazione al consumo in Italia ha mostrato segnali di ripresa nel primo trimestre del 2025, principalmente a causa dell'aumento dei prezzi dei beni energetici (fig. 3); ne è derivato un riassorbimento del divario con l'inflazione dell'area dell'euro, che in marzo si è quasi chiuso.

Il fatturato industriale tra la fine dello scorso anno e l'avvio del 2025 ha recuperato e secondo i modelli di breve termine dell'Ufficio parlamentare di bilancio (UPB) il PIL avrebbe accelerato nel trimestre scorso, crescendo di un quarto di punto percentuale in termini congiunturali (fig. 4).

I rischi delle previsioni sono al ribasso e si acuiscono nettamente nel medio termine, principalmente a causa delle tensioni geopolitiche.

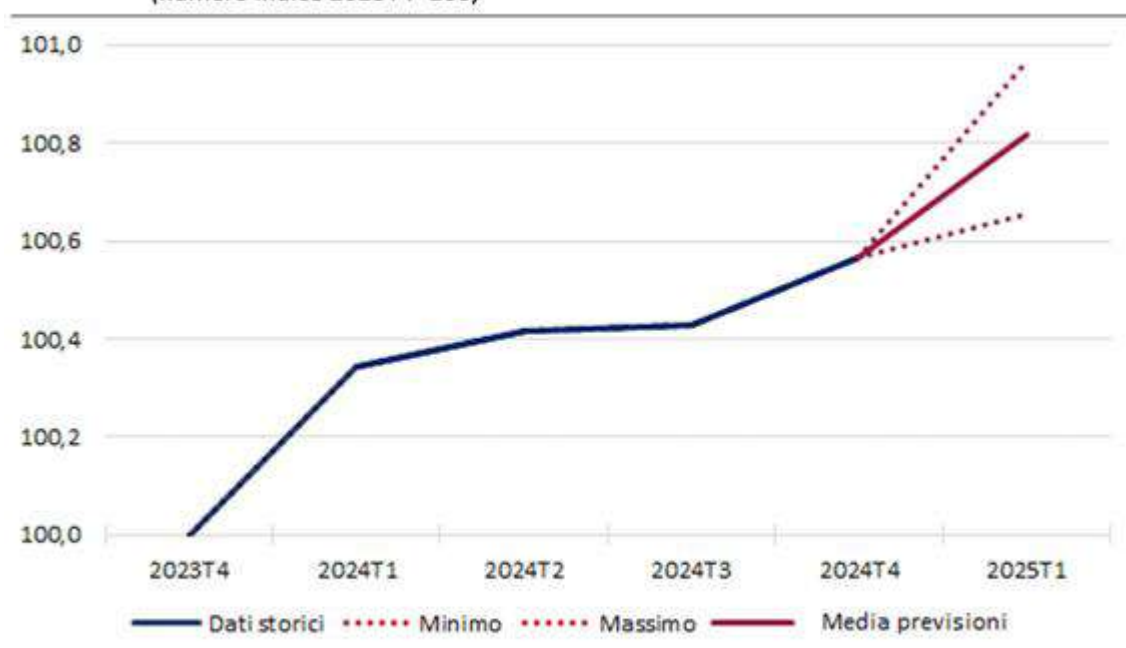
**Fig. 3 – Inflazione al consumo in Italia (1)**  
(variazioni tendenziali percentuali e contributi)



Fonte: elaborazioni su dati Eurostat relativi all'indice armonizzato dei prezzi al consumo (IPCA).

(1) Nel grafico si riportano i contributi alla crescita delle componenti settoriali dell'indice generale dei prezzi al consumo, oltre alla variazione della componente di fondo. La somma dei contributi può non corrispondere con la dinamica dell'indice totale, in quanto concatenato ed elaborato a un dettaglio maggiore.

**Fig. 4** – Previsioni di breve termine del PIL (1)  
(numero indice 2023T4=100)



(1) Le previsioni del PIL sono ottenute con i modelli di breve termine dell'UPB (per maggiori dettagli si veda "Gli strumenti di previsione macroeconomica dell'UPB").

<https://www.upbilancio.it/nota-sulla-congiuntura-aprile-2025/>



## Audizione sulla riforma dell'Irpef e altri aspetti del sistema tributario

Il Presidente dell'Ufficio parlamentare di bilancio (UPB) Giuseppe Pisaurò è intervenuto oggi in [audizione](#) presso le Commissioni Finanze della Camera e Finanze e Tesoro del Senato, riunite in seduta congiunta nell'ambito dell'indagine conoscitiva in materia di riforma dell'Irpef e altri aspetti del sistema tributario.

Il presidente dell'UPB, dopo aver accennato all'evoluzione storica dell'imposta personale sul reddito e aver ricordato le caratteristiche attuali dell'Irpef, si è soffermato sulle principali criticità del sistema vigente. La riforma dell'Irpef dovrebbe mirare a superare tali criticità, in particolare quelle relative all'attuale struttura dell'imposta (aliquote marginali effettive elevate ed irregolari in corrispondenza di redditi medi e medio-bassi, erosione della base imponibile e dell'imposta, scarsa trasparenza e complessità, diffusa evasione dei redditi da lavoro autonomo e da impresa) e quelle che emergono considerando il sistema di *tax-benefit* nel suo complesso. Nel disegnare la riforma va tenuta ben presente l'esigenza di sostenibilità dei conti pubblici nel medio-lungo termine e quella di favorire la crescita riducendo i disincentivi al lavoro e all'accumulazione di capitale umano e fisico. Vanno altresì considerate le caratteristiche degli altri segmenti di tassazione che

costituiscono il sistema tributario italiano e i riflessi che modifiche all'attuale struttura dell'Irpef avrebbero sul finanziamento di Regioni e Comuni.

Per quanto riguarda gli obiettivi della riforma e il **quadro finanziario** attuale, nei più recenti documenti ufficiali (Nota di aggiornamento del Documento di economia e finanza 2020 e nella proposta di Piano nazionale di ripresa e resilienza trasmessa al Parlamento lo scorso 15 gennaio) si afferma l'intenzione di attuare una riforma del sistema tributario, in particolare dell'Irpef, finalizzata alla semplificazione e alla trasparenza, al miglioramento dell'equità e dell'efficienza e al contrasto dell'evasione.

Tra gli obiettivi viene esplicitamente menzionata la riduzione delle aliquote effettive sui redditi da lavoro, dipendente e autonomo, in particolare per i contribuenti con redditi bassi e medio-bassi, in modo da aumentare il tasso di occupazione, ridurre il lavoro sommerso e incentivare l'occupazione delle donne e dei giovani.

A oggi le risorse stanziare per la riforma fiscale sono quelle previste dalla legge di bilancio per il triennio 2021-23 che ha istituito un apposito fondo per il finanziamento di questi interventi dotandolo di risorse pari a 8 miliardi nel 2022 e a 7 miliardi a decorrere dal 2023. Di queste, tuttavia, una quota annua compresa tra 5 e 6 miliardi viene specificamente destinata al finanziamento dell'assegno unico per i figli a carico in corso di definizione.

Allo stato attuale quindi per la riforma fiscale sono disponibili tra i 2 e 3 miliardi nel 2022 e tra 1 e 2 miliardi dal 2023. Dal 2022 ulteriori risorse per il Fondo potranno derivare dalle maggiori entrate permanenti derivanti dal miglioramento dell'adempimento spontaneo, un fenomeno particolarmente complesso da stimare in quanto molto specifico, legato a comportamenti individuali e la cui perimetrazione non è sempre chiara.

L'entità delle risorse a oggi destinate alla riforma appaiono insufficienti a finanziare gli obiettivi indicati nei documenti ufficiali. L'attuale stato dei conti pubblici, fortemente appesantito dagli interventi per l'emergenza COVID, e l'esigenza di preservarne la sostenibilità nel medio-lungo periodo precludono la possibilità di un finanziamento in disavanzo. Ulteriori risorse da destinare al ridisegno dell'Irpef potrebbero, tuttavia, derivare:

- da una riallocazione del carico fiscale all'interno dell'Irpef, attraverso un aumento del prelievo sui redditi più elevati per compensare le perdite di gettito conseguenti alla riduzione del prelievo sui redditi bassi e medio-bassi indicata come obiettivo della riforma;
- da un ripensamento dell'entità del prelievo sui redditi fuoriusciti nel tempo dalla base imponibile dell'Irpef riconducendoli nell'alveo della tassazione progressiva; un ruolo non irrilevante nel recupero delle risorse potrebbe anche essere giocato da una revisione del catasto, dallo sfortimento delle spese fiscali e da un efficace contrasto dell'evasione fiscale;
- da una ricomposizione del prelievo complessivo, spostando la tassazione dai fattori produttivi verso i consumi, accogliendo una richiesta che viene riproposta annualmente dalla Commissione europea nelle Raccomandazioni specifiche per il paese e che favorirebbe la crescita riducendo le distorsioni del sistema tributario;
- da una riduzione delle spese che, tuttavia, appare problematica sia alla luce della loro compressione già avvenuta negli ultimi anni ai fini del risanamento dei conti pubblici sia in relazione alle nuove esigenze che si stanno manifestando nell'attuale crisi pandemica e che influenzeranno le politiche pubbliche nei prossimi anni.

Fissato il quadro finanziario di riferimento, è importante definire la direzione di riforma che si vuole intraprendere: se rimettere in discussione gli elementi fondanti dell'attuale Irpef (modello di tassazione omnicomprensivo o duale, tassazione individuale o familiare, grado di progressività dell'imposta) oppure partire dal sistema attuale e correggerne le principali criticità (effetti distorsivi delle elevate aliquote marginali effettive, iniquità dell'imposta in termini sia verticali sia orizzontali, complessità del sistema, pluralità di obiettivi e mix di detrazioni d'imposta e di strumenti di spesa). Tali scelte, insieme a quella sulle finalità che l'imposta deve perseguire, andranno effettuate alla luce dell'equità e dell'efficienza dell'intero sistema tributario e del ruolo che oggi ricopre l'Irpef come principale fonte di finanziamento della spesa.

Quanto al **modello di tassazione**, il sistema attuale è ibrido, essendosi allontanato sia dal modello omnicomprensivo, in cui il complesso dei redditi è sottoposto a un'unica forma di tassazione di tipo progressivo, sia da quello duale puro, in cui i redditi da lavoro sono tassati con imposta progressiva e quelli

da capitale con aliquota proporzionale, generalmente uguale all'aliquota più bassa del sistema progressivo. La scelta del modello di tassazione, e quindi dell'ampiezza della base imponibile, è determinante per stabilire la misura della capacità contributiva e tassarla in maniera adeguata.

Ciò è alla base del funzionamento di un sistema di tassazione progressivo. Si pone quindi la scelta se far riconfluire o meno nella base imponibile dell'Irpef i redditi che ne sono progressivamente usciti oppure muoversi verso un sistema più vicino a quello duale. Non ci si riferisce in questo caso ai redditi da attività finanziaria, che sin dall'inizio sono rimasti fuori dalla tassazione progressiva per la loro natura mobile e la sensibilità alla competizione fiscale (sebbene attenuata oggi dall'obbligo di scambio di informazioni tra paesi), ma piuttosto ai redditi prodotti da professionisti e imprese individuali e quelli derivanti da locazioni immobiliari.

Per quanto riguarda i primi, una riflessione andrebbe fatta sul mantenimento del regime forfettario introdotto nel 2019 per i titolari di partita IVA (professionisti e imprenditori individuali) con ricavi fino a 65.000 euro. Tale regime, a differenza dei precedenti (minimi e forfettari), non si configura come un'agevolazione a soggetti con attività professionale o di impresa marginale e non strutturata, ma come una vera e propria detassazione che riguarda circa il 60 per cento dei lavoratori autonomi e imprenditori individuali, creando iniquità nel sistema, frenando la crescita dimensionale delle imprese e incentivando la sotto fatturazione dei ricavi (oltre i 65.000 euro si fuoriesce dal regime e si rientra nell'imposizione progressiva).

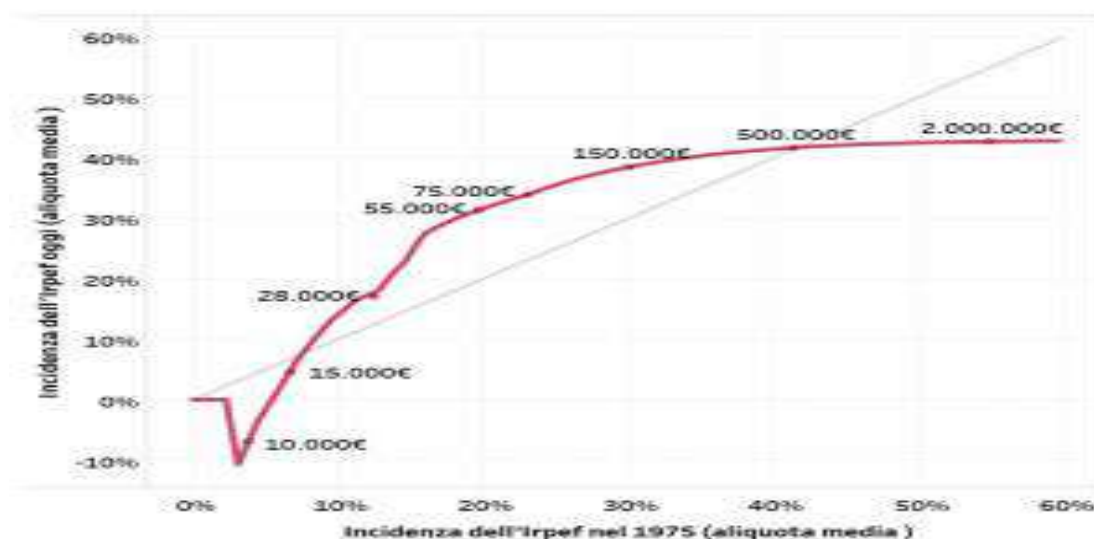
Per ristabilire l'equità del sistema e per rendere neutrale il prelievo rispetto alla forma giuridica dell'impresa, un'opzione potrebbe essere quella di riproporre un meccanismo come quello, mai entrato in vigore, dell'Imposta sul reddito di impresa (Iri), in base al quale il reddito derivante dall'attività d'impresa verrebbe tassato con aliquota unica al 24 per cento (la stessa alla quale sono soggette le società di capitale) determinando la neutralità del prelievo rispetto alla forma giuridica dell'impresa, mentre la remunerazione del professionista o dell'imprenditore, ossia la parte di utili che viene distolta dall'attività professionale o dall'impresa, verrebbe assoggettata a tassazione progressiva (ristabilendo l'equità orizzontale del prelievo). In questo modo il sistema di tassazione si avvicinerebbe a un sistema duale e verrebbe incentivata la patrimonializzazione delle piccole imprese.

Per quanto riguarda i redditi da locazione andrebbe valutato il loro reinserimento nell'ambito della base imponibile dell'Irpef. Le motivazioni originariamente indicate per l'introduzione del regime cedolare sono state quelle di favorire l'emersione di base imponibile, di incentivare l'offerta di alloggi e aumentare l'accessibilità al mercato.

Tuttavia, come rilevato anche dal Dipartimento delle finanze del MEF, la misura ha determinato un costo netto per il bilancio dello Stato visto che l'effetto peso morto relativo ai contribuenti che già dichiaravano i redditi di locazione (minore imposta, mancata applicazione delle addizionali locali ed esenzione dalle imposte di bollo e di registro) ha pesato di più dei benefici in termini di emersione di base imponibile e di riduzione dell'evasione fiscale.

Fig.1

#### Incidenza dell'Irpef nel 1975 e oggi



Non sono invece disponibili analisi sull'efficacia *ex post* della cedolare secca nel ridurre i canoni di locazione. In caso di mantenimento della struttura attuale del prelievo, quella di un sistema di tassazione ibrido, sarebbe comunque opportuno uniformare il livello di tassazione (l'aliquota) dei diversi regimi sostitutivi e cedolari a un livello almeno pari a quello del primo scaglione dell'Irpef, ovvero all'aliquota dell'imposta sostitutiva sulle rendite finanziarie, anche per evitare distorsioni sulle scelte individuali rispetto a diverse forme di investimento.

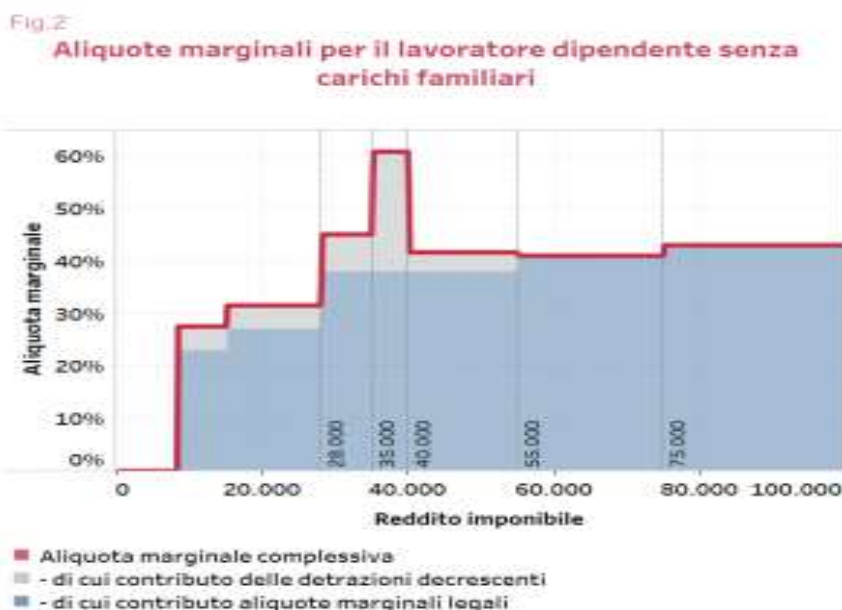
Quanto alla **struttura dell'imposta**, particolare attenzione andrebbe posta all'incidenza del prelievo sul reddito (aliquota media effettiva) e alla irregolarità del prelievo sulle unità di reddito aggiuntivo (aliquota marginale effettiva). Rispetto al disegno originario, l'incidenza dell'Irpef (la curva delle aliquote medie effettive) oggi è minore alle due estremità della distribuzione dei redditi e più elevata per i redditi medi e medio-alti (fig. 1).

Vi hanno influito diversi fattori:

- 1) l'elevata inflazione degli anni '70 e '80 che, in assenza di un'adeguata indicizzazione dei parametri, ha prodotto un incremento del prelievo su tutta la scala dei redditi;
- 2) la progressiva riduzione del numero degli scaglioni di reddito e abbassamento delle aliquote per i redditi più alti (la più alta era del 72 per cento) e l'aumento di quelle per i redditi bassi avvenuta a partire dal 1983;
- 3) la riduzione del prelievo sui redditi bassi a cui si è assistito dalla seconda metà degli anni 2000, che ha consentito il recupero di potere di acquisto in un periodo in cui la dinamica reale delle retribuzioni lorde è stata particolarmente debole.

Da qui dunque la "compressione" della curva delle aliquote medie effettive che si traduce in aliquote marginali elevate per gli scaglioni centrali per effetto del repentino incremento dell'incidenza del prelievo per i redditi superiori al minimo imponibile.

Questo fenomeno ha riguardato prevalentemente i lavoratori dipendenti e si è acuito con l'introduzione del *bonus* Irpef che ha accresciuto l'irregolarità dell'andamento delle aliquote marginali.



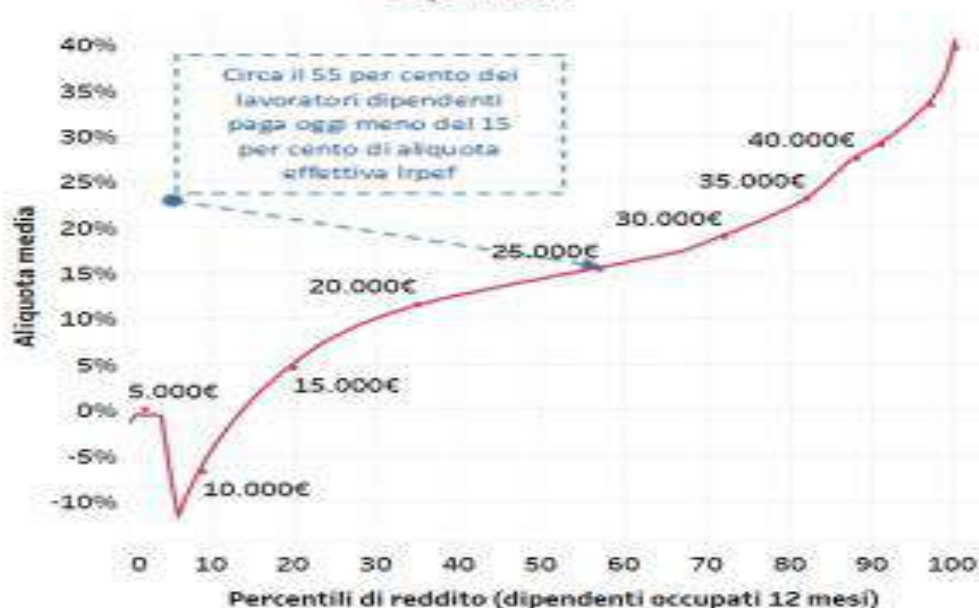
Oggi l'aliquota marginale effettiva raggiunge il 45 per cento tra 28.000 e 35.000 euro di reddito (+7 punti percentuali rispetto a quella marginale legale dello scaglione rilevante) e il 61 per cento da 35.000 a 40.000 euro (+23 punti in più di quella marginale legale) e riguarda complessivamente oltre il 20 per cento dei lavoratori dipendenti occupati 12 mesi l'anno (fig. 2). A queste aliquote marginali si sommano gli effetti delle addizionali locali, delle detrazioni per carichi familiari (circa un punto di aliquota marginale aggiuntiva per ogni figlio a carico) e di altre componenti del sistema *tax-benefit*. I riflessi negativi di aliquote marginali così elevate e irregolari sono diversi e riguardano l'influenza sulle scelte lavorative al margine, sui costi dell'adeguamento monetario dei salari (drenaggio fiscale) e, più in generale, impattano sul funzionamento stesso della imposta personale comprensiva, quando l'inclusione nell'imponibile di redditi tipicamente

“aggiuntivi”, come ad esempio quelli da immobili, genera un carico fiscale supplementare di entità molto rilevante.

Un obiettivo prioritario e non rinviabile della riforma dell'Irpef deve quindi essere quello di eliminare l'andamento irregolare delle aliquote marginali effettive per ridurre i conseguenti effetti distorsivi. È un obiettivo che, a seconda delle risorse finanziarie che saranno disponibili, è raggiungibile intervenendo in diversi modi sulla struttura dell'imposta. In questa audizione sono illustrati a titolo esemplificativo i profili di un intervento volto ad eliminare le irregolarità più pronunciate delle aliquote marginali senza implicare cambiamenti radicali del sistema attuale, rendendo meno ripido il profilo di riduzione del complesso delle detrazioni da lavoro e del *bonus* Irpef e riducendo il differenziale di aliquota tra il secondo e il terzo scaglione. L'andamento erratico delle aliquote marginali effettive verrebbe così regolarizzato, con una riduzione massima tra i 35.000 e 40.000 euro di oltre 17 punti percentuali. Il costo dell'operazione sarebbe di circa 3 miliardi di euro con un risparmio maggiore in corrispondenza di un lavoratore dipendente con 40.000 euro di reddito (3 punti di aliquota). In termini distributivi ne risulterebbero avvantaggiate le famiglie nei decili di reddito equivalente più alti (oltre i 40.000 euro si colloca solo l'8 per cento dei lavoratori dipendenti occupati per 12 mesi) con un'incidenza dello sgravio massima per il nono decile (0,4 punti percentuali).

Sempre in questa direzione, la riforma dell'Irpef è un'occasione per rendere il sistema impositivo meno complesso e più trasparente di quello attuale attraverso una **riduzione e razionalizzazione delle spese fiscali** (esclusioni, deduzioni e detrazioni diverse da quelle per tipologia di reddito e per i carichi familiari). Si tratta di misure con diverse finalità che vanno dal ristabilire la capacità contributiva dell'individuo, a sostenere spese meritorie, a fornire incentivi a migliorare l'assetto degli immobili esistenti o di tipo settoriale e, in taluni casi, a contrastare l'evasione fiscale. La proliferazione di alcune di queste voci (molte delle quali di modesta entità complessiva ma che, riguardando un numero molto contenuto di contribuenti, hanno importi unitari rilevanti) è dovuta all'utilizzo dell'Irpef per veicolare politiche che nulla hanno a che fare con il suo obiettivo primario della redistribuzione del reddito e che, qualora ancora ritenute utili, potrebbero essere realizzate attraverso strumenti di spesa contribuendo alla semplificazione e trasparenza del sistema e ad attenuare la questione dell'incapienza fiscale. Un passo in questa direzione è stato realizzato consentendo la scelta di usufruire delle detrazioni connesse alla ristrutturazione e riqualificazione energetica degli immobili mediante la loro trasformazione in credito d'imposta cedibile a terzi, inclusi operatori del settore finanziario, di fatto scollegando l'incentivo, diventato un vero e proprio *bonus*, dall'Irpef.

Fig.3  
Distribuzione delle aliquote medie effettive per i lavoratori dipendenti



In ogni caso, la conservazione di queste detrazioni o l'eventuale trasformazione di detrazioni in crediti di imposta o *bonus* di qualche tipo dovrebbe essere preceduta da una riflessione sull'opportunità di proseguire con queste politiche di incentivazione sia dal lato della loro efficacia sia dal lato degli aspetti redistributivi, essendo i benefici fortemente sperequati a favore dei soggetti a più alto reddito a cui afferisce la quota maggiore di spesa agevolata. Relativamente al primo aspetto, va sottolineato che le misure di incentivazione hanno efficacia quando sono introdotte e mantenute nel sistema per un periodo limitato di tempo e lo stesso vale per le spese fiscali introdotte per contrastare l'evasione fiscale che andrebbero riconosciute per il tempo necessario a far emergere base imponibile e successivamente eliminate, specialmente se si tratta di basi imponibili che non sono mobili. Se ciò non accade, entrambe le tipologie di misure fiscali con il tempo si trasformano in forme di erosione dell'imposta determinando conseguenze rilevanti solo in termini di gettito.

Sempre in tema di complessità e trasparenza del sistema, la riforma dell'Irpef potrebbe essere l'occasione per introdurre un **meccanismo di calcolo dell'imposta più chiaro** in maniera da rendere più immediata ai contribuenti la percezione dell'effettiva incidenza del prelievo (aliquota media effettiva), resa difficile dal meccanismo di calcolo dell'imposta basato su scaglioni e aliquote e su detrazioni decrescenti con il reddito. Le aliquote medie oggi effettivamente applicate ai contribuenti non sono infatti immediatamente ricavabili dalla struttura delle aliquote legali e degli scaglioni. La figura 3 rappresenta la distribuzione dell'incidenza media del prelievo (aliquota media effettiva) per i lavoratori dipendenti occupati 12 mesi all'anno. Più della metà paga (senza considerare le detrazioni per carichi familiari e per oneri) meno del 15 per cento del proprio reddito imponibile, un'evidenza non immediatamente e chiaramente desumibile dalla struttura delle aliquote legali e dal complesso calcolo delle detrazioni e del *bonus*.

Una possibilità potrebbe risiedere nella l'esplicitazione chiara e diretta delle aliquote medie effettive di imposta che il contribuente applicherebbe direttamente al proprio reddito per determinare l'imposta. Ciò può essere realizzato in diversi modi. Tra questi vi è quello di disegnare le aliquote medie effettive come una funzione continua, in analogia con il sistema applicato in Germania e in passato anche in Italia per l'Imposta complementare; verrebbero aboliti gli scaglioni di reddito e le aliquote, le detrazioni per tipologia di reddito e il *bonus* Irpef. I pregi di un approccio di questo tipo consistono, in primo luogo, nell'introduzione di un profilo regolare delle aliquote medie e, di conseguenza, di quelle marginali effettive e, in secondo luogo, in una maggiore trasparenza per il contribuente. Avrebbe oltretutto il vantaggio di una più agevole manovrabilità del sistema da parte del legislatore, che avrebbe la possibilità di tracciare direttamente la curva, punto per punto, raggiungendo in modo esplicito e flessibile i propri obiettivi di redistribuzione.

Un ulteriore aspetto da valutare nel disegnare la riforma dell'Irpef è se essa debba avere un ruolo nell'ambito delle **politiche di contrasto alla povertà** e come coordinarla con gli altri strumenti esistenti. L'attuale struttura dell'Irpef non si presta a sostenere i nuclei a rischio di esclusione sociale almeno per due motivi: l'unità impositiva è l'individuo mentre l'elemento di riferimento per le politiche di contrasto alla povertà non può che essere il nucleo familiare; non è prevista, tranne nel caso del *bonus* Irpef al di sopra della sua soglia di attivazione (8.145 euro di reddito), alcun meccanismo di imposta negativa/credito rimborsabile in caso di incapienza con la conseguenza che i nuclei più poveri rimangono esclusi da misure veicolate attraverso il sistema impositivo. Strumenti più adatti a svolgere questo ruolo sono rappresentati dai trasferimenti monetari realizzabili dal lato della spesa e commisurati all'Isee, un indicatore che tiene conto della situazione reddituale e patrimoniale del nucleo familiare. Anche per quanto riguarda le misure di contrasto alla povertà sarebbe auspicabile una razionalizzazione come quella che si sta approntando con la legge delega per il ridisegno degli strumenti di sostegno per i figli che prevede la riorganizzazione degli strumenti dal lato del prelievo (essenzialmente detrazioni) e dal lato della spesa (assegni familiari e vari *bonus*) in favore delle famiglie con un unico strumento dal lato della spesa commisurato all'Isee esteso anche a coloro risultati finora incapienti e ai lavoratori autonomi oggi esclusi dagli assegni familiari.

Infine, la riforma dell'Irpef potrebbe costituire anche l'occasione per una riflessione sull'attuale **sistema delle addizionali locali**, che consente a ciascuna Regione e Comune di fissare autonomamente, entro limiti massimi e criteri stabiliti dal legislatore, le proprie aliquote di imposta, anche differenziandole per scaglioni di reddito. Tale sistema ha portato a configurazioni assai eterogenee delle addizionali sul territorio con effetti progressivi

differenziati a livello locale che si sommano a quelli stabiliti a livello centrale determinando un'eccessiva variabilità a livello territoriale della progressività dell'imposta personale. Nell'ottica che la capacità redistributiva dell'imposta debba essere decisa a livello centrale, la riforma dell'Irpef dovrebbe includere anche quella del sistema delle addizionali prevedendo una drastica semplificazione della loro struttura consentendo alle Regioni e ai Comuni di fissare un'aliquota di addizionale costante per tutti i livelli di reddito scelta in un *range* stabilito a livello di governo centrale. Alternativamente, le addizionali potrebbero essere sostituite da sovraimposte, che hanno il vantaggio rispetto alle prime di essere neutrali con riferimento alla struttura di progressività dell'imposta erariale sottostante.

<https://www.upbilancio.it/audizione-sulla-riforma-dellirpef-e-altri-aspetti-del-sistema-tributario/>