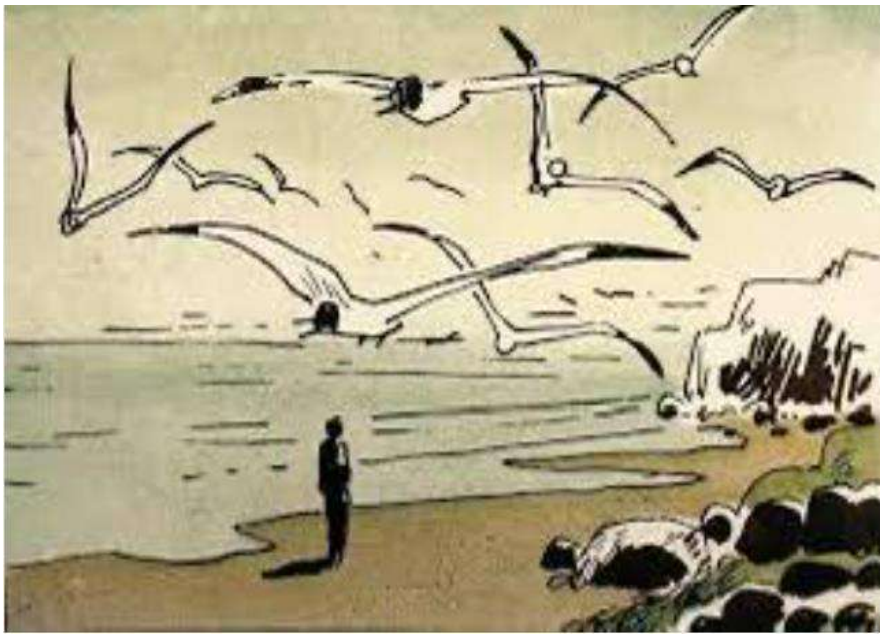
Associazione Italiana per la
Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

ASIQUAS Review

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

"Per una sanità pubblica … anche dopo la pandemia"

n. 29 del 1.08.2025



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 Englad Medical Journal, The British MJ, Salute Internazionale, Sanità Informazione, Quotidiano Sanità, La Repubblica, Corriere della Sera, Gedi Visual, ALTEMS, GIMBE, etc.
Per le Istituzioni:
WH0/OMS, UE Centri di Prevenzione; OCDE, ONU, Protezione Civile, ISTAT, INAIL, Ministero Salute, ISS, AGENAS, CNR, Regioni, ARS, ASL, AO, AOP, IRCCS, Centri Studi e ricerche nazionali e internazionali e altri;
Per i dati:
WH0/OMS, UE Centri di Prevenzione; OCDE, ONU, Protezione Civile, ISTAT, INAIL, Ministero Salute, ISS, AGENAS, CNR, Regioni, ARS, ASL, AO, AOP, IRCCS, Centri Studi e ricerche nazionali e internazionali e altri;
Criteri di selezione:
I materiali sono scelti in base ai seguenti criteri: Materiali di analisi recenti; Fonti accreditate; Tematiche inerenti a COVID19; Procedure internazionali e nazionali; Studi e ricerche epidemiologici; Studi su procedure per operatori sanitari e sociali; Linee Guida internazionali, nazionali e regionali; Linee Guida di società scientifiche e professionali.
Le traduzioni sono fatte in automatico con il software "google" per rapidità di fruizione.
Ci scusiamo se le traduzioni non sono sempre adeguate, ma riteniamo più utile la tempestività di divulgazione.

I curatori

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

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

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

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

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

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

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

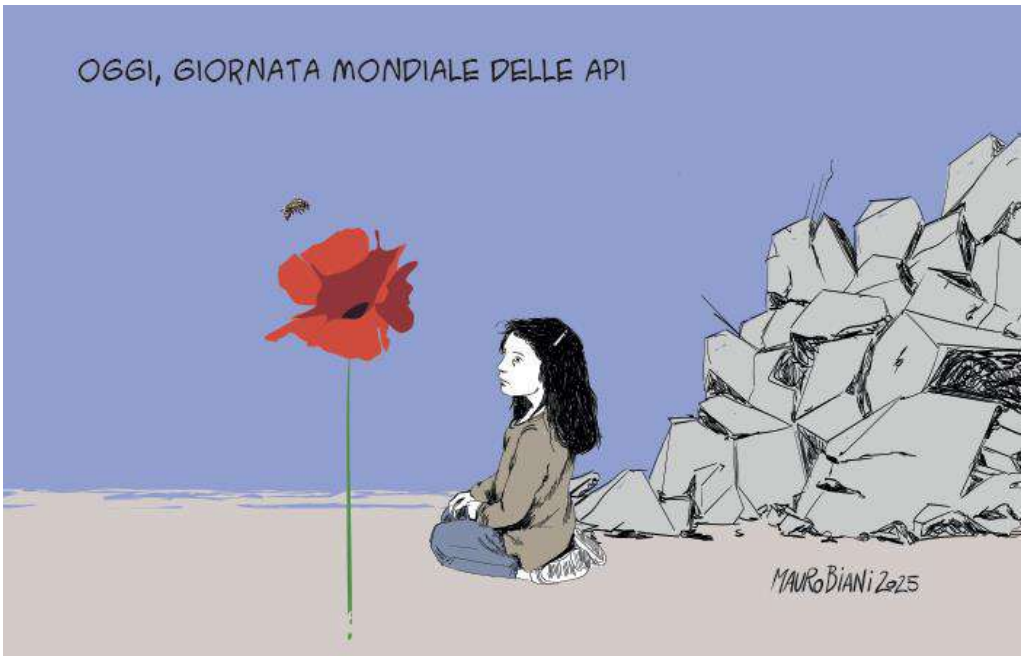
Maria Piane
Socia ASIQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale. Laurea in Scienze Biologiche, Specializzazione in Genetica Medica, Dottorato in Genetica Medica e Master in Management E Innovazione nelle Aziende Sanitarie, tutti conseguiti presso "Sapienza" Università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

Mario Ronchetti
Socio ASIQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale. Esperto di formazione e organizzazione dei servizi sanitari. Docente a contratto di Economia aziendale, Università di Tor Vergata. Consulente di organizzazione aziendale presso varie ASL e AO. Responsabile organizzazione percorsi di

Formazione a Distanza per personale DEA e ARES 118. Membro Gruppo di lavoro regionale per la formazione del Middle Management del SSR. Docente in corsi di formazione ECM e Master. Già Direttore Sanitario aziendale. Blogger ProssimaMente.org

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

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



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

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

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

- **"ASIQUAS Covid 19 Review" 2021-22, numeri 1-30**
- **"ASIQUAS Review", numeri pregressi 1-26**

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

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

Per leggere le Monografie – "ASIQUAS Covid19 Review": www.asiquas.net

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

Per leggere le Monografie – "ASIQUAS Review": www.asiquas.net

- **Monografia "One Health"**
- **Monografia "Sanità pubblica e privata"**
- **Monografia "Il personale del SSN: un capitale da preservare e valorizzare"**
- **Monografia ""Società liquida e sostenibilità del welfare"**
- **Monografia "La Comunità come alternativa alla solitudine e per supportare la salute"**

Indice

Articoli di apertura	**9**
Il Magazine - *Piccoli ospedali, grandi aspettative? Tra prossimità, equità e rischio clinico*. Andrea Vannucci	9
Quotidiano sanità - *Ricchezza e povertà, universalismo e salute*. Silvia Scelsi, Giorgio Banchieri, Laura Franceschetti, Andrea Vannucci.	10
Quotidiano sanità - *Una costituente per una sanità più privata? No, grazie*. C. Maria Maffei, Maurizio Bonati	14
Quotidiano sanità - *Questo non è un Ssn per vecchi*. Claudio Maria Maffei	16
Welforum.it - *I LEPS: situazione attuale e prospettive*. Franco Pesaresi	17
Quotidiano sanità - *Telemedicina solo per gli ultraottantenni? I limiti della nuova normativa.* Franco Pesaresi	19
Accademia Edu - *Il PNRR missione salute nelle Marche.* Edizione 2025. Franco Pesaresi	21
Accademia.Edu - L*e politiche sociali della Regione Marche* 2020-2025. Franco Pesaresi	22
Comunità, solitudini e salute	**23**
Eco Stampa - *Edgar Morin «l'improbabile non è impossibile: …».* Mauro Ceruti	23
Horizon Europe - *Prescrizione sociale per promuovere e migliorare l'accesso ai servizi sanitari e assistenziali per le persone in situazioni vulnerabili in Europa.*	26
Euro Health Net – *Diseguaglianze di salute*	27
OECD – *More effective social protection for stronger economic growth*	28
Quotidiano sanità - *Autonomia differenziata e Ssn: il rischio concreto di nuove disuguaglianze*. Giorgia Marini, Guido Noto,	31
Quotidiano sanità - *Una persona su 6 nel mondo soffre di solitudine con circa 100 decessi ogni ora. Significativo impatto su salute e benessere. Il Report Oms*	33
Quotidiano sanità - *Tre italiani su 4 preoccupati per l'accesso alle cure e l'assistenza nella vecchiaia. Ma solo un terzo disposto a pagare più tasse per finanziare la sanità pubblica. Su digitale ancora scetticismo*	*35*
Quotidiana sanità – Rapporto OMS: *Una persona su 6 nel mondo soffre di solitudine con circa 100 decessi ogni ora. Significativo impatto su salute e benessere.*	36
Salute Internazionale - *Adolescenti e social network*. Riccardo Lo Parrino	39
The Guardian - *Il governo del Regno Unito ha lanciato il Better Futures Fund da 500 milioni di sterline*	39
WHO - *Dalla solitudine alla connessione sociale: tracciare un percorso verso società più sane*	40
Scenari della sanità	**41**
Il Magazine - *Interessanti analogie: decreto sicurezza e sistema di tutela della salute*. Elio Borgonovi	41
Il Sole 24 Ore - *I medici europei firmano la Carta di Roma: stop ai vincoli di bilancio per la salute*. Ernesto Diffidenti	42
Il Sole 24 Ore - *L'Italia rifiuta le modifiche al Regolamento Oms in caso di emergenze, come gli Usa: «Troppo vincolanti»*. Marzio Bartoloni	43
Quotidiano sanità - *Dazi. La Casa Bianca: farmaci inclusi nell'accordo al 15%*	44
Quotidiano sanità - *Salute: il 40% degli indicatori in peggioramento. I dati del Rapporto SDGs 2025 dell'Istat*	45
Quotidiano sanità - *Salute e Ambiente. Al top Norvegia e Canada. Italia con punteggio sopra la media ma 17 Paesi europei fanno meglio di noi. Le pagelle Oms*	49
Science - *Il piano di Trump per tagliare la spesa sanitaria globale è stato respinto da un panel chiave sulla spesa.* Jon Cohen	52
The Lancet - *Il sostegno dei cittadini europei agli aiuti umanitari finanziati dall'UE: un'analisi secondaria dei dati dell'Eurobarometro dei 27 Stati membri dell'UE*. Georgios Ktenidis, Costantino I. Vardavas e altri	53
The NEJM - *Chi si prenderà cura dell'America? Politica sull'immigrazione e la crisi imminente del personale sanitario* - Patricia Mae G. Santos , Reshma Jagsi e altri	55
Scenari del SSN	**57**
The Lancet - *Una storia del mondo in sei piaghe*. Talha Burki	57
Quotidiano sanità - *Performance sanitarie regionali. Migliora il Mezzogiorno ma il gap Nord-Sud resta. Veneto al top, Calabria in coda. L'analisi di Crea Sanità*	59
Quotidiano sanità - *"Più risorse, più diritti e meno Mef. Per la Sanità si faccia come per la Difesa. Basta compromessi al ribasso". Marina Sereni presenta in anteprima le proposte PD per il rilancio del Ssn* Giovanni Rodriquez	64
Quotidiano sanità - *Schillaci: "Stato deve avere un potere di controllo e di indirizzo. Ma oggi non avviene. Serve una riforma strutturale*	67

Il Sole 24 Ore - *Chi guida oggi la sanità pubblica? L'identikit dei direttori generali in Italia*. Valeria D. Tozzi , Alessandro Furnari	68
Sostenibilità della sanità	**71**
Il Magazine - Il paradosso del potere frammentato nella sanità. Elio Borgonovi	71
Quotidiano sanità - *Entro il 2071 molti paesi avranno bisogno fino al 30% in più di medici e del 33% in più di infermieri per garantire i livelli attuali di assistenza*	74
Sanità Informazione - *SSN. Servizio o Sistema? Perché le parole sono importanti.* Corrado De Rossi Re	75
The Lancet - *Interventi chirurgici elettivi annullati e violazioni di 28 giorni nel Servizio Sanitario Nazionale in Inghilterra …* - Laura Quinn, Paul Bird, e altri	77
The Lancet - *Inefficienza sanitaria globale, regionale e nazionale e fattori associati in 201 paesi, 1995-2022*. Amy Lastuka , ·Michae R Breshock e altri	79
ISTAT – *2050 Italia e le sfide che l'aspettano*.	85
One Health e clima	**91**
The Lancet - *Confini planetari in uno scenario di mitigazione dei cambiamenti climatici basato sulla terraferma con una trasformazione della domanda alimentare: uno studio di modellizzazione.* Felicitas Beier, Jan Dietrich·Jens Heinke e altri.	91
The Lancet - *Un appello all'adattamento basato sulle prove: mitigare il crescente onere sanitario globale del caldo estremo.* Tiantian Li, Yirong Liu, e altri	95
The Lancet - *L'effetto delle politiche di mitigazione e adattamento climatico sulla salute e sulle disuguaglianze sanitarie: una revisione sistematica*. Annika Hjelmskog , Jennifer Boyd e altri	97
Sanità informazione - *Microplastiche nella placenta e nelle ovaie: un nemico invisibile minaccia la fertilità femminile.* Redazione.	102
Corriere della sera – *Earth overshoot day* 2025	104
Pandemie in essere e in arrivo	**104**
The Lancet - *Un appello ad andare oltre l'impostazione incentrata sugli MSM nella ricerca sull'MPOX* Camila H Coelho, Rory D de Vries e altri	104
The Lancet - *Efficacia in termini di costi delle strategie di vaccinazione per il controllo di future epidemie di Mpox in Inghilterra: uno studio di modellizzazione.* Xu-Sheng Zhang [a]·Siwaporn Niyomsri e altri	106
Quotidiano sanità - *Mpox. L'Oms conferma lo stato di emergenza sanitaria internazionale*	108
Quotidiano sanità - *Pandemie. "La prossima non sarà fra 100 anni".*	109
Sanità Informazione - *Superbatteri: entro 2050 milioni di morti in più e 2.000 miliardi di dollari all'anno*. Valentina Arcovio	110
TheNEJM - *Effetto globale dei fattori di rischio cardiovascolare sulle stime della durata della vita* The Global Cardiovascular Risk Consortium	112
PNRR e sua implementazione	**113**
Quotidiano sanità - *Assistenza domiciliare in volata. Già oltre 1,5 milioni gli over 65 presi in carico, +119% sull'obiettivo 2024. Superato il target PNRR 2025*	113
Quotidiano sanità - *PNRR. Al 2° trimestre 2025 rispettate tutte le scadenze formali. Ma a un anno dal traguardo, almeno 5 target su 14 sono in ritardo. L'analisi di Gimbe.*	115
Quotidiano sanità - *Quando le Regioni cambiano idea dopo anni: chi investirà ancora nella sanità*? Luca Pallavicini	118
L'ospedale che cambia	**119**
Il Sole 24 Ore - *Visite ed esami in intramoenia: nel 53% dei casi si aspetta meno di 10 giorni, la maggioranza studia una stretta.* Marzio Bartoloni	119
Il Sole 24 Ore - *Visite ed esami in intramoenia: nel 53% dei casi si aspetta meno di 10 giorni, la maggioranza studia una stretta.* Marzio Bartoloni	120
Sanità Informazione - *Nasce la Piattaforma Nazionale per le Liste di Attesa (PNLA): come orientarsi tra tempi, priorità e (domani) strutture sanitarie*. Corrado De Rossi Re	123
Quotidiano sanità - *Posti letto ospedalieri. Prosegue il taglio in tutta Europa. Italia tra i Paesi con il minor numero*	125
Quotidiano sanità - *Emergenza Pronto Soccorso. In Italia mancano almeno 3.500 medici, il 17% dei turni è scoperto. L'indagine della SIMEU.*	127
Quotidiano sanità - *Boom di malattie professionali e infortuni in itinere. L'Inail traccia il bilancio 2024 e punta su prevenzione, riabilitazione e sostegno alle imprese.*	131
Il Sole 24 Ore - *Dove vanno gli italiani per le cure più complesse? Ecco i top 21 ospedali*. Marzio Bartoloni	133

Medicina territoriale	**134**
Salute Internazionale - *Riformare la medicina generale. Parte I*. Primary Health Care Now or Never.	134
Salute Internazionale - *Riformare la medicina generale. Parte II*. Primary Health Care Now or Never.	137
Quotidiano sanità - *Farmacie. Più del 90% degli italiani è favorevole all'ampliamento dei servizi disponibili*. Il rapporto Censis-Federfarma	139
Quotidiano sanità - *Carenza pediatri di famiglia. Nonostante il calo delle nascite ne mancano oltre 500, tre su quattro il Lombardia, Piemonte e Veneto.* L'analisi di Gimbe	141
Quotidiano sanità - *Umbria verso il nuovo Piano socio sanitario regionale.*	143
Digitalizzazione	**145**
Quotidiano sanità - *Fascicolo sanitario elettronico. Gimbe: "Solo 4 documenti su 16 disponibili ovunque. Solo il 42% dei cittadini ha fornito il consenso"*	145
Quotidiano sanità - *Intelligenza Artificiale e medicina tradizionale. Lanciata roadmap globale per un'integrazione sicura, etica e basata sull'evidenza*	*147*
The Lancet - *I cicli di feedback nei modelli prognostici delle unità di terapia intensiva: una minaccia sottovalutata alla validità clinica*. Sanjiv D Mehta , Celeste G Dixon e altri,	149
Sanità, sociale e Long Term Care	**157**
Quotidiano sanità - Sette famiglie su dieci nell'UE sono senza figli. In Italia il 22% delle famiglie ha almeno un figlio: un dato sotto la media europea.	157
Quotidiano sanità - *L'Oms/Europa lancia una roadmap per i servizi di salute mentale, guidata dall'esperienza di vita.*	158
Welforum.it - *I LEPS: situazione attuale e prospettive*. Franco Pesaresi	161
Economia e sanità	**163**
La voce.info.it - *Aspettando ogni mese una nuova busta paga*. Simone Cerlini	163
Fisco Equo.it - *La tassazione progressiva come strumento di sviluppo e coesione sociale*. Carlo Palumbo	165

Articoli in evidenza

IlMagazine

Piccoli ospedali, grandi aspettative? Tra prossimità, equità e rischio clinico

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

Un amore difficile da spiegare

Nelle aree interne italiane, spesso distanti dai grandi centri, i piccoli ospedali rappresentano molto più di un presidio sanitario: sono un simbolo di appartenenza, sicurezza, comunità. Difesi a oltranza anche quando le evidenze mostrano limiti clinici, strutturali ed economici, questi presidi vivono un paradosso: amati dalle persone, ma messi in discussione dai numeri. Perché succede? Quali sono i vantaggi e i rischi della loro prossimità? Cosa vuol dire oggi equità nelle cure per chi vive lontano dai grandi ospedali?

- Secondo l'AGENAS, per alcune chirurgie il volume minimo raccomandato è 250 interventi/anno. Molti piccoli ospedali ne eseguono meno di 50.
- La chiusura di piccoli ospedali è associata a riduzione dell'occupazione sanitaria, ma anche a miglioramento degli esiti clinici se i pazienti sono centralizzati.
- In Toscana, il 33% della popolazione vive in comuni non serviti da un DEA di I o II livello nel raggio di 30 minuti.

L'ospedale come presidio di coesione sociale

Un piccolo ospedale, specie nei contesti marginali, non è solo un luogo di cura. È un simbolo di presenza dello Stato, un punto di riferimento culturale ed emotivo. In molti casi, è l'unico luogo pubblico accessibile h24, l'unico luogo dove ci si sente ancora al centro. Questo aspetto identitario va considerato, anche se non può da solo giustificare la permanenza di ospedali generalisti privi di standard.

Le criticità cliniche e organizzative dei piccoli ospedali

Volumi ridotti di attività e carenze strutturali compromettono l'efficacia e la sicurezza. La letteratura mostra che il rischio di complicanze aumenta dove si eseguono pochi interventi l'anno o dove le emergenze non sono supportate da team completi. Anche la reperibilità di personale qualificato, soprattutto nelle discipline chirurgiche e anestesiologiche, è spesso difficile. Si rischia di offrire prestazioni subottimali, con il paradosso di una vicinanza pericolosa.

Quando la prossimità si trasforma in fragilità

Essere vicini a un piccolo ospedale può diventare un fattore di rischio se il presidio non garantisce qualità e tempestività. Le aree interne rischiano di pagare un doppio prezzo: lontananza dai centri avanzati e vicinanza a strutture depotenziate. Non basta avere un Pronto Soccorso se mancano TAC h24 o specialisti di guardia. La prossimità non può sostituirsi alla competenza.

Le aree interne e la questione dell'equità territoriale

Garantire equità significa oggi saper adattare l'offerta ai bisogni reali, non replicare ovunque lo stesso modello. In territori spopolati o disagiati, l'ospedale generalista può essere meno utile di una rete che combina ADI potenziata, ospedali di comunità, trasporti assistiti e telemedicina. Ma è necessario un progetto, non solo tagli.

Piccoli ospedali dentro reti intelligenti

Un piccolo ospedale può trovare senso e sostenibilità se inserito in una rete ospedaliera ben progettata. Può diventare un nodo di primo livello, per medicina interna, diagnostica di base, post-acuzie. Può specializzarsi su cronicità o riabilitazione, diventare sede di progetti pilota o di innovazione tecnologica territoriale. Ma tutto questo richiede governance, investimenti mirati, formazione continua.

Superare la "nostalgia funzionale"
Non si tratta di difendere o chiudere gli ospedali, ma di chiedersi: quale è la cura utile? Qual è il modello più sicuro, equo e sostenibile? Una comunità non ha bisogno del suo ospedale, ma di percorsi di cura che funzionino per lei. La sfida non è salvare edifici, ma garantire diritti. E per farlo servono reti, non solitudini assistenziali.
Per costruire una risposta efficace, è necessario definire criteri trasparenti per classificare le funzioni dei piccoli ospedali, potenziare i presidi esistenti con funzioni specifiche e integrate nella rete, garantire trasporti dedicati e percorsi codificati di trasferimento, coinvolgere le comunità locali nei processi di riconversione e monitorare con indicatori di esito e appropriatezza i nuovi assetti. La trasformazione possibile passa attraverso una progettazione condivisa e consapevole.

Un caso emblematico – L'ospedale di Abbadia San Salvatore (SI)
Nell'Amiata senese, l'ospedale di Abbadia rappresenta un riferimento affettivo per tutta la comunità montana. Dopo anni di incertezze, è stato riconvertito in presidio di medicina generale e riabilitazione, con funzioni di post-acuzie, assistenza intermedia e diagnostica di base.
È collegato tramite telemedicina con il Policlinico Le Scotte di Siena. Il Pronto Soccorso è stato trasformato in Punto di Primo Intervento, con un'ambulanza medicalizzata pronta al trasferimento rapido. Un esempio di trasformazione graduale da ospedale generalista in struttura integrata di prossimità.

https://magazine.grandiospedali.it/2025/06/10/piccoli-ospedali-grandi-aspettative-tra-prossimita-equita-e-rischio-clinico/

quotidianosanità.it

Ricchezza e povertà, universalismo e salute

Silvia Scelsi, *Presidente Nazionale ASIQUAS, Presidente Nazionale ANIARTI, Responsabile Professioni Sanitarie Istituto "Gaslini" Genova,*
Giorgio Banchieri, *Segretario Nazionale ASIQUAS, Docente DiSSE, Università "Sapienza", Roma, Consulente LUISS Business School, Roma,*
Laura Franceschetti, *Professore Associato, DiSSE, Università "Sapienza", Roma,*
Andrea Vannucci, *Membro CTS ASIQUAS, Docente DiSM, Università Siena, Membro CD Accademia di Medicina, Genova.*

Le nuove priorità geopolitiche e finanziarie rischiano di erodere il modello universalistico europeo, spingendo verso un welfare più privatizzato. Esperienze locali e comunitarie emergono come risposta a diseguaglianze e solitudini crescenti, richiamando l'urgenza di una riforma sistemica fondata sull'equità e sulla prossimità.
Globalizzazione e sviluppo della ricchezza e sua polarizzazione, pauperizzazione dei ceti medi in tutti i Paesi sviluppati … partiamo da qui

La polarizzazione della ricchezza e le sue ricadute sui sistemi di welfare Il "*Global Wealth Report 2025*" di UBS fotografa una dinamica consolidata: la crescita della ricchezza globale (+4,6% nel 2024) procede parallelamente alla sua concentrazione. In Italia, il 5% della popolazione detiene la metà della ricchezza nazionale. I milionari sono 1,3 milioni, con due terzi del patrimonio accumulato per via ereditaria. Il ceto medio, invece, continua a impoverirsi. Si riduce il numero di persone con patrimoni inferiori ai 10mila dollari, mentre cresce quello delle fasce superiori.
Questi dati segnalano un'accelerazione di tendenze che impattano direttamente sulla coesione sociale, sul carico assistenziale, sulla domanda sanitaria e, più in generale, sull'effettiva fruibilità dei diritti di

cittadinanza. *"La diseguaglianza*", ricordava Paul Donovan (UBS), "*non è solo un fenomeno economico ma una forza che modella dinamiche sociali e istituzionali. In questo contesto, ogni riflessione sulla sostenibilità e l'universalismo del nostro SSN deve confrontarsi con nuovi fattori di frammentazione e vulnerabilità sociale".*

Il nuovo contratto sociale e i rischi per il welfare In un recente articolo, l'economista Francesco Saraceno ha evidenziato come le recenti scelte europee in tema di spesa militare – con l'obiettivo di portarla fino al 5% del PIL tra difesa e infrastrutture – non siano solo risposta a pressioni geopolitiche, ma segnino una svolta politica più ampia: un progressivo e deliberato ridimensionamento del modello sociale europeo basato sul welfare pubblico. In un contesto segnato dal ritorno del Patto di Stabilità e dall'urgenza di ridurre il debito, le nuove priorità di investimento rischiano di comprimere ulteriormente le risorse destinate a sanità, istruzione, previdenza.
Un'analisi convergente arriva da Daniela Gabor, economista critica della proposta europea di creare una *Savings and Investment Union* (SIU). Secondo Gabor, l'idea di mobilitare gli enormi risparmi privati europei (oltre 8.000 miliardi di euro) verso mercati finanziari e fondi pensione, per finanziare la transizione ecologica e digitale, implica un vero e proprio cambio di paradigma: l'adozione di un modello di finanziamento più vicino a quello statunitense, basato sui mercati dei capitali, e la conseguente erosione dei pilastri pubblici di welfare.
Nel nuovo scenario, fondi pensione e soggetti finanziari privati diverrebbero protagonisti della gestione di risorse finora presidiate dallo Stato, con il rischio che anche la sanità venga progressivamente orientata verso modelli privatistici o misti, non più riconducibili alla logica universalistica beveridgiana.
Le recenti esperienze in ambito sanitario statunitense, criticate in numerose pubblicazioni scientifiche, mostrano come l'ingresso massiccio dei fondi di investimento nella proprietà di ospedali e servizi sanitari abbia spesso comportato una riduzione della qualità, un aumento dei costi per i cittadini e una crescente disuguaglianza nell'accesso alle cure.
Questa transizione, che riguarda l'intero contratto sociale europeo, rischia di trasformare i cittadini da beneficiari di diritti a investitori/consumatori di servizi, in un mercato dove la logica del profitto prevale su quella della solidarietà. Un cambiamento così profondo dovrebbe essere oggetto di un ampio dibattito democratico, non relegato a tecnicismi finanziari.

L' Universalismo ha ancora senso? In un recente intervento, Elio Borgonovi ha ribadito la necessità di declinare l'universalismo non in termini di egualitarismo prestazionale, ma di equità dei percorsi e delle risposte. L'universalismo, ricorda, non significa "*tutto a tutti*", ma "*diverso a seconda del bisogno*". La definizione dei LEA già riflette questo principio, che andrebbe esteso a una logica di "*universalismo proporzionale*", coerente con l'approccio alla medicina personalizzata, predittiva e di precisione.
Nei fatti, anche nelle Regioni con sistemi sanitari regionali considerati efficienti, una quota rilevante delle prescrizioni (30-50%) non si traduce in prestazioni realmente erogate. Liste d'attesa e ostacoli economici inducono i cittadini a rinunciare o a rivolgersi al privato. Questo genera una selezione post-prescrittiva iniqua, che indebolisce l'universalismo di fatto.
Da qui l'esigenza di prescrivere solo quanto possa essere effettivamente garantito, valorizzando il ruolo del prescrittore nella valutazione comparativa dell'appropriatezza e nell'allocazione ottimale delle risorse. È una prospettiva coerente con un SSN che voglia restare universale, ma anche sostenibile.
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 famigliari, sono necessarie prestazioni diverse, in questo caso alcuni studiosi hanno proposto la definizione di "*universalismo proporzionale*" che a parere di Borgonovi "*si pone nella linea della salute personalizzata, di precisione, oltre che preventiva e predittiva"*
Borgonovi sostiene che 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*", ricordando che il Servizio Sanitario Nazionale definisce i LEA, stabilendo chiari confini per la garanzia pubblica.
Peraltro universalismo non significa garantire le stesse prestazioni a tutti, ma significa garantire "*prestazioni diverse per bisogni diversi". "In un sistema con risorse limitate la realtà evidenzia che una parte significativa delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative, non si trasforma poi in prestazioni ottenute o, come*

si dice "consumate". "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".
Il tutto in un contesto di ricerca di sostenibilità del sistema sanitario e del welfare …

Complessità, pensiero sistemico e salute pubblica Un valido contributo alla riflessione sistemica arriva dal dialogo tra Mauro Ceruti ed Edgar Morin. L'Europa, sostengono, è oggi paralizzata tra nazionalismi regressivi e incapacità di visione comune. La razionalità tecnico-economica dominante ha semplificato e ridotto il pensiero, ignorando la complessità e le dimensioni profonde dell'umano.
Morin sottolinea l'urgenza di una "*riforma del pensiero*" e dell'educazione, per affrontare le crisi sistemiche: climatica, sociale, economica. In questo contesto, la salute – come bene pubblico – non può essere letta solo in chiave prestazionale ma va inserita in una visione ecologica e relazionale, in cui le vulnerabilità non siano solo cliniche ma sociali, culturali, ambientali.
"*… l'umanità è ormai minacciata da pericoli mortali: moltiplicazione delle armi nucleari, scatenarsi di fanatismi e moltiplicazioni di guerre civili internazionalizzate, degrado accelerato della biosfera, crisi e deregolamentazione di un'economia dominata da una speculazione finanziaria scatenata. Ed è a causa di ciò che, come abbiamo scritto, la vita della specie umana e, inseparabilmente, la vita della biosfera diventano un valore primario, un imperativo prioritario*" ….
«Tutte le vie nuove che ha conosciuto la Storia», ma anche le nostre esistenze personali, «*sono state inattese, figlie di devianze che poi hanno potuto radicarsi, diventare tendenze*», dice il grande filosofo.
"La barbarie del pensiero è nella semplificazione, nella disgiunzione, nella separazione, nella razionalizzazione... a tutto scapito della complessità, dei nessi inscindibili, e anche dei sogni e della poesia. Il pensiero si è ridotto a un sussidio del calcolo, che in origine doveva essere un sussidio del pensiero. La sedicente intelligenza artificiale può far paura, ma io temo soprattutto l'intelligenza umana superficiale".
" … dobbiamo saper riconoscere la complessità dell'identità umana! Homo sapiens è anche homo demens la follia, il delirio, la dismisura sono una possibilità permanente. La ragione e il delirio sono sempre presenti nell'essere umano, e uno dei poli può inibire l'altro. Assistiamo al delirio dei fanatismi che si moltiplicano, alla follia delle illusioni che si credono razionali. E altrettanto assistiamo al dilagare degli accecamenti di una razionalità puramente tecnica ed economica che ignora le realtà profonde dell'umano. Dobbiamo essere più che mai vigilanti su tutte queste semplificazioni dell'umano … "
Sappiamo che il massimo di soddisfazione economica può portare a un'insoddisfazione profonda. Ma c'è di più: non è sufficiente mettere in discussione la razionalità di homo economicus. Bisogna anche riconoscere che questo, benché ipertrofizzato nella nostra civiltà contemporanea, è solo una polarità dell'umano L'altra è homo ludens».

Solitudine e salute: la sfida delle comunità proattive In questo scenario, segnato da transizioni economiche profonde, tensioni sul modello di welfare e sfide sistemiche globali, prende forma una "*nuova domanda di universalismo*": non più inteso come mera uguaglianza prestazionale, ma come capacità di rispondere con equità, flessibilità e prossimità a bisogni differenziati e spesso non standardizzabili.
Di fronte all'insufficienza di risposte centralizzate e alla crisi del pensiero semplificante, emerge la necessità di soluzioni generative, radicate nei territori e nelle comunità. Esperienze locali, spesso non coordinate ma ricche di innovazione e significato, stanno rispondendo a questa domanda, sperimentando forme di mutualismo moderno, "*social prescribing*", sanità di iniziativa, reti solidali.
È da questa consapevolezza che nasce la motivazione a promuovere un confronto pubblico: per raccogliere, valorizzare e connettere quanto già si sta muovendo in Italia, dando visibilità a una nuova visione sistemica della salute, fondata sulle comunità come soggetti attivi di benessere.
Nel Convegno del 19 giugno 2025, organizzato presso il Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche dell'Università "Sapienza" di Roma (DiSSE), con la collaborazione di WHO Europa, Wonca Europe, ASIQUAS, Cittadinanzattiva, Federsanità ANCI, FIASO e altri protagonisti del terzo settore, è stato affrontato il tema del ruolo delle comunità come risposta alla solitudine e come supporto alla salute.
A seguito di un avviso pubblico, sono pervenute oltre 65 esperienze da tutta Italia, classificate secondo cinque tavoli tematici:

1. Tavolo Comunità – su case di comunità e attivazione del terzo settore come agente territoriale.
2. Tavolo Inclusione – progetti contro le disuguaglianze sociali e di accesso.
3. Tavolo Solitudini – interventi rivolti in particolare a giovani e anziani.
4. Tavolo One Health – approcci integrati al benessere, social prescribing e salute ambientale.
5. Tavolo Digitalizzazione – esperienze ICT, ADI, intelligenza artificiale, FSE.

La distribuzione delle esperienze pervenute è stata la seguente:
Quello che ci ha colpito è che, come spesso accade, le esperienze italiane sono tante, significative, ma isolate, non validate, non divulgate. Il primo compito che ci siamo posti è la raccolta, la validazione e la divulgazione. Con il supporto dei ricercatori del DiSSE è stato impostato un database tematico dinamico per riconoscere e classificare le parole chiave, che contiamo di ampliare nel tempo: anche a Convegno continuano a pervenire ulteriori esperienze che andranno ad arricchire il database creato.

Prospettive operative: verso linee guida nazionali Il percorso avviato punta ora alla redazione condivisa di *raccomandazioni e linee guida nazionali* sul *social prescribing* e sulle comunità proattive inclusive. Un obiettivo concreto del prossimo convegno, previsto per l'autunno, che coinvolgerà i partner già attivi e nuove adesioni istituzionali e associative.
Il lavoro in corso punta a integrare esperienze, buone pratiche, normative, atti aziendali e locali, per arrivare a un corpus operativo utile a tutti gli stakeholder del sistema salute, dalle Regioni alle Aziende sanitarie, dai MMG agli enti locali.

Riferimenti bibliografici

1. Appelbaum, E., & Batt, R. (2014). *Private Equity at Work: When Wall Street Manages Main Street*. Russell Sage Foundation.
2. Banchieri G, Vannucci A (a cura di) – Monografia di ASIQUAS review 2024 su "*Società liquida e sostenibilità del welfare*", sul sito asiquas.net ;
3. Banchieri G, L. Franceschetti, Vannucci A (a cura di) – Monografia di ASIQUAS Review 2025 su "*Le comunità come alternative alla solitudine e supporto alla salute",* sul sito asiquas.net *;*
4. Borgonovi, E., & Compagni, A. (2023). "*Ripensare l'universalismo tra appropriatezza e sostenibilità*". *Politiche Sanitarie*, 24(2).
5. Capps, C., Dranove, D., & Ody, C. (2017). "*Physician Practice Consolidation Driven by Private Equity Investment*". *Health Affairs Blog*.
6. Capra, F., & Luisi, P. L. (2014). **The Systems View of Life: A Unifying Vision*. Cambridge University Press.
7. Gupta, A., et al. (2021). "*Private Equity Ownership and Nursing Home Outcomes: A Retrospective Cohort Study*". *JAMA Health Forum*, 2(5), e210414.
8. Kickbusch, I. (2015). "*The Political Determinants of Health—10 Years On*". *BMJ*, 350, h81.
9. Kretzmann, J., & McKnight, J. (1993). **Building Communities from the Inside Out: A Path Toward Finding and Mobilizing a Community's Assets*. ACTA Publications.
10. Mazzucato, M. (2018). **The Value of Everything: Making and Taking in the Global Economy*. Allen Lane.
11. National Health Service (UK) – Report 2024 on "*Health Connections MenDip*"
12. OECD (2024). **Health at a Glance: Europe 2024*. OECD Publishing.
13. Polley, M. J., et al. (2017). **A Review of the Evidence Assessing Impact of Social Prescribing on Healthcare Demand and Cost Implications*. University of Westminster.
14. Saltman, R. B., et al. (2004). **Social Health Insurance Systems in Western Europe*. Open University Press.
15. Streeck, W. (2014). **Buying Time: The Delayed Crisis of Democratic Capitalism*. Verso.
16. Tooze, A. (2021). **Shutdown: How Covid Shook the World's Economy*. Viking.
17. World Health Organization (2022). **Health in All Policies: Framework for Country Action*. WHO.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=131267

quotidianosanità.it

Una costituente per una sanità più privata? No, grazie

Claudio Maria Maffei, Maurizio Bonati

09 LUG -

Gentile Direttore,

su il Corriere della Sera sono comparsi alcuni giorni fa due interventi a favore di una costituente per una rifondazione del Servizio Sanitario Nazionale (Ssn). Il primo intervento è stato di Sergio Harari, medico specialista, e il secondo di Attilio Fontana, Presidente della Regione Lombardia, che ha manifestato l'impegno a coinvolgere le Regioni nel recepire la proposta. Questa sorta di appello è stato immediatamente ripreso e rilanciato da altri come la Cimo-Fesmed, la Societa' Italiana di Gerontologia e Geriatria (che l'ha raccolto nel suo profilo Facebook) e da Giovanni Monchiero. Gli interventi di Harari e Fontana possono essere letti solo dagli abbonati, ma ci impegniamo ad una ricostruzione fedele.

Ci è parso di un certo interesse andare a vedere cosa caratterizza questo appello rispetto ai tanti che ormai da tempo vengono proposti alle forze politiche come base di riflessione per un intervento deciso sulla crisi del Ssn. A solo titolo di esempio ricordiamo tra i più recenti quello di oltre 130 Associazioni riportato anche qui su Qs e quello dal titolo "Principi per una riforma del Ssn" sottoscritto da decine di esperti e tecnici tra cui rappresentanti della Bocconi, del CREA e del Sant'Anna di Pisa.

Le premesse alla base della proposta di una Costituente contenute nell'intervento di Harari, che parla di "suicidio" del Ssn, sono un elenco un po' casuale, dati gli scarsi spazi a disposizione, di tutti i soliti fattori evocati in questi casi quali ad esempio: i bisogni di salute che sono cambiati, l'invecchiamento della popolazione, l'ingresso della intelligenza artificiale, il progresso tecnologico, la disomogeneità nella erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, la mancata integrazione ospedale-territorio, gli scarsi investimenti nella prevenzione e i ritardi nei processi di digitalizzazione.

A questa analisi delle criticità, che ne omette di fondamentali che anche un loro elenco sommario doveva comunque includere (quali il sottofinanziamento e la inadeguata politica del personale), segue nell'intervento di Harari una considerazione sul fatto che "ormai un quarto della spesa sanitaria nazionale è out of pocket" e che "possiamo immaginare razionalizzazioni ed efficientamenti ma è evidente che il sistema così non può farcela e che sarà impossibile trovare nei bilanci dello Stato abbastanza finanziamenti per coprire tutte le esigenze di salute."

A questo punto dati i problemi del Ssn e le difficoltà dei cittadini Harari propone alla politica di mettere da parte "polemiche, ideologismi e retoriche inutili per (ri)costruire un nuovo progetto sulla sanità, mettendo allo stesso tavolo i diversi stakeholder che hanno voce in capitolo e sviluppando sinergie con il privato e il mondo assicurativo, senza, invece, subire la surrettizia de-regulation alla quale stiamo di fatto assistendo oggi".

Insomma "bisogna avere il coraggio e la lucidità di guardare in faccia la realtà e ammettere che il nostro Servizio sanitario nazionale già oggi non è più universalistico, lo Stato non ha abbastanza risorse per finanziarlo adeguatamente e non si può fare a meno del privato, il quale occupa ormai una rilevante quota di mercato, la cui azione va regolata e guidata. Fare finta di niente e che tutto magicamente si risolverà è solo miopia o frutto di sterili ideologismi."

L'intervento si conclude affermando che "si può e si deve fare una riforma complessiva del sistema salute, rinviare o voltarsi dall'altra parte per evitare scelte impopolari o difficili rischia di affondare quel che resta del nostro Servizio sanitario nazionale".

L'intervento di Fontana aggiunge poco alla riflessione di Harari (da lui definita lucida, coraggiosa, retorica e piena di saggezza) e si limita di fatto a prendere l'impegno di proporre "nei prossimi giorni ai presidenti delle Regioni italiane, indipendentemente dal loro colore politico, di costruire insieme un patto di riforma sanitaria. Un'iniziativa trasversale, fondata sulla consapevolezza che oggi le differenze ideologiche devono lasciare spazio alla cooperazione istituzionale. "

Sono molte le cose che ci colpiscono in questo appello, ma tre sono quelle fondamentali: la ipersemplificazione delle criticità del Ssn ricondotte ad un unico fattore quale il contenimento ideologico del

ruolo del privato, la incoerenza tra l'elenco delle criticità e la soluzione proposta e l'assenza di qualunque accenno di riflessione sulle criticità a loro volta legate alla presenza del privato nella sanità.
Sulla ipersemplificazione non è il caso di dilungarsi: basta una scorsa ai citati documenti appello sulla crisi del Ssn e agli interventi pubblicati quotidianamente su Qs per rendersene conto.
Più interessante è invece il collegamento tra i fattori di criticità che stano travolgendo il Ssn e l'enfasi sul contributo del privato.
Molti di questi fattori quali il peso crescente della cronicità e quindi la necessità e urgenza del passaggio da una logica prestazionale ad una logica di presa in carico proattiva e l'importanza del passaggio da una logica ospedalocentrica a una centralità delle cure primarie (tutti fattori ripresi ed enfatizzati da Fontana nel suo intervento) con il coinvolgimento di equipe interdisciplinari e interprofessionali spingono "naturalmente" verso un Ssn più pubblico a meno di non immaginare un Ssn solo privato, cosa che nemmeno Fontana vorrebbe.
E infine la crescita del privato porta con sé rischi molto importanti quale la frammentazione dei percorsi assistenziali, la crescita della inappropriatezza, la selezione opportunistica dei casi e la concorrenza sul reclutamento dei professionisti.
Per tutti questi motivi non ci piace un appello al "più privato" che di tutto questo non si faccia carico.
Come, del resto, non ci piace l'idea da alcuni coltivata che con meno privato il Ssn di per sé funzionerà meglio e sarà più giusto. In ogni caso, un conto è ragionare sul ruolo del privato e sulla quota di assistenza che oggi il Ssn non garantisce ed è coperto dal privato nelle varie forme (out of pocket, fondi e assicurazioni), un conto è fare una Costituente che abbia il maggior peso del privato al centro del rilancio del Ssn. Per la verità ci sembra persino pericoloso proporlo.
Ci preme però suggerire che qualsiasi proposta di miglioramento del Ssn venga associata anche ai valori e finalità, passate e future, del Ssn. Proporre una (Assemblea) Costituente per redigere un nuovo Ssn è quello che, in parte, successe nel 1946 con un Referendum costituzionale e il mandato all'Assemblea di redigere la nuova Costituzione.
Quella Costituzione che sancisce (art. 32) che "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti." Fu la prima nazione europea a sancire il diritto alla salute. Ci vollero poi 30 anni affinché fosse approvata la Legge 23 dicembre 1978, n. 833 con l'"Istituzione del servizio sanitario nazionale"-
Una legge approvata a maggioranza con la sola astensione del MSI. Cosa dichiarava la 833?
Che la salute è un bene comune e che deve essere garantito a tutti e che quindi il Ssn è di tipo universalistico.
Ecco prima di suggerire possibili soluzioni sarebbe utile e costruttivo ribadire i valori a cui ogni proposta rimanda e in particolare se quelli costituzionali sono ancora di riferimento nelle proposte.
Che il Ssn necessiti di un aggiornamento per garantire in modo appropriato ed equo ad un diritto universale spesso negato è un bisogno indiscusso, stanti le disuguaglianze esistenti e che in alcune realtà cronicizzano.
Che il mandato sia affidato ad un'""Assemblea" di governatori regionali (alcuni nelle vesti di commissari) e che il "patto di riforma sanitaria" sancisca che "il Ssn non è e non può essere universalistico" ecco, come nel 1946 e perché "universale" per tutti i cittadini italiani, sarebbe bello che l'intera collettività nelle forme più appropriate, ma partecipate partecipasse nelle decisioni.
Per una nazione con un analfabetismo sanitario elevato, sarebbe anche un processo educativo per un uso più appropriato di un bene comune.
https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=130822

quotidianosanità.it

Questo non è un Ssn per vecchi

Claudio Maria Maffei

29 LUG -

Gentile Direttore,

pochi giorni fa è uscita su Qs la notizia che secondo la Corte di Appello di Milano le rette delle RSA per i malati di Alzheimer devono essere interamente a carico dello Stato.

Il potenziale impatto economico di questa sentenza è facilmente ricavabile dal dato di fonte Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità, che lo stesso articolo cita, di 1 milione di persone che in Italia soffre di malattie neurodegenerative, di cui circa 600.000 affette da Alzheimer, attorno a cui ruotano quasi 3 milioni di familiari e caregiver, "spesso lasciati soli a gestire un carico assistenziale, emotivo e soprattutto economico sempre più insostenibile."

Questo carico rischia di aumentare ancora data la progressiva tendenza a una Italia con famiglie sempre più piccole con anziani sempre più soli (vedi l'articolo di pochi giorni fa su Qs sull'Italia che "si svuota"). Sappiamo anche che l'economia italiana subirà nei prossimi anni l'impatto molto negativo dei dazi imposti dalla politica di Trump (almeno così ho capito).

Da queste tre linee di tendenza (coinvolgimento del Ssn nella copertura intera dei costi delle RSA Alzheimer, inverno demografico e capricci di Trump) ne dovrebbe venire fuori una scelta decisa del governo nazionale e dei governi regionali verso un potenziamento della risposta territoriale ai bisogni della popolazione, ma mentre su questo tutti a dichiarazioni convergono nei fatti non è così, o almeno non è così nella stragrande maggioranza del Paese.

Non distragga il dato Agenas sulla assistenza domiciliare negli anziani che aumenta riportato ieri su Qs, un dato che va interpretato alla luce del numero ridotto e in diminuzione del numero di ore di Assistenza Domiciliare Integrata per singolo caso (14 nel 2023 secondo l'Annuario Statistico del Ssn e 15 nel 2019 in base alla stessa fonte).

Mi viene ancora una volta in aiuto la buona conoscenza diretta della situazione delle Marche, la Regione che va attualmente considerata benchmark da un punto di vista politico visto che è governata dalla prima coalizione di centrodestra a trazione Fratelli d'Italia che ha strappato una Regione allo storico dominio del centrosinistra. Tanto benchmark da poter essere considerata alle prossime elezioni regionali l'Ohio d'Italia.

Ho già più volte ricordato qui su Qs (l'ultima volta pochi giorni fa) la forte spinta della Regione Marche al mantenimento e persino rafforzamento della frammentazione della rete ospedaliera pubblica, che trova espressione in un programma di edilizia sanitaria che fa letteralmente strame del DM 70 con la copertura del livello centrale.

A fronte della esuberanza della offerta ospedaliera la offerta di posti letto residenziali per anziani e in particolare di posti letto residenziali di pazienti con demenza è drammaticamente carente.

Dalle elaborazioni del Gruppo Solidarietà su dati forniti dalla Regione emerge come a inizio 2023 nelle residenze sociosanitarie delle Marche fossero 2.587 le persone con demenza ricoverate (in totale il 41% nei posti convenzionati) a fronte di 649 posti specificatamente dedicati. Il 34% (1.938 persone) era ricoverato in posti non dedicati.

Ma il dato sostanziale è ancora più pesante: non più della metà dei posti indicati erano effettivi e nella rilevazione regionale erano indicate quante persone con demenza vivevano in residenze per autosufficienti e nei posti non convenzionati (se ne possono stimare altre 700).

A distanza di due anni la situazione non si è sostanzialmente modificata nonostante nel frattempo sia uscito il nuovo Piano Socio Sanitario Regionale. In pratica gli effetti della sentenza della Corte di Appello di Milano sarebbero molto attenuati nelle Marche perché … le RSA Alzheimer sono poche.

Ma anche in questo caso i dati ufficiali sulla residenzialità per anziani (come nel caso della assistenza domiciliare agli anziani passata nelle Marche da 17 ore per caso a 9, ma in compenso aumentata come numero di casi trattati del 111,6%) sarebbero confortanti visto che nel Monitoraggio Ministeriale dei LEA con gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia non risulterebbero criticità al riguardo nell'ultima relazione di dettaglio disponibile.

Ma ovviamente le Marche, Regione benchmark da un punto di vista politico e Regione mediana da tanti altri punti di vista, non sono la sola Regione ad avere una grave carenza di risposta territoriale ai bisogni della popolazione anziana, popolazione che cresce e che è sempre più sola.
Semmai colpisce il fatto che nelle Marche ci sia anche l'unico Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico che si occupa di anziani in Italia, e cioè l'INRCA. Del suo coinvolgimento nelle politiche regionali per gli anziani (e quindi per tutti) non c'è traccia, ma in compenso all'INRCA … (oggi esagero coi punti sospensivi) stanno rifacendo l'Ospedale.
A rappresentare *plasticamente* (come si dice oggi) la vittoria nelle Marche dell'ospedale sul territorio c'è anche la scelta per il nuovo ospedale di Pesaro di una sede da cui per fargli spazio sono state letteralmente sloggiate per essere demolite delle strutture socio-assistenziali territoriali di proprietà tra cui una RSA anziani "modello" e una Cittadella della Salute Mentale.
In particolare, dove si trova la RSA Tomasello ci sarà un parcheggio di un ospedale. Ovviamente per le attività sloggiate da strutture di proprietà si dovrà ricorrere, presumo, a strutture da affittare. Davvero una storia esemplare.
Ma uno si chiede: queste scelte di politica sanitaria chi le valida? Non lo possono certo fare i cittadini quando votano, visto che nell'opinione comune un ospedale nuovo vale molto di più di una RSA per anziani e di una Cittadella della salute mentale. Purtroppo la *public health literacy* (ovvero la capacità di interpretare e fare le scelte di sanità pubblica) tra i cittadini è ad oggi scarsa, ma quella di tecnici e politici non dovrebbe compensare a Pesaro, Ancona e Roma?

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=131265

I LEPS: SITUAZIONE ATTUALE E PROSPETTIVE

Un paese in attesa dei LEPS

Franco Pesaresi

(Intervento trascritto e pubblicato da welforum.it il 17 luglio 2025: https://www.welforum.it/i-leps-situazione-attuale-e-prospettive/)

I LEPS possono essere definiti come servizi che devono essere garantiti in tutto il territorio nazionale. Ma a cosa servono? Per rispondere a questa domanda occorre tornare al 2001, quando la Costituzione è stata modificata in senso federalista e si è dato potere alle Regioni. Uno di questi poteri affidati alle Regioni prevedeva la competenza legislativa esclusiva in materia assistenziale, e quindi relativa ai servizi sociali. All'epoca – ma purtroppo anche adesso – c'era una straordinaria differenza tra i servizi che venivano garantiti dalle diverse Regioni. L'inserimento dei livelli essenziali delle prestazioni sociali nella Costituzione, in presenza di differenze così grandi tra le diverse Regioni, serviva e serve ancora oggi per garantire ai cittadini una base minima di servizi uguale per tutti. L'obiettivo dei LEPS è, quindi, quello di garantire equità e omogeneità (o parziale omogeneità) nella distribuzione dei servizi in tutto il territorio nazionale. Ovviamente questo ha una ricaduta anche sui modelli organizzativi.
La Legge 328/2000, all'articolo 22, identificava i livelli essenziali come "famiglie" di servizi: l'assistenza domiciliare, l'assistenza residenziale, e via dicendo. La legislazione successiva individua i livelli essenziali come singoli servizi o interventi specifici. A differenza dei LEA sanitari, individuati in modo organico tramite uno specifico Decreto aggiornato nel corso degli anni, i LEPS sono stati individuati attraverso una serie di normative diverse, senza un disegno organico, ma attraverso un ampliamento costante ma, ancora oggi, largamente incompleto. Si tratta comunque di servizi e attività ben enucleati e identificati.
Ma come si garantisce la loro esigibilità? La Costituzione dice che, una volta che lo Stato definisce i livelli essenziali, tutti i territori devono garantire ai cittadini la parità di accesso ai servizi sociali. Per fare ciò devono

essere previsti una serie di strumenti per verificare che tutte le Regioni e i Comuni siano adempienti. Nel momento in cui una prestazione diventa un livello essenziale dovrebbe diventare esigibile, e quindi l'esigibilità da parte del cittadino dovrebbe essere sopportata da strumenti che i cittadini e gli operatori possono utilizzare a tutela della stessa.

Non basta, quindi, individuare i livelli essenziali ma serve un sistema più complesso per l'attuazione e la garanzia degli stessi, che si compone di almeno 5 elementi:

1. **Chi provvede all'attuazione dei livelli essenziali**: questo compito è già stato definito dalla Legge di bilancio del 2021, che ha stabilito che i livelli essenziali debbano essere realizzati dagli Ambiti territoriali sociali, che quindi dovranno avere una competenza gestionale importante. Le Regioni dovranno definire le forme per la gestione associata dei servizi sociali a livello di ATS, enti in grado di avere autonomia gestionale, amministrativa e finanziaria. Tutte quelle situazioni – oggi la maggioranza – che vedono l'ATS appoggiarsi attraverso una Convenzione ai Comuni capofila non sono più rispondenti a questo modello organizzativo. Anche per questo sono in pubblicazione le nuove linee guida ministeriali sui modelli organizzativi degli ATS, che dovrebbe promuovere proprio questa svolta locale.
2. **Il sistema di finanziamento pubblico**: lo Stato ha riconosciuto che serve un sistema di finanziamento pubblico dei livelli essenziali dedicato e adeguato nel suo importo. I LEPS finora definiti sono stati tutti finanziati dallo Stato, ma in genere in modo inadeguato.
3. **L'individuazione degli obiettivi di servizio**: l'obiettivo di servizio definisce la quantità di prestazioni di quel livello essenziale che devono essere garantite in un ATS, è l'obiettivo minimo che l'Ambito deve raggiungere. L'obiettivo di servizio naturalmente può modularsi nel tempo, attraverso obiettivi intermedi, ma anche nei contenuti. Senza gli obiettivi di servizio, l'esigibilità diventa complicata se non addirittura impossibile. Il compito di definire gli obiettivi di servizio spetta allo Stato, ma al momento – salvo per un LEPS – non sono ancora stati definiti.
4. **Il monitoraggio e gli interventi sostitutivi**: per verificare se ci sono territori adempienti e inadempienti serve un sistema di indicatori che confluiscano in un rapporto nazionale annuale di monitoraggio dei LEPS. Affinché il sistema funzioni occorrono anche degli interventi sostitutivi: laddove il territorio non ha realizzato gli obiettivi dei LEPS, bisogna definire un quadro normativo per gli interventi sostitutivi. La Corte costituzionale ha definito che nei territori inadempienti debba essere nominato un commissario – in prima istanza il sindaco di quel territorio e in seconda istanza un commissario prefettizio – per dare attuazione agli obiettivi di servizio di quel livello essenziale.
5. **Revisione e aggiornamento dei LEPS**: occorre la completa individuazione, manutenzione e aggiornamento dei LEPS. Le cose cambiano e quindi anche i contenuti di un LEPS possono richiedere degli aggiornamenti ma soprattutto occorre completare il quadro dei LEPS. Serve una cabina di regia nazionale, da identificare presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, che coinvolga anche i soggetti attuatori, i Comuni e le Regioni che provveda a questo compito.

In conclusione, ci sono aspetti positivi e aspetti negativi. L'aspetto positivo è che, dopo tanti anni di attesa, finalmente si parla concretamente di livelli essenziali e si è individuato il primo nucleo di livelli essenziali delle prestazioni sociali. L'aspetto negativo è che l'identificazione di questi livelli essenziali – tutt'oggi graduale ed incompleta – procede in carenza di un sistema di garanzia che renda i livelli essenziali accessibili ed esigibili. Se non si costruisce questo sistema di garanzia, la stessa individuazione dei livelli essenziali risulta del tutto inefficace.

TELEMEDICINA SOLO PER GLI ULTRAOTTANTENNI? I LIMITI DELLA NUOVA NORMATIVA

Franco Pesaresi

(Articolo pubblicato da Quotidiano Sanità il 3/7/2025: https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=130724)

La telemedicina solo per i grandi anziani?

Il D. Lgs. 29/2024 prevede la promozione della telemedicina al fine di consentire il mantenimento delle migliori condizioni di vita della persona anziana presso il proprio domicilio (art. 9) attraverso soprattutto l'impiego di strumenti di sanità preventiva. Lo stesso decreto stabiliva che prestazioni di telemedicina per gli anziani sarebbero state individuate con un **successivo decreto** del Ministro della salute da adottare entro il 17/6/2024.

Il Decreto 29 stabilisce inoltre che l'intervento è effettuato con prioritario riferimento alla **persona grande anziana** affetta da almeno una patologia cronica.

Giova qui ricordare che, sempre secondo il D. Lgs. 29/2024 la «persona grande anziana» è quella che ha compiuto 80 anni (art. 2). Ebbene, in un sistema come quello sanitario italiano che attualmente soffre di problemi organizzativi e di carenza di risorse, mettere in un Decreto, che l'intervento è rivolto prioritariamente agli ultraottantenni significa, nei fatti, non prendere in considerazione la maggioranza degli anziani che invece potrebbero aver altrettanto bisogno di un intervento di telemedicina.

La previsione è tanto più stonata in quanto lo stesso decreto stabilisce che le prestazioni di telemedicina sono finalizzate alla realizzazione di interventi di sanità preventiva e tali interventi sono tanto più efficaci prima degli 80 anni.

Si tratta dunque di rimuovere questo ostacolo immotivato che, di fatto, potrebbe impedire alla maggioranza degli anziani che ne hanno bisogno l'accesso alla telemedicina. Siamo di fronte ad una gravissima esclusione che non può essere accettata nell'organizzazione ordinaria dei servizi sanitari.

Le prestazioni di telemedicina

Come è noto, la normativa prevede che ogni regione si doti di una infrastruttura di telemedicina che sia in grado di erogare almeno i seguenti servizi minimi (in base al D.M. Salute 21/9/2022):

1. **Televisita**: è un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con il supporto di un caregiver. Il medico è deputato a decidere in quali situazioni e in che misura la televisita può essere impiegata in favore del paziente, utilizzando anche gli strumenti di telemedicina per le attività di rilevazione, o monitoraggio a distanza, dei parametri biologici e di sorveglianza clinica. La televisita è da intendersi limitata alle attività di controllo di pazienti la cui diagnosi sia già stata formulata nel corso di visita in presenza.
2. **Teleconsulto e teleconsulenza**: Il teleconsulto medico è un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, anche tramite una videochiamata, riguardo la situazione clinica di un paziente, basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici, i referti, le immagini, gli audio-video riguardanti il caso specifico. Il teleconsulto tra professionisti può svolgersi anche in modalità asincrona, quando la situazione del paziente lo permette in sicurezza. La teleconsulenza medico-sanitaria è un'attività sanitaria, non necessariamente medica ma comunque specifica delle professioni sanitarie, che si svolge a distanza ed è eseguita da due o più persone che hanno differenti responsabilità rispetto al caso specifico. Essa consiste nella richiesta di supporto durante lo svolgimento di attività sanitarie, a cui segue una videochiamata in cui il professionista sanitario interpellato fornisce all'altro, o agli altri, indicazioni per la presa di decisione e/o per la corretta esecuzione di azioni assistenziali rivolte al paziente. La teleconsulenza può essere svolta in presenza del paziente, oppure in maniera differita.
3. **Telemonitoraggio**: permette il rilevamento e la trasmissione a distanza di parametri vitali e clinici in modo continuo, per mezzo di sensori che interagiscono con il paziente. Il set di tecnologie a domicilio, personalizzato in base alle indicazioni fornite dal medico, deve essere connesso costantemente al sistema software che raccoglie i dati dei sensori, li integra se necessario con altri dati sanitari e li mette a

disposizione degli operatori del servizio di telemedicina in base alle modalità organizzative stabilite. I dati devono sempre comunque essere registrati in locale presso il paziente e resi disponibili all'occorrenza, per maggiore garanzia di sicurezza. Tipico è il telemonitoraggio in cardiologia per la trasmissione ed il monitoraggio di dati inviati da dispositivi impiantabili come pace-maker e defibrillatori.

4. **Teleassistenza**: è un atto professionale di pertinenza di professioni sanitarie (infermiere/fisioterapista/logopedista/ecc.) e si basa sull'interazione a distanza tra il professionista e paziente/caregiver per mezzo di una videochiamata, alla quale si può all'occorrenza aggiungere la condivisione di dati, referti o immagini. Il professionista che svolge l'attività di teleassistenza può anche utilizzare idonee app per somministrare questionari, condividere immagini o video tutorial su attività specifiche. Lo scopo della teleassistenza è quello di agevolare il corretto svolgimento di attività assistenziali, eseguibili prevalentemente a domicilio (Conf. Stato Regioni n.215/2020).

A questi servizi minimi si potrebbe aggiungere anche la telerefertazione che non è prevista tra i servizi minimi del D.M. Salute 21/9/2022 ma che viene invece prevista nelle "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina" approvate in Conferenza Stato-Regioni del 17/12/2020.

5. **Telerefertazione**: è una relazione rilasciata dal medico che ha sottoposto un paziente a un esame clinico o strumentale il cui contenuto è quello tipico delle refertazioni eseguite in presenza e che viene scritta e trasmessa per mezzo di sistemi digitali e di telecomunicazione. Il medico esegue e invia il telereferto in tempi idonei alle necessità cliniche del paziente e in modo concorde con il medico che ha richiesto l'esame clinico o strumentale. Il telereferto può essere rilasciato successivamente all'esecuzione tradizionale in presenza dell'esame clinico o strumentale, quando ciò sia utile al paziente (Conf. Stato Regioni n.215/2020).

Nel mese di giugno 2025 il Ministro della Salute ha dato attuazione alla previsione dell'art. 9 del D. Lgs. 29/2024 ed ha inviato alla Conferenza Stato-Regioni lo schema di decreto inerente le "Misure per la promozione di strumenti di sanità preventiva e di telemedicina presso il domicilio delle persone anziane".
In questo schema di decreto sulla telemedicina per gli anziani le prestazioni erogabili prioritariamente ai grandi anziani sono **delimitate solo a quelle riguardanti la teleassistenza e il telemonitoraggio** (art. 1). Queste ultime prestazioni potrebbero essere più frequenti negli ultraottantenni ma risulta del tutto immotivata l'esclusione delle altre prestazioni come la televisita, il teleconsulto e la teleconsulenza ed anche la telerefertazione.

A chi sono affidate le prestazioni di telemedicina?
Il D. Lgs. 29/2024 stabilisce che l'erogazione degli interventi di sanità preventiva presso il domicilio dei soggetti con prestazioni di telemedicina può essere effettuata dagli enti pubblici e privati accreditati, dagli infermieri di famiglia e comunità, nonché tramite la rete delle farmacie territoriali. Si presume che questa sia l'organizzazione a regime del sistema di telemedicina per gli anziani perché poi la bozza di Decreto sulla telemedicina per gli anziani prevede una sperimentazione da avviare con un avviso pubblico a cui affidare il servizio escludendo però gli infermieri di comunità (in precedenza inclusi). Il bando prevede la realizzazione a cura di Agenas di una sperimentazione di 18 mesi di almeno tre progetti, uno per ogni macro area del Paese (nord, centro, mezzogiorno) conclusa la quale non è noto l'eventuale percorso successivo.

Beneficiari e finalità dell'intervento
Con la sperimentazione si prevede la presa in carico di almeno 50.000 fino ad un massimo di 60.000 grandi anziani affetti da almeno una patologia cronica.
I progetti sono preordinati alla prevenzione del deterioramento cognitivo, della scarsa aderenza terapeutica ovvero dell'isolamento sociale, anche quale concausa del deterioramento cognitivo. Questi obiettivi, pur in generale apprezzabili, non sempre possono essere contrastati dalle prestazioni di teleassistenza e di telemonitoraggio e, soprattutto, appaiono troppo circoscritti rispetto all'ampia gamma dei bisogni sanitari degli anziani.

Finanziamento
Il decreto è finanziato dal PNRR linea di investimento M6C2I1.2.3 "Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici" per un ammontare complessivo pari a 150 milioni di euro.
Si registra a questo proposito un disallineamento fra i tempi di spesa del PNRR (metà del 2026) e la durata della sperimentazione ancora da avviare (18 mesi).

Qualche valutazione
Di fatto il D. Lgs. 29/2024 e lo schema di decreto sulla telemedicina per gli anziani invece di promuovere la telemedicina negli anziani pongono una serie di limitazioni alla diffusione delle prestazioni di telemedicina fra gli anziani.
Prima di queste norme, tutte le attività di telemedicina erano possibili e disponibili per gli anziani mentre invece con il D. Lgs. 29/2024 e lo schema di decreto sulla telemedicina per gli anziani vengono poste delle severe ed ingiustificate esclusioni. Di fatto, le norme approvate e quelle in itinere stanno disponendo l'esatto contrario di quanto stabilito dalla Legge delega 33/2023. Paradossalmente, le norme sopra discusse invece di promuovere l'uso della telemedicina fra gli anziani sembrano discriminarli rispetto a questa modalità di cura.
Infine, il ritardo con cui viene presentato il Decreto sulla telemedicina per gli anziani ne mette a rischio anche l'effettiva realizzazione tenuto conto dei tempi ristretti di realizzazione posti dal finanziamento del PNRR.

Bibliografia e norme di riferimento

- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, Atto n. 215/CSR del 17 dicembre 2020: Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento recante "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina".
- Decreto legislativo 15 marzo 2024 , n. 29: Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33.
- Ministero della Salute Decreto 21 settembre 2022: Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio.
- Rodriquez R., Telemedicina. Arrivano 150 milioni per l'avvio della sperimentazione sui 'grandi anziani'. Obiettivo almeno 50mila assistiti in 18 mesi, Quotidiano sanità, 13/6/2025: https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=130274

EBOOK

IL PNRR MISSIONE SALUTE NELLE MARCHE. Edizione 2025

Franco Pesaresi

Pubblicato nel potale di academia.edu:
https://www.academia.edu/142954741/IL_PNRR_MISSIONE_SALUTE_NELLE_MARCHE_Edizione_2025

Presentazione dell'ebook

Questo ebook racconta dei primi quattro anni (2022-2025) di attuazione della parte sanitaria del PNRR nella Regione Marche. Parliamo di quella che tecnicamente si chiama Missione 6 Salute del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). Il PNRR prevede, come è noto, numerosi investimenti sia nella sanità territoriale che in quella ospedaliera, nulla purtroppo per la prevenzione. Parliamo per intenderci di Case della salute, di ospedali di comunità, di centrali operative territoriali, di grandi attrezzature sanitarie, di digitalizzazione ecc.

In queste pagine si cercherà di mettere il lettore in condizione di valutare, anno dopo anno, come procede nelle Marche l'attuazione del PNRR nel settore sanitario, fornendo documentazione e valutazioni. Il 2022 è stato soprattutto l'anno in cui si sono prese le decisioni relative alla programmazione degli interventi mentre nel 2023 si è avviata la fase realizzativa che si dovrà concludere entro il 2026. L'ebook è diviso in due parti. La prima parte si occupa della valutazione delle scelte relative alle case della comunità, agli ospedali di comunità e alle centrali operative territoriali approfondendo in particolare la loro distribuzione nel territorio marchigiano. Ci sono però accenni, come nel capitolo 25, anche alla spesa relativa agli altri investimenti sanitari finanziati dal PNRR La seconda parte dell'ebook ripropone le delibere della Giunta regionale con le quali sono state prese tutte le decisioni relative alle scelte e all'attuazione del PNRR: la rete delle nuove Case della Comunità, degli ospedali di comunità, delle centrali operative territoriali, la telemedicina e l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero. La disponibilità degli atti ufficiali permetterà a tutti di conoscere come verranno utilizzate le risorse, anche rispetto al proprio territorio, e di valutarne la razionalità il progredire della loro attuazione. Si tratta di un percorso regionale di un quinquennio, sicuramente impegnativo, che si concluderà nel 2026. Questo è il terzo ebook che dedico a questo tema. Il primo ebook è uscito nel 2022, poi nel 2023 è uscito il primo aggiornamento e adesso, nell'estate del 2025 esce il secondo aggiornamento sull'andamento del PNRR missione salute nelle Marche. Sarebbe bello, se ci riuscirò, completare il lavoro con un aggiornamento finale nel 2026. Difficile sintetizzare in poche parole introduttive l'attuazione del PNRR Missione Salute nelle Marche perché il Piano è fatto di tante situazioni diverse, di tanti cantieri, di tante storie. Di certo però si può dire che alcuni elementi hanno contraddistinto l'attuazione del PNRR nelle Marche: la mancata contestualizzazione del PNRR all'interno della programmazione sanitaria, i costanti ed in qualche caso clamorosi aumenti della spesa rispetto alle previsioni iniziali, gli errori nella progettazione o nella gestione delle pratiche che hanno portato a numerosissime revisioni della progettazione iniziale.

EBOOK

LE POLITICHE SOCIALI DELLA REGIONE MARCHE 2020-2025

Franco Pesaresi

Pubblicato nel portale di academia.edu:
https://www.academia.edu/143076104/LE_POLITICHE_SOCIALI_DELLA_REGIONE_MARCHE_2020_2025

Presentazione dell'ebook

Questo eBook nasce dall'esigenza di tracciare un bilancio approfondito e documentato delle politiche sociali attuate nella Regione Marche nel quinquennio 2020–2025, un periodo segnato da profondi cambiamenti nel sistema di welfare territoriale, acuiti dalla pandemia, dalla crisi demografica e dalla crescente complessità dei bisogni sociali. Il volume si propone di offrire un'analisi critica e articolata delle principali direttrici su cui si è mossa l'azione pubblica regionale in ambito sociale: dalla spesa sociale dei Comuni alla governance degli Ambiti territoriali sociali, dall'organizzazione dei servizi per anziani, disabili e persone in povertà all'attuazione del Piano nazionale per la non autosufficienza. Un'attenzione particolare è dedicata alle questioni più controverse, come la frammentazione istituzionale, la debolezza delle forme di rappresentanza, la mancata coincidenza tra ambiti sanitari e sociali e l'assenza di un sistema incentivante per la gestione associata dei servizi.

Comunità, solitudini e salute

L'ECO DELLA STAMPA
LEADER IN MEDIA INTELLIGENCE

Edgar Morin «l'improbabile non è impossibile: è la lezione dei miei 104 anni di vita»

«Tutte le vie nuove che ha conosciuto la. Storia», ma anche le nostre esistenze personali, «sono state inattese, figlie di devianze che poi hanno potuto radicarsi, diventare tendenze», dice il grande filosofo in questo dialogo sul futuro di un'Europa stretta fra le chiusure nazionaliste e il bisogno di riconoscere il destino comune alle sue nazioni. «L'intelligenza artificiale può fare paura, ma io tenno soprattutto l'intelligenza umana superficiale»

Mauro Ceruti

Ci incontriamo in occasione del quarto compleanno del suo secondo secolo:104 anni 18 luglio. Tutti chiedono a Edgar Morin il segreto di questa vivacissima longevità, e lui ormai è abituato a rispondere, con bonomia: «Conservo le curiosità dell'infanzia, le aspirazioni dell'adolescenza, le responsabilità dell'adulto e, da anziano, cerco di attingere dall'esperienza delle età che ho attraversate». Tante vite in una vita, appunto una e molteplice, come vuole il suo pensiero complesso. Tante vite da protagonista eccezionale di tante svolte del suo secolo. Hai vissuto gli anni giovanili del tuo primo secolo negli anni Venti e Trenta del Novecento, che hanno portato alla catastrofe: cosa li accomuna a questi primi anni del tuo secondo secolo?

«Il mondo oggi è cambiato. Tuttavia, mi pare di vivere un'epoca simile: da sonnambuli, forse vedremo il Titanic scivolare verso l'iceberg? Lo abbiamo scritto nel nostro libro La nostra Europa: sono in gioco i destini dell'umanità!».

Continuiamo a vivere da sonnambuli l'inedita fase storica iniziata a Hiroshima. Siamo diventati un'umanità potenzialmente suicida, la guerra combattuta fino alle sue conseguenze estreme potrà avere solo sconfitti...

«... ma l'inumano dilaga, l'umano va a rotoli, il semplicismo trionfa, la complessità regredisce.

Soprattutto trionfa la guerra mondializzata, mentre l'umanità corre verso l'abisso...».

Non ti stanchi tuttavia di ammonire: è indispensabile cambiare rotta, svegliamoci!

«Sì. E alla svelta. Occorre farsene una ragione.

Solo così potremo cominciare a sperare. È soprattutto la civiltà occidentale a essere corrosa da una crisi profonda, e proprio nel momento stesso in cui è diventata modello per il mondo intero».

La nostra Europa sembra paralizzata... «È. in una condizione agonica, bloccata nella contraddizione tra le chiusure nazionaliste e il bisogno di riconoscere il destino comune alle sue nazioni, che non viene dal suo passato, fatto di conflitti, ma le è imposto dal futuro: cambiare o perire... Il nazionalismo si nutre di nemici.

E la grande sostituzione è quella che minaccia di mettere le idee suprematiste e xenofobe al posto delle idee umaniste ed emancipatrici».

C'è una crisi più profonda, che è alla radice delle policrisi del nostro tempo. È una crisi del pensiero, della conoscenza: si continuano a cercare soluzioni semplici a problemi complessi. E il dilagare delle guerre lo dimostra...

«La barbarie del pensiero è nella semplificazione, nella disgiunzione, nella separazione, nella razionalizzazione... a tutto scapito della complessità, dei nessi inscindibili, e anche dei sogni e della poesia. Il pensiero si è ridotto a un sussidio del calcolo, che in origine doveva essere un sussidio del pensiero. La sedicente intelligenza artificiale può far paura, ma io temo soprattutto l'intelligenza umana superficiale».

Viviamo nell'illusione di un progresso quantitativo della conoscenza per accrescimento delle informazioni. Ma la qualità della conoscenza regredisce, perché stentiamo a collegare quelle informazioni.

«Sì: è la cultura che può legare i saperi e fecondarli. La complessità è la sfida che il reale lancia alle nostre menti: non è un'ideologia. C'è bisogno di una riforma del pensiero e di una riforma dell'educazione che

consenta di affrontare le complessità, di integrare le diverse conoscenze e di opporre resistenza alle regressioni. Insieme ci siamo molto impegnati in questa direzione. Ma ormai si torna indietro...».
Quanta scienza e quante buone pratiche sono buttate via! Mentre abbiamo urgente bisogno di un pensiero e di un'educazione capaci di riconoscere anche la complessità dell'umano, affinché ci sia una comprensione fra gli umani...
«Le conoscenze sull'umano sono divenute sempre più parziali, limitate, disperse, compartimentate, segnate dalla disgiunzione fra lo spirituale e il materiale, fra il cervello e la mente.
Le scienze accumulano conoscenze sull'umano, ma queste conoscenze sono separate le une dalle altre da barriere disciplinari. Si insegna il cervello in biologia, la mente in psicologia, e le scienze umane scartano ogni idea di uomo biologico.
Mai ci sono state così tante conoscenze sull'uomo, e mai si è saputo così poco su cosa è l'essere umano: c'è una sorta di buco nero nella nostra conoscenza di noi stessi, e ciò ostacola la reciproca comprensione».
Il nostro tempo attende l'uomo aumentato, ma sta arrivando l'uomo semplificato...
«Perciò dobbiamo saper riconoscere la complessità dell'identità umana! Homo sapiens è anche homo demens la follia, il delirio, la dismisura sono una possibilità permanente. La ragione e il delirio sono sempre presenti nell'essere umano, e uno dei poli può inibire l'altro. Assistiamo al delirio dei fanatismi che si moltiplicano, alla follia delle illusioni che si credono razionali. E altrettanto assistiamo al dilagare degli accecamenti di una razionalità puramente tecnica ed economica che ignora le realtà profonde dell'umano. Dobbiamo essere più che mai vigilanti su tutte queste semplificazioni dell'umano»
La tecnica ha un'evoluzione straordinaria, per velocità e direzioni inedite, e caratterizza sempre più homo come homo faber...
«Ma non si può ridurre l'uomo a homo faber. C'è l'altra polarità, homo immaginaria", che nutre homo mithologicus e homo rcligiosus. Dobbiamo reagire contro la concezione contemporanea dominante per la quale ogni soluzione è di natura tecnica, e che ignora l'importanza dell'immaginario, del mito, della religione».
Homo economicus, mosso dal suo interesse personale, pare oggi voler ridurre a sé la quintessenza dell'umano. Nella nostra civiltà l'interesse personale comanda sempre di più un grande numero di comportamenti, mentre c'è una diminuzione delle relazioni di gratuità e di solidarietà.
«Homo economicus è stato considerato come un avatar di homo sapiens, perché è stato concepito come capace di agire razionalmente per massimizzare le sue soddisfazioni. Dubitiamo di questa razionalità! Sappiamo quanto l'errore e l'illusione possano pervertire una decisione e un'azione. Sappiamo che homo economicus non può che ingannarsi su coloro che non sono egoisti come lui.
Sappiamo che il massimo di soddisfazione economica può portare a un'insoddisfazione profonda. Ma c'è di più: non è sufficiente mettere in discussione la razionalità di homo economicus. Bisogna anche riconoscere che questo, benché ipertrofizzato nella nostra civiltà contemporanea, è solo una polarità dell'umano L'altra è homo ludens».
«Quale chimera è dunque l'uomo», per citare il tuo Pascal? «Non chiuderò mai gli occhi di fronte ai risvolti crudeli, implacabili, spietati del genere umano, né fingerò mai di non vedere gli aspetti terribili della vita. Ma voglio anche vedere quel tanto di nobile, generoso e buono che c'è nell'umanità, e sentire la vita nei suoi tratti incantevoli e meravigliosi. Non si combina nulla senza speranza."
Non è facile dare un senso alla vita (magari è inaccessibile, magari non esiste proprio). Ma possiamo dare un senso alle nostre vite. Finché il senso della complessità del mondo, della vita, degli esseri umani e degli accadimenti resterà prerogativa di pochissimi, il mondo andrà di male in peggio conia, della rassegnazione. Bisogna anche sapersi liberare degli egocentrismi e dei rancori, sforzarsi di capire meglio gli altri, tener lontane le bassezze, i pretesti e le miopie mentali. È un prerequisito».
Come sbrogliare dunque questo ingarbugliamento?
«Abbiamo dentro di noi gli anticorpi Dobbiamo nutrirli: amicizia, solidarietà, fraternità, comunione, amore, i capolavori della poesia, della letteratura, della musica, della pittura, del cinema... Il rigoglio della vita è l'emozione poetica. Bisogna resistere alla barbarie del mondo.
E ogni resistenza è una piccola isola dove custodiamo i valori essenziali delle nostre vite, oltre che un possibile punto di partenza in vista di un futuro nuovo».

La disinformazione è in forte vantaggio sulla verità, perché ristabilire la verità è terribilmente oneroso

Non è facile dare un senso alla vita (magari è inaccessibile, magari non esiste proprio). Ma possiamo dare un senso alle nostre vite

Finché il senso della complessità del mondo, della vita, degli esseri umani e degli accadime resterà prerogativa di pochissimi, il mondo andrà di male in peggi

Questo nostro tempo è segnato proprio dalla perdita del futuro e della fede nel progresso...
«L'umanesimo europeo portava in sé l'idea di progresso, considerato come una legge alla quale obbedisce la storia umana. Sembrava che ragione, democrazia, progresso scientifico, progresso tecnico, progresso economico, progresso morale fossero inseparabili. Questa credenza si era anche diffusa nel mondo nonostante le terribili smentite apportate dai totalitarismi e dalle guerre mondiali del XX secolo».
Nel secondo dopoguerra, l'Ovest prometteva un futuro armonioso, l'Est prometteva un futuro radioso. Questi due futuri sono crollati, rimpiazzati da incertezze e angosce...
«L'umanità è ormai minacciata da pericoli mortali: moltiplicazione delle armi nucleari, scatenarsi di fanatismi e moltiplicazioni di guerre civili internazionalizzate, degrado accelerato della biosfera, crisi e deregolamentazione di un'economia dominata da una speculazione finanziaria scatenata. Ed è a causa di ciò che, come abbiamo scritto, la vita della specie umana e, inseparabilmente, la vita della biosfera diventano un valore primario, un imperativo prioritario».
L'esito è improbabile, se guardiamo all'accumularsi dei pericoli...
«...ma l'improbabilità non è l'impossibilità. È la lezione che ricavo dal mio secolo di vita. Tutte le svolte che ho imboccato nella vita erano altamente improbabili. Certo sembra impossibile cambiare via_ Ma lotte le vie nuove che ha conosciuto la storia sono state inattese, figlie di devianze che poi hanno potuto radicarsi, diventare tendenze e forze storiche. L'umanesimo deve mostrare che è necessario rivitalizzare solidarietà e responsabilità. Abbiamo cercato di farlo anche con il nostro libro. Noi siamo solidali "in" questo pianeta e "con" questo pianeta».
Eppure ormai si ripete, come un ritornello: «Non esistono più le grandi cause per cui impegnarsi»
«Ma come! La posta in gioco della storia oggi è la più alta di sempre: nientemeno che i destini dell'umanità come tale. Occorre prenderne coscienza. È mai esistita una causa più essenziale, più vitale, più pura e più bella?». Qual è il regalo che ti attendi per festeggiare i tuoi 104 anni?
«La gioia di ritrovarmi nella mia patria millenaria: il Mediterraneo».

Prescrizione sociale per promuovere e migliorare l'accesso ai servizi sanitari e assistenziali per le persone in situazioni vulnerabili in Europa

Trasformare l'accesso all'assistenza sanitaria per i gruppi vulnerabili

olte persone, in particolare quelle in situazioni di vulnerabilità, incontrano difficoltà nell'accesso all'assistenza sanitaria a causa di barriere sociali. I medici di base spesso incontrano problemi sociali legati alla salute, ma non hanno i mezzi per affrontarli efficacemente. La prescrizione sociale (SP) colma questa lacuna mettendo in contatto i pazienti con il supporto comunitario non clinico attraverso operatori di collegamento qualificati. Sebbene la SP si dimostri promettente nell'integrazione dell'assistenza sanitaria e sociale, rimane poco esplorata per i gruppi emarginati, tra cui le persone LGBTIQ+, i rifugiati e gli anziani che vivono da soli. In quest'ottica, il progetto SP-EU, finanziato dall'UE, valuterà e adatterà la SP a questi gruppi, utilizzando la co-creazione, studi clinici randomizzati e ricerche qualitative in tutta Europa. Perfezionando la SP, SP-EU mira a costruire sistemi sanitari equi, incentrati sulle persone e integrati.

Obiettivo

La Prescrizione Sociale (SP) è una soluzione innovativa per colmare il divario tra l'assistenza sanitaria di base e i servizi e i supporti non clinici all'interno della comunità. La SP consente ai medici di medicina generale che identificano problemi sociali correlati alla salute di indirizzare i pazienti a un cosiddetto operatore di collegamento.

L'operatore di collegamento fornisce supporto personalizzato e aiuta questi pazienti ad accedere alle risorse della comunità affrontando eventuali barriere esistenti. La SP è un approccio per integrare l'assistenza sanitaria e sociale e rafforzare l'orientamento alla comunità.

La SP mitiga quindi gli effetti dei determinanti sociali della salute sugli esiti di salute. Tuttavia, la SP non è ancora stata adattata alle esigenze delle persone in situazioni vulnerabili e la sua efficacia nel migliorare il loro accesso ai servizi sanitari e assistenziali rimane sconosciuta.

L'obiettivo generale di SP-EU è valutare il potenziale della SP per promuovere e migliorare l'accesso ai servizi sanitari e assistenziali per le persone in situazioni vulnerabili, concentrandosi su tre gruppi target principali: persone LGBTIQ, rifugiati e immigrati di prima generazione e anziani che vivono soli.

SP-EU segue un approccio a metodi misti: gli adattamenti della SP saranno co-creati con i gruppi target, per adattarli alle loro specifiche esigenze e ai loro contesti sociali.

Uno studio clinico randomizzato controllato e pragmatico valuterà l'efficacia del SP adattato per migliorare l'accesso, randomizzando 1.776 pazienti in otto paesi dell'UE per ricevere SP o le cure abituali. Un'analisi qualitativa in cinque paesi europei esplorerà i fattori abilitanti e limitanti all'implementazione del SP dal punto di vista di diversi stakeholder. Inoltre, comunicheremo e diffonderemo i risultati e li tradurremo in azioni politiche.

SP-EU consentirà ai sistemi sanitari di implementare SP come soluzione scalabile, sicura, conveniente e incentrata sulla persona per garantire pari accesso a cure sostenibili. Pertanto, SP-EU consentirà la trasformazione dei sistemi sanitari europei in un'assistenza sanitaria equa, basata sulla comunità, incentrata sulla persona e integrata.

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

Caro collega,

Le disuguaglianze sociali in ambito sanitario rappresentano una sfida e un invito all'azione. Comprendere e affrontare i fattori che determinano le disuguaglianze sanitarie è essenziale per preservare il modello sociale europeo e garantirne la competitività.

Sono necessarie risposte politiche integrate a livello UE, nazionale e subnazionale, basate su un forte dialogo tra i decisori politici di tutti i settori, gli esperti di sanità pubblica, la società civile e i cittadini, compresi quelli appartenenti a gruppi emarginati.

Per promuovere queste politiche, EuroHealthNet sta organizzando un **dibattito politico europeo di alto livello,** ospitato dall'eurodeputato **Vytenis Andriukaitis** , per conto del **gruppo di interesse del Parlamento europeo sulle disuguaglianze sanitarie, i fattori di rischio e la prevenzione** , seguito il giorno successivo da un **webinar** per discutere più approfonditamente i dati e le pratiche nazionali e subnazionali.

Questi eventi segneranno anche il lancio del nuovo rapporto sulle "Disuguaglianze sociali nella salute" di EuroHealthNet e del Centre for Global Health Inequalities Research (CHAIN) .

Entrambi i dibattiti si svolgeranno in un momento cruciale per l'Europa e confluiranno in importanti dossier strategici dell'UE in corso, quali:

- La nuova strategia anti-povertà dell'UE e il piano d'azione sul pilastro europeo dei diritti sociali
- Il piano europeo per combattere il cancro, l'iniziativa "Insieme più sani", il nuovo piano europeo per la salute cardiovascolare
- Il futuro dei fondi UE per la promozione della salute e l'inclusione sociale nel periodo 2028-2034

Siete invitati a seguire i due eventi online:

- **25 settembre 2025** , 13:00-15:00 CEST - Dibattito politico europeo di alto livello sulle disuguaglianze sociali in materia di salute, al Parlamento europeo - Registrati qui
- **26 settembre 2025** , 10:00-12:30 CEST - Approfondimento sui dati e le pratiche nazionali e subnazionali sulle disuguaglianze sociali in ambito sanitario - Registrati qui

Ulteriori informazioni e programmi dettagliati saranno condivisi con i partecipanti registrati a tempo debito.

Cordiali saluti,

EuroHealthNet

More Effective Social Protection for Stronger Economic Growth

Main Findings from the 2024 OECD Risks that Matter Survey

Riepilogo

Dal 2018, l'indagine OCSE Risks that Matter (RTM) offre una comprensione basata sui dati dei rischi economici che le persone affrontano nei paesi OCSE, nonché di come vorrebbero che la protezione sociale pubblica affrontasse le loro preoccupazioni. Questo rapporto presenta i principali risultati della quarta edizione dell'indagine RTM, condotta a novembre e dicembre 2024, che ha coinvolto campioni rappresentativi di oltre 27.000 intervistati in 27 paesi OCSE.

La protezione sociale rimane più importante che mai per affrontare le sfide attuali e funge da fondamento per la crescita economica. Questo rapporto evidenzia due megatrend con implicazioni per la crescita: la transizione digitale e l'invecchiamento della popolazione.

Il progresso tecnologico promuove la produttività, ma molti lavoratori sono sensibili ai rischi legati alla tecnologia nel mercato del lavoro. Mentre la maggior parte delle persone nei paesi OCSE prevede cambiamenti positivi legati alla digitalizzazione e all'evoluzione tecnologica, un terzo degli intervistati, in media, teme di perdere il lavoro a causa dell'intelligenza artificiale (IA) o di un lavoratore su una piattaforma internet. Queste preoccupazioni sono condivise equamente tra i lavoratori con diversi profili educativi e sono legate ad ampie richieste di una migliore protezione sociale:

oltre il 70% degli intervistati chiede maggiori investimenti pubblici nella riqualificazione dei lavoratori e nell'istruzione superiore

per i giovani, al fine di garantire loro le competenze giuste per il futuro.

Un calo della quota di popolazione in età lavorativa ha implicazioni negative per la crescita e il 65% degli intervistati, in media nei diversi Paesi, afferma di essere preoccupato per l'invecchiamento della popolazione. Una netta maggioranza

sostiene tre misure politiche chiave per affrontare l'invecchiamento della popolazione e la relativa carenza di manodopera: l'inserimento di

più donne e gruppi sottorappresentati nella forza lavoro; un maggiore utilizzo della tecnologia per migliorare l'efficienza sul posto di lavoro; e l'incoraggiamento dei lavoratori part-time alla transizione al lavoro a tempo pieno. Le misure sulla fertilità, al contrario, sono meno popolari. Il 43% degli intervistati, in tutti i Paesi, afferma che i governi dovrebbero incoraggiare un maggior numero di nascite per affrontare l'invecchiamento della popolazione. Più in generale, la protezione sociale contribuisce ad attenuare gli effetti di shock e transizioni, incentiva l'occupazione con prestazioni contributive, promuove maggiori pari opportunità e contribuisce a garantire la sicurezza economica delle famiglie. In linea con le precedenti indagini RTM, sette intervistati su dieci affermano che il loro governo nazionale dovrebbe fare di più per garantire la sicurezza economica delle proprie famiglie, in media nei paesi OCSE.

Questo risultato è valido per le fasce di reddito alto, medio e basso, nonché per gli anziani, le persone di mezza età e i giovani. Le persone nei paesi OCSE rimangono molto preoccupate per la salute e la sicurezza finanziaria delle proprie famiglie, sia nei prossimi due anni che guardando oltre il prossimo decennio, sebbene la preoccupazione principale, in media, sia il rischio geopolitico. La protezione sociale è chiaramente importante.

Tuttavia, in un periodo di finanze pubbliche ristrette e di una minore disponibilità pubblica a sostenere maggiori spese per i programmi sociali, come evidenziato in questo rapporto, è necessaria una maggiore efficienza nei programmi sociali. Un'elevata percentuale di intervistati nei paesi OCSE segnala difficoltà nell'orientarsi tra le procedure burocratiche, comprendere i criteri di ammissibilità e completare le procedure di domanda, il che suggerisce che i servizi e i benefici necessari potrebbero non raggiungere le persone che ne hanno diritto.
I governi dell'OCSE hanno cercato di rendere i sistemi di protezione sociale più efficienti, in parte digitalizzando l'accesso e l'erogazione dei programmi. Circa la metà degli intervistati afferma di utilizzare strumenti digitali quasi sempre o quasi per accedere ai servizi pubblici, e una percentuale simile ritiene che questi strumenti digitali siano facili da usare.
Tuttavia, quattro intervistati su dieci preferiscono le domande cartacee o presentate di persona, il che evidenzia la necessità per gli enti previdenziali di continuare a offrire supporto umano durante la transizione digitale della pubblica amministrazione. L'uso dell'IA nella protezione sociale ha un enorme potenziale per migliorare l'efficienza e l'efficacia dei programmi sociali.
Allo stesso tempo, l'uso dell'IA non è privo di rischi, soprattutto in termini di privacy e trasparenza. Molte persone continuano a esprimere preoccupazione per l'uso dell'IA da parte del proprio governo nella protezione sociale.
Solo il 40% degli intervistati ritiene che l'uso dell'IA per elaborare e approvare le domande relative ai programmi sociali sia positivo per gli utenti, e solo il 32% afferma di fidarsi del proprio governo per quanto riguarda i dati raccolti tramite l'IA e altri strumenti digitali.
Le mega tendenze globali in corso, come l'invecchiamento della popolazione e il cambiamento della natura del lavoro, nonché le attuali insicurezze economiche, richiederanno una riorganizzazione dei sistemi di protezione sociale per renderli adatti al futuro.
L'indagine RTM dell'OCSE offre un prezioso strumento di valutazione per comprendere i rischi sociali ed economici che le persone temono, quanto le persone ritengono che il loro governo affronti tali rischi e le preferenze delle persone mentre i governi preparano i sistemi di protezione sociale per gli anni a venire

Risultati principali

• I rischi geopolitici sono al centro dell'attenzione nei 27 paesi OCSE, con oltre il 75% degli intervistati al sondaggio Risks that Matter (RTM) del 2024 che dichiara di essere preoccupato per i rischi geopolitici nei prossimi due anni. I rischi relativi alla salute, come l'accesso a un'assistenza sanitaria di buona qualità e il rischio di malattia e disabilità, rimangono le prime cinque preoccupazioni in quasi tutti i paesi, sia guardando al prossimo anno o due, sia guardando oltre i prossimi dieci anni.
• La sicurezza finanziaria è una preoccupazione importante per molte persone nei paesi OCSE, con la maggior parte degli intervistati che indica di temere di non essere in grado di coprire tutte le spese e arrivare a fine mese nei prossimi uno o due anni. Quasi tre intervistati su quattro indicano che la sicurezza finanziaria in età avanzata è una preoccupazione a lungo termine.
• La maggior parte delle persone ritiene che i progressi tecnologici avranno un impatto positivo sul mercato del lavoro nei prossimi cinque anni, ad esempio migliorando l'equilibrio tra lavoro e vita privata, riducendo o eliminando mansioni lavorative indesiderate e aumentando la sicurezza sul lavoro. Allo stesso tempo, molti lavoratori prevedono
impatti negativi sul mercato del lavoro, come la sostituzione con un robot, l'intelligenza artificiale (IA) o una persona su una piattaforma internet, e l'inadeguatezza delle competenze.
• La preoccupazione per i cambiamenti del mercato del lavoro è distribuita in modo abbastanza uniforme tra i lavoratori, con pochissime differenze in base al livello di istruzione e livelli di preoccupazione simili nella maggior parte dei settori.

Figure 1.1. Geopolitical risks are a top concern for the majority of respondents

Top five social and economic risks in the next year or two, share (%) of respondents who are somewhat or very concerned, by country, 2024

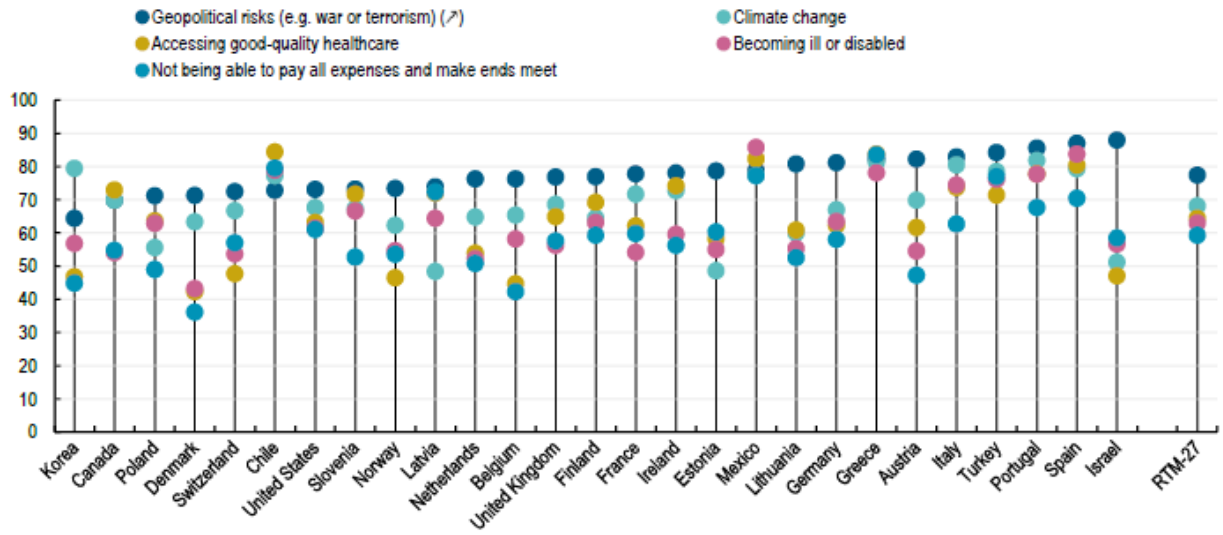
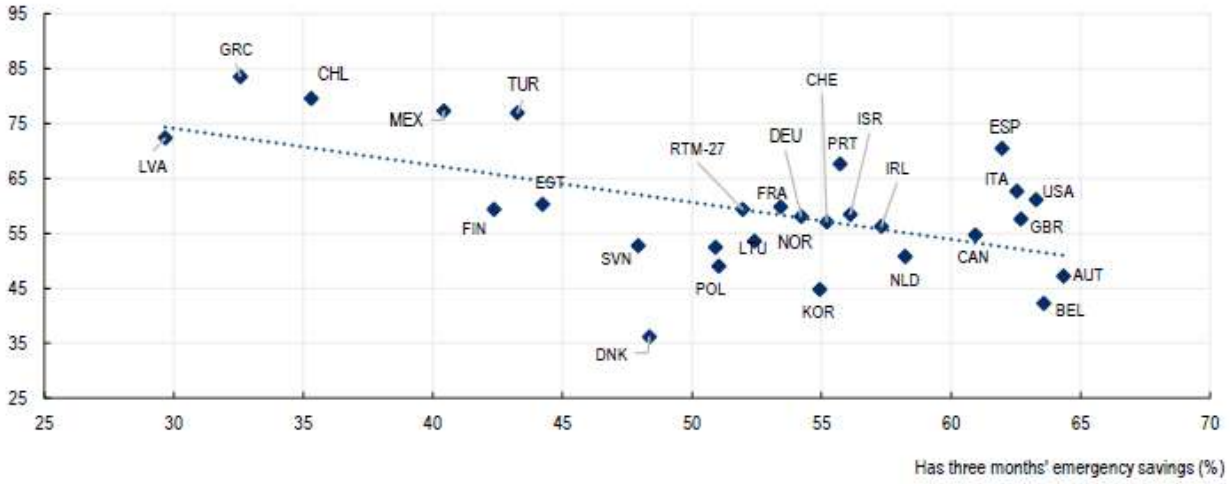


Figure 1.2. Worries about making ends meet are correlated with a lack of emergency savings



https://www.oecd.org/en/about/programmes/oecd-risks-that-matter-rtm-survey.html

quotidianosanità.it

Autonomia differenziata e Ssn: il rischio concreto di nuove disuguaglianze

Giorgia Marini, *Sapienza Università di Roma*
Guido Noto, *Università degli Studi di Messina*

In un convegno promosso dall'Associazione Italiana di Economia Sanitaria (Aies) al Senato, esperti e istituzioni hanno discusso l'impatto della Legge 86/2024 sull'equità del Servizio sanitario nazionale. Tra analisi economiche e riflessioni organizzative, il messaggio è chiaro: senza LEP definiti e meccanismi di governance multilivello, l'autonomia rischia di amplificare le disuguaglianze tra territori

L'autonomia differenziata alimenta il confronto politico in Italia da diversi decenni. Un argomento, di grande attualità reso ancor più rilevante dalla recente approvazione della Legge n. 86/2024, che regola l'attuazione dell'autonomia differenziata prevista dall'articolo 116 della Costituzione in 23 ambiti, tra cui quello cruciale della tutela della salute, un ambito in cui il livello regionale ricopre un ruolo centrale nella programmazione ed nell'erogazione dei servizi sanitari sin dalla nascita del Servizio Sanitario Nazionale e dove si osservano significativi livelli di variabilità dell'offerta e dei risultati ottenuti.
Il tema è stato al centro de convegno "Salute e Livelli Essenziali delle Prestazioni: Tra Regionalismo Differenziato e Disuguaglianze Territoriali", organizzato a Roma in Senato, promosso dall'Associazione Italiana di Economia Sanitaria (AIES).
L'evento ha rappresentato un momento di riflessione collettiva sulle implicazioni che l'autonomia differenziata può avere sul Servizio Sanitario Nazionale (SSN), già caratterizzato da significative differenze territoriali nella programmazione, nell'offerta e negli esiti delle cure. Già oggi, pur in presenza di risorse sostanzialmente simili tra le Regioni, il monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) evidenzia ampie disparità nell'accesso e nella qualità dei servizi. Senza l'introduzione di meccanismi efficaci per garantire standard minimi omogenei, l'ampliamento degli spazi di autonomia rischia di accentuare ulteriormente tali disuguaglianze.
L'iniziativa ha avuto un duplice obiettivo: da un lato, alimentare il dibattito pubblico e scientifico sul rapporto tra autonomia e equità, mettendo in evidenza le implicazioni dell'autonomia differenziata sia in prospettiva economica che in prospettiva di management sanitario; dall'altro, offrire spunti concreti per orientare i decisori politici nella definizione di strumenti che, pur riconoscendo il ruolo centrale delle Regioni, sappiano prevenire un'ulteriore frammentazione del sistema e nell'implementazione di interventi volti a bilanciare l'attribuzione di autonomia con il contenimento delle disuguaglianze territoriali.,
La giornata si è articolata in due momenti: una sessione mattutina di confronto scientifico con gli interventi di **Rosella Levaggi (Università di Brescia), Francesco Longo (Università Bocconi e CERGAS SDA Bocconi), Gilberto Turati (Università Cattolica del Sacro Cuore) e Milena Vainieri (Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa),** accademici esperti sul tema, e una tavola rotonda pomeridiana che ha coinvolto stakeholder del settore e personalità delle istituzioni, tra cui Renato Balduzzi (Università Cattolica del Sacro Cuore ed ex Ministero della Salute), Ettore Cinque (Assessore al Bilancio della Regione Campania) e Stefania Gabriele (Ufficio Parlamentare di Bilancio).
Nel suo intervento la professoressa Levaggi ha analizzato le tensioni tra regionalismo differenziato e principi di equità orizzontale e verticale e di equità di accesso. A livello organizzativo, il decentramento funziona bene per i beni pubblici locali, ma le prestazioni sanitarie sono beni meritori, cioè beni per i quali il decisore pubblico ritiene opportuno imporre (o indurre) un consumo positivo (o superiore a quello che l'individuo riterrebbe ottimale). Come si possono dunque riconciliare il finanziamento pubblico centralizzato da parte del governo centrale con l'erogazione delle prestazioni affidata alle Regioni? Solo in presenza di dotazioni, competenze organizzative e standard qualitativi omogenei sul territorio nazionale, condizione che in Italia è tutt'altro che realizzata. Levaggi ha mostrato come la disomogeneità nella distribuzione delle risorse, delle dotazioni e della qualità dei servizi offerti generino un forte aumento nei tempi di attesa e un crescente i divari di qualità percepita e facciano aumentare la mobilità sanitaria interregionale, con un massiccio spostamento di pazienti e risorse dal Mezzogiorno alle Regioni del Nord, soprattutto Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto. Questo fenomeno, se da un lato offre opportunità di cura migliori, dall'altro contribuisce a indebolire ulteriormente i sistemi sanitari delle aree già svantaggiate, andando in direzione opposta rispetto agli obiettivi redistributivi del SSN.

Partendo dagli squilibri tra risorse, dotazioni e qualità, il prof. Francesco Longo ha evidenziato la scollatura tra l'universalismo dichiarato del SSN e il razionamento implicito delle risorse e dei servizi sanitari (insufficienti entrambi a soddisfare i bisogni crescenti di una popolazione di utenti sempre più anziana e sempre più sperequata), richiamando la necessità di governare le aspettative dei cittadini rispetto al servizio sanitario pubblico. Il professor Francesco Longo ha inoltre offerto una lettura istituzionale e organizzativa della governance dell'SSN, che smonta la visione conflittuale del rapporto tra Stato e Regioni come un gioco a somma zero, mettendo invece in evidenza il difficile equilibrio di poteri tra il Ministero dell'Economia e delle Finanze e il Ministero della Salute. Mentre il primo esercita una forte influenza imponendo vincoli economici stringenti, il secondo è caratterizzato da una debole capacità di far rispettare standard nazionali. Anche questo aspetto, ripreso nel pomeriggio dal prof. Ettore Cinque, Assessore al Bilancio della Regione Campania, richiede una riflessione sull'opportunità di potenziamento del ruolo del Ministero della Salute, nell'ottica di un superamento della logica conflittuale Stato-Regioni, rafforzando le competenze istituzionali lungo tutta la filiera e promuovendo una vera "multilevel governance", in cui la cooperazione tra i diversi livelli istituzionali – centrale, regionale e aziendale – può diventare un moltiplicatore di competenze e capacità. Il messaggio finale di Longo è chiaro: per superare disuguaglianze e inefficienze, serve investire in capitale istituzionale lungo tutta la filiera, rafforzando la capacità amministrativa e decisionale sia al centro che in periferia, e promuovendo un vero coordinamento multilivello che superi la logica della contrapposizione.
Su quest'ultimo punto si è sviluppato anche l'intervento del professor Gilberto Turati, che ha ricostruito l'evoluzione del regionalismo sanitario in Italia, mettendo in luce le fragilità di un modello incompleto e incoerente. A partire dagli anni Ottanta, con il decentramento amministrativo, passando per le riforme degli anni Novanta (decentramento funzionale e fiscale), fino alla revisione del Titolo V della Costituzione nel 2001, Turati ha mostrato come il processo di autonomia regionale sia stato più dichiarato che realizzato, spesso frenato da interventi correttivi del Governo centrale – come i Piani di Rientro – e da un assetto istituzionale ambiguo. Il punto critico, secondo Turati, è il mancato consolidamento di strumenti strutturali come i costi e fabbisogni standard e una definizione effettiva dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP), elementi indispensabili per garantire equità. A ciò si aggiunge il "soft budget constraint": l'aspettativa che i disavanzi regionali verranno sempre ripianati dallo Stato, alimentando irresponsabilità finanziaria. Un esempio recente è la Legge 86/2024 sull'autonomia differenziata, che si innesta su un impianto già debole, e che – secondo la recente sentenza della Corte Costituzionale n. 192/2024 – non può trasformare la Repubblica in uno Stato federale, né consentire una devoluzione illimitata di competenze. L'attribuzione di nuove funzioni deve basarsi su LEP definiti, finanziati con risorse certe e garantite a livello nazionale. Turati ha quindi sottolineato come ampliare l'autonomia senza chiarire confini di responsabilità, fonti di finanziamento e meccanismi di controllo rischi di produrre effetti regressivi, aggravando disuguaglianze e inefficienze. Solo un rafforzamento della capacità istituzionale e una reale perequazione territoriale possono rendere il regionalismo uno strumento per l'efficienza senza compromettere l'universalismo del SSN.
A chiudere la sessione mattutina dell'evento, è stata la professoressa Milena Vainieri, che ha posto al centro del suo intervento il tema della variabilità interregionale nelle performance sanitarie. Vainieri ha invitato a distinguere tra variabilità "giustificata" – legata a bisogni specifici dei territori – e variabilità "ingiustificata", espressione di inefficienze, assenza di standard condivisi o modelli organizzativi incoerenti. Richiamandosi al concetto di *unwarranted variation* di Wennberg, ha mostrato come la mancanza di equità orizzontale nel SSN italiano derivi anche da pratiche cliniche divergenti e da assetti di offerta disomogenei. Attraverso dati e analisi multilivello, Vainieri ha documentato che oltre il 70% della variabilità osservata è riconducibile al livello distrettuale, molto più che a quello regionale o aziendale. Ciò rafforza il ruolo strategico del Distretto come nodo centrale nella rete dei servizi sanitari e sociosanitari, spesso però sottovalutato nelle logiche di governance. I dati di performance, se letti correttamente, possono diventare strumenti potenti di monitoraggio, apprendimento e riallocazione delle risorse, favorendo pratiche virtuose e contenendo le disuguaglianze. Tuttavia, ha ammonito Vainieri, l'analisi dei dati non è mai neutra: richiede competenze tecniche, un quadro normativo abilitante e una cultura organizzativa fondata sulla valutazione. Concludendo, ha sottolineato che governare la variabilità non significa eliminarla, ma saperla interpretare e orientare, attraverso strategie multilivello, commitment politico e istituzionale, e un uso consapevole delle evidenze. Solo così la variabilità geografica regionale potrà diventare occasione di miglioramento del SSN anziché fonte di disuguaglianza.

Il pomeriggio si è sviluppato intorno ad una tavola rotonda che ha visto la partecipazione del prof. Renato Balduzzi, del prof. Ettore Cinque, e della dott.ssa Stefania Gabriele dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio.
Nel corso della tavola rotonda i relatori si sono prevalentemente concentrati sulle naturali tensioni tra il Ministero dell'Economia e delle Finanze, il Ministero della Salute e le Regioni, dibattendo sulla necessità di potenziare le competenze, le risorse ed i ruoli di quest'ultime e del Ministero della Salute al fine di garantire un governo del SSN multilivello, consapevole ed orientato al perseguimento di qualità ed equità delle cure in modo uniforme a livello nazionale, pur tenendo in considerazione le specificità e le condizioni dei diversi territori. In questo senso, i criteri di attribuzione delle risorse finanziarie sono stati oggetto di particolare attenzione.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=130957

quotidianosanità.it

Una persona su 6 nel mondo soffre di solitudine con circa 100 decessi ogni ora. Significativo impatto su salute e benessere. Il Report Oms

Oltre 871mila decessi all'anno sono collegati alla mancanza di legami sociali. Colpite persone di tutte le età, in particolare i giovani e le persone che vivono nei Paesi a basso e medio reddito. Solitudine e l'isolamento sociale aumentano il rischio di ictus, malattie cardiache, diabete, declino cognitivo e morte prematura oltre a influire sulla salute mentale. "Se non affrontati, solitudine e isolamento sociale continueranno a costare miliardi alla società in termini di assistenza sanitaria, istruzione e occupazione" ha detto il Dg Oms Tedros.

30 GIU -
Una persona su sei nel mondo soffre di solitudine, con un impatto significativo sulla salute e sul benessere. E la solitudine è collegata a circa 100 decessi ogni ora, ovvero oltre 871mila all'anno.
A sollevare il sipario su solitudine e isolamento è il Rapporto globale della Commissione sulle Relazioni Sociali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità dal quale emerge con chiarezza come forti legami sociali possono portare a una salute migliore e a una vita più lunga. Per questo l'Oms invita tutti gli Stati membri, le comunità e i singoli individui a fare della connessione sociale una priorità di salute pubblica.
L'Oms definisce la connessione sociale come il modo in cui le persone si relazionano e interagiscono con gli altri. La solitudine è descritta come la sensazione dolorosa che nasce da un divario tra le connessioni sociali desiderate e quelle reali, mentre l'isolamento sociale si riferisce alla mancanza oggettiva di sufficienti connessioni sociali.
"In quest'epoca in cui le possibilità di connettersi sono infinite, sempre più persone si ritrovano isolate e sole – ha affermato il Dott. **Tedros Adhanom Ghebreyesus**, Direttore Generale dell'Oms – Oltre al prezzo che pagano per individui, famiglie e comunità, se non affrontati, la solitudine e l'isolamento sociale continueranno a costare miliardi alla società in termini di assistenza sanitaria, istruzione e occupazione. Accolgo con favore la relazione della Commissione, che fa luce sulla portata e l'impatto della solitudine e dell'isolamento e delinea le aree chiave in cui possiamo aiutare le persone a riconnettersi nei modi più importanti".

Gli scenari "Una sfida fondamentale del nostro tempo – ha affermato il Dott. **Vivek Murthy**, copresidente della Commissione Oms sulla Connessione Sociale ed ex Surgeon General degli Stati Uniti d'America – la nostra Commissione traccia una tabella di marcia per costruire vite più connesse e sottolinea il profondo impatto che questo può avere sui risultati sanitari, educativi ed economici".
La solitudine colpisce persone di tutte le età, in particolare i giovani e le persone che vivono nei Paesi a basso e medio reddito. Tra il 17 e il 21% degli individui di età compresa tra 13 e 29 anni ha dichiarato di sentirsi solo,

con i tassi più elevati tra gli adolescenti. Circa il 24% delle persone nei Paesi a basso reddito ha dichiarato di sentirsi solo, il doppio rispetto ai Paesi ad alto reddito (circa l'11%).
"Anche in un mondo digitalmente connesso, molti giovani si sentono soli. Mentre la tecnologia rimodella le nostre vite, dobbiamo garantire che rafforzi, non indebolisca, la connessione umana. Il nostro rapporto dimostra che la connessione sociale deve essere integrata in tutte le politiche, dall'accesso digitale alla salute, all'istruzione e all'occupazione", ha affermato **Chido Mpemba,** copresidente della Commissione Omssulla Connessione Sociale e consigliere del Presidente dell'Unione Africana.

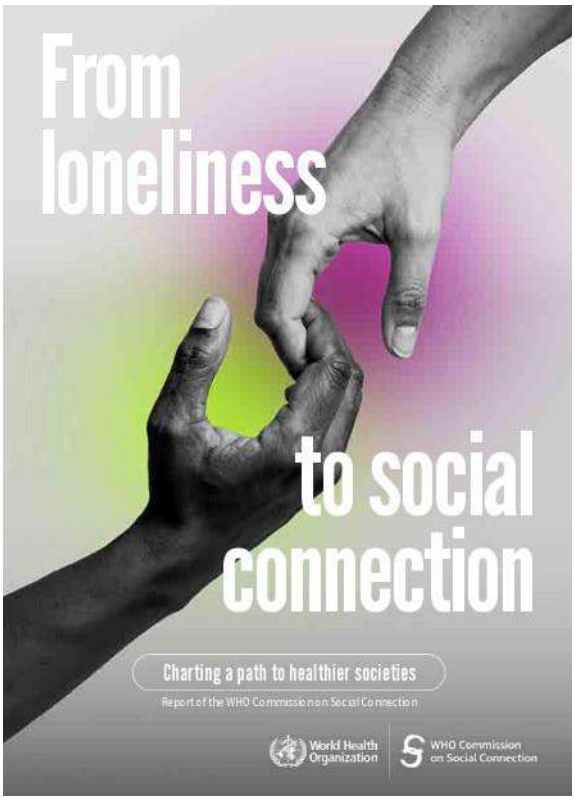
Sebbene i dati sull'isolamento sociale siano più limitati, si stima che colpisca fino a 1 anziano su 3 e 1 adolescente su 4. Alcuni gruppi, come le persone con disabilità, i rifugiati o i migranti, le persone LGBTQ+, i gruppi indigeni e le minoranze etniche, potrebbero subire discriminazioni o ulteriori barriere che rendono più difficile la relazione sociale, avverte Oms.

Le cause della solitudine e dell'isolamento sociale La solitudine e l'isolamento sociale hanno molteplici cause. Tra queste, ad esempio, cattiva salute, basso reddito e basso livello di istruzione, vivere da soli, infrastrutture comunitarie e politiche pubbliche inadeguate, e tecnologie digitali. Il rapporto sottolinea la necessità di vigilare sugli effetti dell'eccessivo tempo trascorso davanti a uno schermo o di interazioni online negative sulla salute mentale e sul benessere dei giovani.

Impatti sulla salute, sulla qualità della vita e sulle economie Le relazioni sociali possono proteggere la salute durante tutto l'arco della vita. Possono ridurre l'infiammazione, diminuire il rischio di gravi problemi di salute, promuovere la salute mentale e prevenire la morte precoce. Possono anche rafforzare il tessuto sociale, contribuendo a rendere le comunità più sane, sicure e prospere.
Al contrario, la solitudine e l'isolamento sociale aumentano il rischio di ictus, malattie cardiache, diabete, declino cognitivo e morte prematura. Influiscono anche sulla salute mentale, con le persone sole che hanno il doppio delle probabilità di soffrire di depressione. La solitudine può anche portare ad ansia e pensieri di autolesionismo o suicidio. https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1751272503.pdfGli impatti si estendono all'apprendimento e all'occupazione. Gli adolescenti che si sentivano soli avevano il 22% di probabilità in più di ottenere voti o qualifiche inferiori. Gli adulti soli possono avere maggiori difficoltà a trovare o mantenere un impiego e potrebbero guadagnare meno nel tempo.
A livello di comunità, la solitudine mina la coesione sociale e costa miliardi in termini di perdita di produttività e assistenza sanitaria. Le comunità con forti legami sociali tendono a essere più sicure, più sane e più resilienti, anche in risposta ai disastri.

Le soluzioni per un percorso verso società più sane Il rapporto della Commissione dell'Oms delinea una tabella di marcia per un'azione globale incentrata su cinque aree chiave: politica, ricerca, interventi, miglioramento della misurazione (incluso lo sviluppo di un indice globale sulla connessione sociale) e coinvolgimento del pubblico, per modificare le norme sociali e rafforzare un movimento globale per la connessione sociale. Le soluzioni per ridurre la solitudine e l'isolamento sociale esistono a più livelli - nazionale, comunitario e individuale - e spaziano dalla sensibilizzazione e dalla modifica delle politiche nazionali al rafforzamento delle infrastrutture sociali (ad esempio parchi, biblioteche, bar) e all'offerta di interventi psicologici.
"La maggior parte delle persone sa cosa si prova a sentirsi soli - conclude l'Oms - e ognuno può fare la differenza con semplici gesti quotidiani, come contattare un amico in difficoltà, mettere via il telefono per essere pienamente presente in una conversazione, salutare un vicino, unirsi a un gruppo locale o fare volontariato. Se il problema è più serio, è importante informarsi sul supporto e sui servizi disponibili per chi si sente solo. I costi dell'isolamento sociale e della solitudine sono elevati, ma i benefici della connessione sociale sono di vasta portata".

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=130639



https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1751272503.pdf

quotidianosanità.it

Tre italiani su 4 preoccupati per l'accesso alle cure e l'assistenza nella vecchiaia. Ma solo un terzo disposto a pagare più tasse per finanziare la sanità pubblica. Su digitale ancora scetticismo

Secondo un nuovo rapporto dell'OCSE, gli italiani (insieme a greci, spagnoli e cileni) sono tra i cittadini più preoccupati per sanità, invecchiamento e fragilità economica. Ma la fiducia nello Stato e nella tecnologia è bassa. E solo il 36% accetterebbe un aumento del 2% delle imposte per migliorare la sanità pubblica.

La salute si conferma una delle principali fonti di inquietudine per i cittadini italiani. È quanto emerge dall'edizione 2024 del sondaggio OCSE *Risks that Matter*, che ha raccolto le opinioni di oltre 27.000 persone in 27 paesi membri, tra cui l'Italia. Il focus sulla sanità restituisce un quadro fatto di paure profonde e fiducia in calo, in un contesto segnato da pressioni demografiche, innovazione tecnologica e risorse pubbliche sempre più limitate.

Sanità: l'Italia tra i paesi più preoccupati

Secondo i dati OCSE, **il 74% degli italiani teme di ammalarsi o diventare disabile**, e **l'80% si dice preoccupato per l'accesso a cure sanitarie di qualità**. Percentuali che pongono l'Italia ai vertici della classifica OCSE, assieme a Grecia, Spagna e Cile.

Ancora più elevata l'ansia quando si guarda al lungo termine: **l'83% degli italiani è preoccupato per il cambiamento climatico**, **l'84% per i rischi geopolitici**, ma soprattutto **l'80% teme di non essere finanziariamente sicuro nella vecchiaia**, un dato tra i più alti in Europa.

L'incubo dell'assistenza nella vecchiaia

Il tema dell'**assistenza a lungo termine** (long-term care) è centrale in Italia, paese caratterizzato da uno dei più alti tassi di invecchiamento. Secondo il rapporto:

- Il **71% degli italiani è preoccupato per l'accesso futuro a cure di lungo termine per sé stessi**;
- Il **74% teme di non riuscire ad accedere a servizi adeguati per familiari anziani**.

Un'insicurezza che si riflette anche nella percezione del carico di cura: le donne italiane, come nel resto dell'OCSE, **si sentono maggiormente esposte ai rischi sanitari e assistenziali**, sia come utenti sia come caregiver.

Il digitale nella sanità? Bene, ma non per tutti

Il rapporto segnala un uso crescente di strumenti digitali (app, portali web, email) per accedere a servizi pubblici. Tuttavia:

- Solo **il 48% degli italiani dichiara di usare spesso strumenti digitali per accedere alla sanità pubblica**;
- Il **43% preferisce ancora interazioni cartacee o di persona**, segnalando una persistente barriera tecnologica o culturale.

L'AI nella sanità pubblica: tra scetticismo e sfiducia

Un dato allarmante riguarda la fiducia nell'uso dell'intelligenza artificiale nei processi decisionali sanitari:

- Solo **il 37% degli italiani ritiene che l'utilizzo dell'AI per valutare le domande di sussidi sanitari sia positivo**;
- Solo **il 30% si fida della gestione dei propri dati sanitari digitali da parte del governo**, percentuale tra le più basse dell'area OCSE.

Quanto siamo disposti a investire nella sanità?

Nonostante la consapevolezza dei rischi, la disponibilità degli italiani a finanziare servizi sanitari migliori con più tasse è contenuta: **solo il 36% accetterebbe un aumento del 2% delle imposte per migliorare la sanità pubblica**, un dato inferiore alla media OCSE (38%).

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=130780

SALUTE INTERNAZIONALE

Adolescenti e social network

Riccardo Lo Parrino, *Neuropsichiatra Infantile, Azienda USL Toscana Centro*

La questione del rapporto fra benessere degli adolescenti e social network anima il dibattito pubblico a vari livelli, sociale, culturale, antropologico, filosofico, scientifico, politico. Essa costituisce un campo di studio estremamente complesso, proprio perché i diversi livelli in gioco si intersecano e si sovrappongono, complicando non poco l'analisi scientifica.

I social network sono entrati ormai da molti anni a fare parte della vita di un numero sempre maggiore di uomini e donne, di varia età, livello di formazione, stato socio-economico, in numerose parti del mondo. Essi hanno progressivamente cambiato fisionomia per rispondere sempre più alla domanda dei consumatori che, delle grandi piattaforme sono, più o meno consapevolmente, i migliori promotori. Il prodotto maggiormente richiesto attualmente dagli adolescenti consiste in un profilo digitale sempre più personalizzato, messo dagli stessi a disposizione di Instagram, Facebook, TikTok, che lo utilizzano per proporre contenuti coinvolgenti, capaci di intercettare i loro desideri.

Più sviluppato è il sistema di personalizzazione dei profili digitali, più è in grado di neutralizzarne gli aspetti perdenti ed esaltarne quelli affascinanti, più attrattivo è il social network. Se l'obiettivo degli adolescenti è vedere soddisfatto il loro bisogno di ammirazione, quello delle big companies è che il consumatore rimanga quanto più tempo possibile sulla piattaforma per trarne il massimo profitto.
Detto ciò, piaccia o no, è difficile immaginare le vite dei giovani e dei giovanissimi disgiuntamente dai social network. E' una condizione, questa, oggi quasi impensabile.

Come operatori che si occupano della salute mentale dei giovani dovremmo chiederci se sia estendibile anche allo spazio del web quella funzione temporaneamente suppletiva e rassicurante (qualcosa che rimanda allo "*spazio psichico allargato"* di Philippe Jeammet[1]) che si trovano nella vita reale a svolgere persone, gruppi, luoghi attorno all'adolescente, funzione utile alla espansione delle sue capacità psichiche di ristrutturazione di sé nella costruzione dell'identità adulta. Perché se la risposta fosse affermativa, lo sguardo preoccupato con cui si guarda al rapporto fra adolescenti e social network potrebbe almeno in parte distendersi.

Purtroppo, come sopra accennato, non rassicura il fatto che i social network abbiano nel tempo, paradossalmente, perso sempre più la loro natura "sociale" originaria: da spazi di incontro, luoghi da abitare per comunicare, stare insieme, relazionarsi, si sono trasformati in passerelle in cui esibire se stessi, preferibilmente il meglio del proprio "sé algoritmico" (John Cheney-Lippold)[2], ad altri che, catturati da video brevi ed immagini altamente impattanti, possono esprimere un assenso o un dissenso, in un flusso temporale potenzialmente illimitato, perché studiato dalle piattaforme per essere tale.

La questione del rapporto fra benessere degli adolescenti e social network anima il dibattito pubblico a vari livelli, sociale, culturale, antropologico, filosofico, scientifico, politico. Essa costituisce un campo di studio estremamente complesso, proprio perché i diversi livelli in gioco si intersecano e si sovrappongono, complicando non poco l'analisi scientifica. Degli studi oggi disponibili, alcuni analizzano aspetti parziali e discreti del problema (ad esempio la misura dello *screentime*, cioè del tempo trascorso davanti allo schermo – Neza Stiglic e Russel M Viner, 2019[3]), perdendone di vista la complessità; altri, al contrario, mettono insieme dati troppo genericamente aggregati, in cui sono incluse moltissime variabili. Inevitabile che le conclusioni a cui arrivano i diversi studi siano poco chiare, confutabili e spesso contrastanti.

Nel 2023 la *National Academies of Sciences, Engineering and Medicine*[4] ha costituito una commissione ad hoc, con l'auspicio di ottenere risposte esaustive circa il nesso fra social media e salute degli adolescenti. Impossibile non rimanere impressionati, infatti, dalla innegabile coincidenza fra la diffusione dell'utilizzo dei social media nella popolazione giovanile e la crescita quasi improvvisa, dall'inizio degli anni '10 di questo secolo, nella generazione Z (i nati fra il 1997 e il 2012), dei problemi di salute mentale, in particolare dei disturbi internalizzanti, come ansia e depressione, sino alla ideazione suicidaria e al tentato suicidio, soprattutto nelle ragazze (Jean M Twenge, Jonathan Haidt,et al, 2022)[5].

Chi sperava che la Commissione desse una risposta univoca e incontrovertibile alla domanda "i social network fanno male oppure no alla salute mentale dei giovani", è rimasto deluso. A dicembre 2023 la Commissione ha pubblicato un rapporto conclusivo, fornendo risultati che mostrano un quadro patchwork, coì sintetizzato da Sandro Galea, epidemiologo membro della Commissione: "*While some users, using social media in particular ways, may have their mental health adversely affected, for many others there will be no such harm, and others still the experience will be helpful*". I lavori della Commissione hanno tuttavia espresso la necessità che le tech companies (poche compagnie detentrici di un potere planetario), gli enti regolatori e i policymakers, si impegnino a massimizzare quanto di buono le piattaforme sono in grado di offrire e a minimizzare quanto di negativo e potenzialmente dannoso in esse vi è.

Queste conclusioni non hanno convinto alcuni tenaci assertori del collegamento diretto fra uso di social network e malessere psicologico giovanile. Fra questi c'è Jonathan Haidt, psicologo della New York University's Stern School of Business, autore del bestseller internazionale "*The Anxious Generation: How the*

Great Rewiring of Childhood is Cousing an Epidemic of Mental Illness"[6]. L'autore individua 2 fattori principali che sarebbero confluiti fra il 2010 e il 2015 nel determinare quello che egli chiama il "*Great Rewiring of Childhood*", presupposto all'insorgenza burrascosa e dilagante della sofferenza psicologica adolescenziale a cui stiamo assistendo: il declino dell'infanzia *Play-based* e la crescita dell'infanzia *Phone-based.* Il mondo adulto, secondo l'analisi di Haidt, non sarebbe stato in grado di proteggere i bambini da ciò che veniva loro proposto nel mono virtuale, e cioè un prodotto disegnato per creare dipendenza.

Nella sezione finale del libro l'autore offre ai lettori suggerimenti pratici per non perseverare in pratiche potenzialmente dannose per i bambini, fra i quali non dare loro uno smartphone come primo telefono, ritardare la consegna dello smartphone e l'apertura di account su qualsiasi piattaforma almeno sino all'ingresso nella scuola superiore, favorire il gioco con altri bambini, cercare di inserirli in stabili comunità del mondo reale.

Le critiche a tale posizione, ritenuta da alcuni studiosi non sostenuta da evidenze scientifiche abbastanza forti, eccessivamente rigida, semplicistica, oltreché colpevolizzante i genitori, non hanno tardato ad arrivare. Una delle più nette è quella pubblicata nel 2024 su *Nature* da Candice L. Odgers[7], professoressa di scienze psicologiche e informatiche della University of California. Un approfondimento delle argomentazioni portate da Odgers è possibile attraverso l'ascolto [8] (o la lettura [9]) di uno stimolante confronto fra la stessa Odgers e Haidt organizzato dall'University of Virginia nell'ambito della IX conferenza annuale Youth-Nex 2024. Il dibattito, che fornisce per altro numerosi riferimenti bibliografici, si snoda in una serie di argomentazioni e contro argomentazioni messe in campo dai due studiosi vigorosamente, punto per punto, verrebbe da dire, "senza esclusione di colpi". Odgers sottolinea come nel 90% degli studi oggi disponibili non sia possibile distinguere causa ed effetto. In altre parole, potrebbe essere che si trovino a trascorrere più tempo online i ragazzi che hanno già problemi di salute mentale.

Il nesso causa-effetto fra social network e disturbi mentali verrebbe meno totalmente. Ma l'obiezione più consistente mossa agli studi e alle deduzioni di Haidt riguarda un approccio considerato riduzionista a un problema come quello dell'origine e dello sviluppo dei disturbi mentali in età evolutiva, a cui contribuiscono fattori multipli e interconnessi, sia di tipo biologico che ambientale: "*se…ci si limita a guardare l'andamento delle curve,* – afferma Odgers– *per poi cercare di costruire una spiegazione a posteriori, il rischio è di far combaciare i dati con le nostre teorie preesistenti" .*

Tante sono le divergenze, dunque, fra gli studiosi, ma non mancano, punti di convergenza sui quali merita soffermarsi a riflettere. Primo fra tutti, l'impegno a uno sguardo attento degli adulti al mondo dei bambini e degli adolescenti che garantisca il diritto a una crescita sana, al benessere fisico e psicologico, a tutti, indipendentemente da dove siano nati e da dove provengano i loro genitori. La domanda che gli adulti in ruoli di responsabilità devono porsi è questa, riprendendo le parole di Odgers: "*Di cosa ha bisogno (un giovane) per crescere e prosperare in un mondo sempre più incerto, diseguale, inquietante e, sì, digitale?"*

La risposta è una responsabilità primaria della politica. Un'infanzia *Play-based* è certamente auspicabile, ma essa è possibile solo grazie ad azioni politiche che la sostengano concretamente, che sostengano i genitori, garantendo loro un lavoro dignitoso adeguatamente remunerato e una casa in cui abitare, ampliando le tutele della maternità e della paternità, offrendo nidi pubblici, scuole vivibili, luoghi di aggregazione per i più piccoli. L'azione politica dovrebbe esercitarsi anche attraverso una pressione, forte e inequivocabile, sulle aziende tecnologiche perché le piattaforme siano progettate partendo da un requisito fondamentale, la sicurezza.

Muoversi in sicurezza nel mondo offline richiede che i bambini e i ragazzi vi siano accompagnati gradualmente da parte degli adulti, nel tempo della loro crescita; allo stesso modo essi impareranno ad abitare il mondo virtuale in maniera sicura a condizione che gli adulti siano in grado di colmare la "frattura digitale" che spesso da quel mondo li separa, talvolta loro malgrado, e si impegnino per non lasciarli navigare da soli in spazi per lo più sconosciuti. L'educazione digitale riguarda dunque, in primo luogo, il mondo adulto.

E’ interessante che segnali positivi di cambiamento nel mondo dei social, già in atto, seppure in maniera circoscritta, nascano proprio dalla generazione Z. Ne sono un esempio i cosiddetti *digital campfire* (Sara Wilson)[10], gruppi che utilizzano piattaforme come Telegram, Discord, Whatsapp come luoghi circoscritti – bivacchi attorno a un fuoco – di socialità attiva (condivisione di interessi, opinioni, dibattito su temi specifici), recuperando lo spirito originario, sociale appunto, delle prime piattaforme digitali, e sottraendosi alla famelica, divoratrice macchina dei network tradizionali.
È un bell’insegnamento di cui fare tesoro.

Riferimenti

1. Jeammet Philippe (1980), Réalité interne, réalité externe. Importance de leur spcificité et de leur articulation à l’adolescence. Rev fran. Psychanal, 44, 3-4, pp. 481-521
2. Cheney-Lippold John (2011), A new Algorithmic Identity: Soft biopolitics and the modulation of control, “Theory, Culture and Society”, 28(6), pp. 164-181
3. Stiglic Neza, Viner Russel M, Effects of screentime on the health and well-being of children and adolescents: a systematic review of rewies, BMJ, 2019 Jen 3; 9 (1), https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023191
4. National Academies of Sciences, Engineering and Medicine (2023), “Social Media and Adolescent Health”
5. Twenge Jean M, Haidt Jonathan et al (2022), “Specification curve analysis shows that social media use is linked to poor mental health especially among girls”, Acta Psychologica, vol 224 https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2022.103512
6. Haidt Jonathan (2024) “The Anxious Generation: How the Great Rewiring of Childhood is Cousing an Epidemic of Mental Illness”, Penguin Books Ltd
7. Candice L. Odgers *(2024).* “The great rewiring: is social media really behind an epidemic of teenage mental illness?,” Nature, Nature, vol. 628(8006), pages 29-30
8. Conversation with Candice Odgers and Jonathan Haidt “Making Sense of the Research on Social Media & Youth Mental Health”, University of Virginia, 9th Annual Yooth-Nex 2024, https://tyde.virginia.edu/livestream-odgers-haidt/
9. Odgers Candice, Haidt Jonathan (2024) Social media e salute mentale dei giovani: quale nesso? MicroMega 3/2025 pp.189-219
10. Wilson Sara (2020) “The Era of Antisocial Social Media “, Harvard Business Review https://hbr.org/2020/02/the-era-of-antisocial-social-media

https://www.saluteinternazionale.info/2025/07/adolescenti-e-social-network/

🚨**Notizie** Il governo del Regno Unito ha lanciato il Better Futures Fund da 500 milioni di sterline, il più grande del suo genere a livello globale, per sostenere fino a 200.000 bambini e famiglie vulnerabili nei prossimi dieci anni. Il fondo mira a migliorare l'istruzione, ridurre la recidiva e fornire salute mentale e supporto sociale collaborando con autorità locali, enti di beneficenza, imprese sociali e filantropi. Si concentrerà sull'intervento precoce e su soluzioni su misura a livello locale, aiutando i bambini a superare sfide come l'assenza da scuola, la dipendenza e la povertà. L'iniziativa si baserà sull'esperienza del Life Chances Fund, per il quale il GO Lab è stato il partner di conoscenza e apprendimento del governo britannico. Con centinaia di articoli già pubblicati

su questo fondo appena lanciato, alcuni selezionati a cui potresti voler dare un'occhiata includono questo di Pioneer's Post, questo di Impact Investor o questo articolo del Guardian.

GOV.uk
"Accogliamo con grande favore l'annuncio del Better Futures Fund, uno sforzo coraggioso per attingere al potere della collaborazione con la società civile e l'economia dell'impatto, basandosi sulla storia pionieristica di quindici anni di queste partnership del Regno Unito. Come abbiamo visto dalla nostra valutazione del Life Chances Fund, se ben progettate, queste partnership possono ispirare l'innovazione, la collaborazione e la prevenzione per offrire un buon rapporto qualità-prezzo e migliorare la vita delle comunità".
- Ngaire Woods, preside fondatore della Blavatnik School of Government

💡dell'Università **di Oxford Hai notato un'improvvisa ondata di interesse per le partnership con risultati sociali dopo il lancio del Better Futures Fund?** Se è così, questo è l'evento per immergersi in ciò che realmente coinvolgono: una masterclass dinamica e pratica presso la Blavatnik School of Government il 3 settembre.

🔵 Il governo del Regno Unito lancia un nuovo fondo per i risultati - Briefing settimanale sulle politiche di GO Lab

World Health Organization

Health Topics | Countries | Newsroom | Emergencies | Data | About WHO

Home / Groups / WHO Commission on Social Connection /
From loneliness to social connection - charting a path to healthier societies: report of the WHO Commission on Social Connection

Dalla solitudine alla connessione sociale: tracciare un percorso verso società più sane

Rapporto della Commissione OMS sulla Connessione Sociale

Questo storico rapporto della Commissione OMS sulla Connessione Sociale evidenzia che l'isolamento sociale e la solitudine sono diffusi, con gravi ma poco riconosciuti impatti sulla salute, il benessere e la società.

Basandosi sulle più recenti evidenze, il rapporto presenta una tesi convincente a favore di un'azione urgente. Delinea soluzioni pratiche e scalabili per rafforzare la connessione sociale e invita i responsabili politici, i ricercatori e tutti i settori a trattare la salute sociale con la stessa urgenza della salute fisica e mentale.
I Commissari immaginano un futuro in cui legami sociali più forti migliorino il benessere, riducano i decessi prevenibili, rafforzino l'istruzione e la resilienza economica e alleggeriscano il peso sociale e finanziario della disconnessione. Questo rapporto è un invito all'azione e un invito a costruire un mondo più connesso e più sano.

Scenari sanità

IlMagazine

Interessanti analogie: decreto sicurezza e sistema di tutela della salute

Elio Borgonovi

Seguendo il dibattito sul Decreto Sicurezza, mi è venuta in mente un'interessante analogia con il sistema di tutela della salute.
Aumentare il numero dei reati e delle pene previste e prevedere l'aumento delle carceri è molto simile a prevedere per il sistema salute l'aumento delle diagnosi e l'aumento dei posti letto negli ospedali.
Ciò significa infatti rinunciare, o comunque porre minore attenzione, alla prevenzione e al trattamento delle cronicità e impiegare tutte le risorse nella fase di intervento e terapia, quindi di interventi sulle patologie acute.
Le analisi riferite ai servizi di tutela della salute, non solo quello italiano ma a livello mondiale, suggeriscono invece che la "sostenibilità" consiste invece nel potenziamento sia della prevenzione primaria e secondaria, sia nella presa in carico delle cronicità.
Per il sistema sicurezza ciò vorrebbe dire dedicare più risorse alla prevenzione dei reati, che non si ottiene inasprendo le pene ma agendo sulla cultura della legalità e sul controllo sociale, e non solo tramite le forze dell'ordine, contro fenomeni di illegalità.
Significa inoltre adattare la politica, che è anche segno di civiltà, della "giustizia riparativa" che può essere considerata come l'equivalente della presa in carico delle cronicità.
Giustizia riparativa significa intervenire per ridurre il fenomeno delle recidive o delle reiterazioni dei reati, simile alla presa in carico delle cronicità che ha la finalità di ridurre ricoveri in ospedale per aggravamento delle condizioni di cronicità.
A parte altre considerazioni specifiche sui contenuti del Decreto Sicurezza, credo si debba fare una riflessione generale sul modo in cui si affrontano i problemi della società moderna.
La sostenibilità economica, sociale, politica, istituzionale è meglio garantita da politiche e interventi che privilegiano la prevenzione e il reinserimento nella società delle persone (pazienti con cronicità assistiti fuori dalle strutture ospedaliere, persone reinserite nella società dopo aver scontato le pene connesse ai propri reati) o da politiche concentrate sulle condizioni acute (patologie acute, giustizia riparativa in carcere)?

https://magazine.grandiospedali.it/2025/06/04/interessanti-analogie-decreto-sicurezza-e-sistema-di-tutela-della-salute/

24 OreSalute

I medici europei firmano la Carta di Roma: stop ai vincoli di bilancio per la salute

Per Francia, Germania, Grecia, Italia, Portogallo e Spagna i fondi extra destinati a prevenzione e cronicità rappresentano un investimento strategico

Ernesto Diffidenti

In un contesto internazionale dove le nuove politiche statunitensi chiedono ai paesi europei di dover aumentare le spese per la difesa è forte la preoccupazione di tagli o riforme strutturali in altri settori, tra i quali la sanità, o un forte aumento del debito pubblico. L'obiettivo fissato per il riarmo dei paesi Nato è il 5% del Pil, per cui in Italia la spesa annuale passerebbe dagli attuali 45 miliardi a ben 145 miliardi nel 2035: una cifra superiore all'attuale spesa per la sanità pubblica, che nel 2024 è stata di circa 138,7 miliardi di euro, con un aumento, peraltro, del 5,8% rispetto al 2023. A fare i conti è il presidente della Federazione degli Ordini dei medici (Fnomceo), **Filippo Anelli**, che ha ospitato i colleghi di Francia, Germania, Grecia, Portogallo e Spagna per firmare la "Carta di Roma: la salute come investimento strategico".
L'obiettivo è attivare una "clausola di resilienza sanitaria" per permettere agli Stati membri Ue di destinare risorse extra alla prevenzione delle malattie croniche al di fuori dai vincoli di bilancio europei. Una necessità di fronte ai dati presentati da **Chris Brown**, capo dell'Ufficio europeo dell'Oms per l'investimento in salute e sviluppo, che indicano entro il 2050 oltre 65 milioni di ultra 85enni in Europa e tre anziani ogni due giovani. Senza una strategia sanitaria centrata sull'invecchiamento attivo, la prospettiva è che i sistemi di welfare possano collassare.

La salute come investimento strategico

Il documento afferma un principio fondamentale: la salute deve essere riconosciuta come un investimento strategico per lo sviluppo economico e sociale, non solo come un diritto individuale.
Secondo i dati del Censis, infatti, ogni euro investito nella sanità pubblica genera quasi due euro di valore della produzione. Per questo Fnomceo chiede al Consiglio e alla Commissione europea di includere la spesa sanitaria nelle raccomandazioni strategiche dei bilanci nazionali, di espandere il programma EU4Health e di rafforzare le risorse per prevenzione, screening e gestione delle malattie croniche. "Crediamo - ha detto il presidente della Fnomceo, Filippo Anelli - che la salute debba essere considerata una priorità strategica per i nostri paesi europei al pari della sicurezza, in equilibrio con i bisogni civili. I medici europei propongono di considerare la spesa sanitaria come un investimento strategico per il futuro delle nostre società ed esortano il Consiglio e la Commissione, in sede di negoziati sul piano di bilancio di medio termine, a introdurre una 'clausola di resilienza sanitaria' che consenta agli Stati membri di destinare risorse aggiuntive alla prevenzione senza violare i parametri europei".

Schillaci: andare oltre il 5% del Fsn per la prevenzione

Anche per il ministro della Salute, Orazio Schillaci, la prevenzione è una priorità. "Rappresenta davvero ha sottolineato - una svolta per il nostro sistema sanitario nazionale, per far sì che rimanga universalistico e gratuito per tutti. Dobbiamo ridurre il numero di malati futuri e possiamo farlo puntando sulla prevenzione. E su questo stiamo lavorando insieme al Mef e al ministro Giorgetti perché la sanità sia considerata finalmente un investimento e non più una spesa". Poche settimane fa, ha ricordato il ministro, si sono tenuti per la prima volta in Italia gli Stati generali della prevenzione nel corso dei quali è stata ribadita la necessità di investire di più in questo ambito, andando oltre il 5% del Fondo sanitario nazionale. "Su questo stiamo lavorando con il Mef, anche facendo leva sulle nuove regole di bilancio europee, perché sono convinto che la prevenzione sia un investimento e non un costo per tutti gli Stati europei. Non dobbiamo dimenticare infatti che una popolazione sana è una popolazione attiva che contribuisce alla ricchezza di tutta la società". Schillaci, a margine, ha annunciato che vedrà Giorgetti, "come tutti gli anni" a fine luglio. "Non entro nel merito delle percentuali del Fondo sanitario da destinare a questo scopo - ha concluso - ma servono soldi per la prevenzione e per il personale".
https://www.ilsole24ore.com/art/i-medici-europei-firmano-carta-roma-stop-vincoli-bilancio-la-salute-AH2AmNeB?cmpid=nl_sanita24

24 OreSalute

L’Italia rifiuta le modifiche al Regolamento Oms in caso di emergenze, come gli Usa: «Troppo vincolanti»

Il ministro della Salute, Orazio Schillaci, ha comunicato al direttore dell’Organizzazione il rifiuto dell’Italia

Marzio Bartoloni

Con una lettera del 18 luglio al direttore generale Oms, **Tedros Ghebreyesus**, il ministro della Salute **Orazio Schillaci** ha comunicato il rifiuto dell’Italia degli emendamenti 2024 al Regolamento Sanitario Internazionale, adottati alla 77esima Assemblea Mondiale della Sanità. Gli emendamenti vanno nella direzione di un quadro giuridicamente vincolante per rispondere alle emergenze di salute pubblica.
“Ai sensi dell’articolo 61 del Regolamento sanitario internazionale (2005), per mezzo di questa lettera le notifico il rifiuto di parte italiana di tutti gli emendamenti adottati”, si legge. L'Italia si allinea così alla posizione Usa: anche l'amministrazione Trump ha rifiutato gli emendamenti sottolineando che i cambiamenti rischiano di interferire in modo “ingiustificato” con il diritto sovrano nazionale di elaborare politiche sanitarie.

La lettera del ministro Schillaci all'oms

“Le scrivo - si legge nella lettera inviata dal ministro Schillaci al direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità, Tedros Adhanom Ghebreyesus - con riferimento alla sua comunicazione del 19 settembre 2024 sugli emendamenti al Regolamento sanitario internazionale (2025) adottati dalla 77/ma Assemblea mondiale della sanità con la risoluzione n.WHA77.17. Come indicato dal comma 3 dell'articolo 55 e dal comma 2 dell'articolo 59 del Regolamento sanitario internazionale (2005), tali emendamenti entreranno in vigore a 12 mesi dalla sopra citata comunicazione, ovvero il 19 settembre 2025, eccetto per quelle Parti che avranno notificato al direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità la loro decisione di rifiutare o di formulare delle riserve nei confronti dei citati emendamenti”.
Pertanto, si legge, “ai sensi dell'articolo 61 del Regolamento sanitario internazionale (2005), per mezzo di questa lettera le notifico il rifiuto di parte italiana di tutti gli emendamenti adottati dalla 77/ma Assemblea mondiale della sanità con la risoluzione WHA77.17”. Alla a 77ª Assemblea Mondiale della Sanità, che si è svolta dal 27 maggio al 1 giugno 2024 a Ginevra, i Paesi membri hanno adottato emendamenti al Regolamento sanitario internazionale, un quadro giuridicamente vincolante per rispondere alle emergenze di salute pubblica, per introdurre il concetto di “emergenza pandemica” e “maggiore solidarietà ed equità”.

Le reazioni all'iniziativa del Governo italiano

“Da tempo avevamo sollevato perplessità e preoccupazioni in merito a queste modifiche volte a cambiare il regolamento sanitario del 2005. Modifiche che avrebbero comportato una riduzione della sovranità nazionale in tema di politiche sanitarie, tra le quali la possibilità dell'Oms di esercitare un controllo sull'informazione in ambito sanitario. Senza contare, peraltro, che queste modifiche sarebbero state introdotte senza alcun dibattito parlamentare. Questa scelta, peraltro condivisa anche da altri Paesi come gli Usa, non determina alcun cambiamento riguardo la sicurezza sanitaria, che sarà sempre garantita con il massimo livello di rigore, al pari del coordinamento con le altre Nazioni. Il governo Meloni ha nuovamente confermato che a guidare la nostra azione politica è l'interesse nazionale e degli italiani”, ha commentato subito capogruppo dei deputati di Fratelli d'Italia, **Galeazzo Bignami.**
Boccia l'iniztativa di Schillaci la deputata Pd **Ilenia Malavasi**: “Con il rifiuto degli emendamenti al Regolamento sanitario internazionale dell'Oms, comunicato ufficialmente dal ministro Schillaci, il governo Meloni compie un passo irresponsabile e pericoloso per inseguire la scellerata amministrazione Trump. È un gesto grave; un atto di chiusura miope e ideologica, che ci allontana dai partner europei e ci allinea a posizioni negazioniste e populiste che nulla hanno a che vedere con la tutela della salute pubblica. Ci stiamo mettendo fuori dal consesso internazionale, rinunciando a un quadro giuridico condiviso per affrontare le emergenze sanitarie globali. È come dire che l'Italia, da sola, sa e può fare meglio dell'Oms e della comunità scientifica internazionale. È un errore clamoroso”.

Anche gli Usa dico di no: "Attacco alla sovranità"
Come detto anche gli Stati Uniti hanno formalmente respinto una serie di emendamenti adottati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) volti a rafforzare la preparazione globale alle pandemie. Gli emendamenti, approvati all'unanimità lo scorso anno, mirano a migliorare il coordinamento internazionale a seguito della caotica risposta al Covid-19. I funzionari statunitensi hanno sostenuto però che le nuove regole conferiscono all'Oms un potere eccessivo nel definire le risposte globali e si basano su un linguaggio vago. Queste modifiche privilegiano, secondo Washington, temi politici come la solidarietà rispetto ad azioni rapide ed efficaci. Gli emendamenti approvati introducono una nuova categoria di 'emergenza pandemica' per le crisi sanitarie più significative e pericolose a livello globale, nel tentativo di rafforzare le difese globali contro i nuovi agenti patogeni. Richiedono inoltre una maggiore equità nell'accesso a vaccini, farmaci e strumenti medici.

https://www.ilsole24ore.com/art/l-italia-rifiuta-emendamenti-regolamento-sanitario-dell-oms-come-usa-AHD6a2nB?&cmpid=nl_sanita24

quotidianosanità.it

Dazi. La Casa Bianca: farmaci inclusi nell'accordo al 15%

Secondo l'amministrazione, l'accordo rappresenta un passo decisivo per difendere i lavoratori americani e ristabilire un rapporto commerciale più equo con l'Europa. Trump: "Altri presidenti hanno tentato senza successo di concludere un'intesa di questa portata con l'Europa. Oggi dimostriamo che la determinazione e la forza economica portano risultati concreti"

Arriva nella serata di ieri la nota ufficiale in cui il presidente Donald J. Trump annuncia il nuovo accordo commerciale tra Stati Uniti e Unione Europea, "destinato a riequilibrare il rapporto economico tra le due sponde dell'Atlantico". L'intesa, definita dalla Casa Bianca come una "modernizzazione generazionale dell'alleanza transatlantica", prevede l'apertura di nuovi spazi di mercato per le esportazioni statunitensi, investimenti europei per 600 miliardi di dollari negli Usa e acquisti di energia americana per 750 miliardi entro il 2028, si ricorda. Tra le novità principali, l'Unione Europea si impegna a eliminare tutte le tariffe sui beni industriali statunitensi, creando nuove opportunità per i produttori americani nei settori dell'agricoltura, della pesca e della manifattura. Contestualmente, gli Stati Uniti introdurranno un nuovo regime tariffario che prevede dazi del 15% su auto, farmaci e semiconduttori europei esportati negli USA. Tuttavia, i dazi più alti – pari al 50% – su acciaio, alluminio e rame resteranno invariati. Si conferma dunque che i medicinali faranno parte dell'accordo al 15%.
Sul fronte degli investimenti e dei flussi commerciali, l'accordo prevede che l'Unione Europea investirà 600 miliardi di dollari negli Stati Uniti entro il 2028, una cifra che si aggiunge agli oltre 100 miliardi che le imprese europee già investono annualmente nel Paese. Inoltre, Bruxelles si impegna ad acquistare 750 miliardi di dollari in energia statunitense, una mossa che punta a rafforzare la "dominanza energetica" americana - riporta la Casa Bianca - ridurre la dipendenza europea da fonti considerate ostili e contribuire a riequilibrare la bilancia commerciale tra le due economie.
L'intesa mira anche ad aprire il mercato europeo a una più ampia gamma di prodotti agricoli statunitensi, attraverso la rimozione di barriere non tariffarie e la semplificazione delle certificazioni sanitarie per prodotti come carne suina e latticini. In ambito digitale, l'UE si impegna a non imporre tasse sull'uso delle reti e a non introdurre dazi sui contenuti digitali, garantendo un flusso libero di servizi elettronici.
Inoltre, l'accordo prevede un rafforzamento della cooperazione in materia di sicurezza economica e innovazione, con un focus sulla resilienza delle catene di fornitura, sul coordinamento dei controlli agli investimenti e sul contrasto alle pratiche commerciali non di mercato da parte di Paesi terzi. Gli Stati Uniti e

l'Unione Europea si impegnano anche a collaborare nel contrasto all'evasione doganale e a stabilire regole comuni per assicurare che i benefici dell'intesa restino all'interno dell'area transatlantica. Sono stati inoltre firmati nuovi accordi settoriali, in particolare nei settori dell'energia e dei semiconduttori, che dovrebbero favorire un'ulteriore espansione delle esportazioni statunitensi verso l'Europa. Infine, l'Unione Europea si è impegnata ad acquistare una quantità significativa di equipaggiamento militare prodotto negli USA.
Il presidente Trump ha definito l'accordo "storico" e ha rivendicato il successo come parte integrante della sua strategia economica "America First". "Altri presidenti hanno tentato senza successo di concludere un'intesa di questa portata con l'Europa. Oggi dimostriamo che la determinazione e la forza economica portano risultati concreti", ha dichiarato. L'intesa arriva a seguito della dichiarazione di emergenza economica nazionale firmata da Trump lo scorso 2 aprile, motivata dall'elevato disavanzo commerciale e da pratiche giudicate sleali da parte dei partner internazionali. Secondo l'amministrazione, l'accordo rappresenta un passo decisivo per difendere i lavoratori americani e ristabilire un rapporto commerciale più equo con l'Europa.

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=131264

quotidianosanità.it

Salute: il 40% degli indicatori in peggioramento. I dati del Rapporto SDGs 2025 dell'Istat

Cresce la speranza di vita, ma si riduce quella in buona salute. Aumentano i casi di sovrappeso infantile e la mortalità precoce resta elevata, soprattutto tra gli uomini. Persistono forti disuguaglianze regionali, con il Sud in difficoltà su più fronti. L'accesso ai servizi e la qualità dell'assistenza mostrano segnali di criticità.

Secondo l'ultimo rapporto Istat sugli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile, la salute degli italiani mostra segnali contrastanti. Mentre l'aspettativa di vita cresce, molti altri indicatori legati al benessere fisico e all'accesso ai servizi risultano in peggioramento. L'analisi, basata su centinaia di misure statistiche aggiornate al 2024, rivela che il 40% dei dati relativi al Goal 3 dell'Agenda 2030 registra un andamento negativo rispetto all'anno precedente.
Nel 2024, la speranza di vita alla nascita è salita a 83,4 anni, con un incremento di 0,4 anni rispetto al 2023. Gli uomini raggiungono in media 81,4 anni, mentre le donne 85,5. Tuttavia, la speranza di vita in buona salute si ferma a 58,1 anni: 59,8 per gli uomini e 56,6 per le donne. Questo dato suggerisce che una parte consistente della vita viene vissuta con limitazioni dovute a malattie croniche o condizioni di disabilità.
Un altro aspetto evidenziato dal rapporto riguarda il sovrappeso infantile. Nel 2023, il 26,7% dei bambini e degli adolescenti italiani risulta in eccesso ponderale. La situazione appare ancora più marcata tra i più piccoli, nella fascia d'età 3-5 anni, dove la quota ha raggiunto il 33,8%, in aumento rispetto agli anni precedenti. Questi dati indicano una tendenza che interessa trasversalmente il territorio, con impatti futuri sulla salute della popolazione.
La dotazione ospedaliera, secondo i dati più recenti, è pari a 30,3 posti letto ogni 10.000 abitanti. Anche in questo caso si rilevano forti differenze regionali: nel Nord-ovest si registrano 32,5 letti, mentre nel Sud il dato scende a 27,1. Queste differenze si accompagnano ad altre disuguaglianze territoriali, che emergono in vari ambiti della salute e dei servizi.
Per quanto riguarda la mortalità evitabile, nel 2022 la probabilità di morire tra i 30 e i 69 anni a causa di tumori, diabete, malattie cardiovascolari o respiratorie è stata dell'8,2%. La percentuale sale al 10,1% tra gli uomini e scende al 6,4% tra le donne. Si tratta di patologie in parte prevenibili e spesso legate a stili di vita, accesso alla prevenzione e condizioni socioeconomiche.

Tabella 3.1 - Elenco delle misure statistiche diffuse dall'Istat, tassonomia rispetto agli indicatori SDGs, variazioni rispetto all'anno precedente e a 10 anni prima e convergenza tra regioni

Rif. SDG	INDICATORE	Rispetto all'indicatore SDG	Valore	VARIAZIONI		CONVERGENZA
				Rispetto all'anno precedente	Rispetto a 10 anni prima	TRA REGIONI rispetto a 10 anni prima
3.1.1	Tasso di mortalità materna					
	Morti materne al parto (Istituto Superiore di Sanità, 2021, per 100.000 nati vivi)	Identico	7,50			—
3.1.2	Percentuale di parti assistiti da personale sanitario qualificato					
	Parti in un punto nascita pubblico, accreditato o privato (Ministero della Salute, 2023, valori percentuali)	Identico	99,85			⇒⇐
3.2.1	Tasso di mortalità sotto i 5 anni					
	Probabilità di morte sotto i 5 anni (Istat, 2024, per 1.000 nati vivi)	Identico	3,12			⇒⇐
3.2.2	Tasso di mortalità neonatale					
	Tasso di mortalità neonatale (Istat, 2022, per 1.000 nati vivi)	Identico	1,76			⇒⇐
3.3.1	Numero di nuove infezioni da HIV per 1.000 persone non infette, per sesso, età e gruppi di popolazione					
	Incidenza delle infezioni da HIV per 100.000 residenti (per regione di residenza) (Istituto Superiore di Sanità, 2023, per 100.000 abitanti)	Identico	4,0			⇒⇐
3.3.2	Incidenza della tubercolosi per 100.000 abitanti					
	Incidenza tubercolosi (Ministero della Salute, 2020, per 100.000 abitanti)	Identico	3,8			—
3.3.4	Incidenza della epatite B per 100.000 abitanti					
	Incidenza di epatite B (Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie - ECDC; Ministero della Salute, 2020, per 100.000 abitanti)	Identico	0,3		(a)	—
3.4.1	Tasso di mortalità attribuita a malattie cardiovascolari, cancro, diabete o malattie respiratorie croniche					
	Probabilità di morire tra i 30 e i 69 anni per tumori, diabete, malattie cardiovascolari e respiratorie (Istat, 2022, valori percentuali)	Identico	8,19			⇐⇒
	Speranza di vita in buona salute alla nascita (Istat, 2024, numero medio di anni)	Di contesto nazionale	58,1			=
	Eccesso di peso (tassi standardizzati) (Istat, 2024, tassi standardizzati per 100 persone)	Di contesto nazionale	45,1			⇒⇐
3.4.2	Tasso di mortalità per suicidio					
	Tasso standardizzato di mortalità per suicidio (Istat, 2022, per 100.000 abitanti)	Identico	5,9			⇐⇒
	Numero dei decessi per suicidio (Istat, 2022, N.)	Identico	3.845			—
3.5.2	Consumo dannoso di alcol, definito in base al contesto nazionale, come il consumo di alcol pro capite (per la popolazione di età compresa tra 15 anni e più) in un anno in litri di alcol puro					
	Litri di alcol pro capite (WHO, 2019, litri pro capite)	Identico	7,65			—
	Alcol (tassi standardizzati) (Istat, 2024, tassi standardizzati per 100 persone)	Di contesto nazionale	16,0			⇒⇐
3.6.1	Tasso di mortalità per incidenti stradali					
	Tasso di mortalità per incidente stradale (Istat, 2023, per 100.000 abitanti)	Identico	4,9			=
	Numero morti in incidente stradale (Istat, 2023, N.)	Di contesto nazionale	3.039			=
3.7.1	Percentuale di donne in età riproduttiva (15-49 anni) che hanno soddisfatto il loro bisogno di pianificazione familiare con metodi moderni					
	Domanda di contraccezione soddisfatta con metodi moderni (Istat, 2019, valori percentuali)	Proxy	64,5	..	(b)	⇐⇒

Tabella 3.1 segue - Elenco delle misure statistiche diffuse dall'Istat, tassonomia rispetto agli indicatori SDGs, variazioni rispetto all'anno precedente e a 10 anni prima e convergenza tra regioni

Rif. SDG	INDICATORE	Rispetto all'indicatore SDG	Valore	VARIAZIONI		CONVERGENZA
				Rispetto all'anno precedente	Rispetto a 10 anni prima	TRA REGIONI rispetto a 10 anni prima
3.7.2	Quozienti specifici di fecondità per età per 1.000 donne tra i 10 e i 14 anni e tra i 15 e i 19 anni					
	Quozienti specifici di fecondità per età per 1000 donne tra i 10 e i 14 anni (Istat, 2023, per 1.000 abitanti)	Identico	0,025			⇐⇒
	Quozienti specifici di fecondità per età per 1000 donne tra i 15 e i 19 anni (Istat, 2023, per 1.000 abitanti)	Identico	13,6			⇐⇒
3.8.1	Proporzione della popolazione target coperta dai servizi sanitari essenziali					
	Posti letto in degenza ordinaria in istituti di cura pubblici e privati (Istat Elaborazioni su Open Data del Ministero della Salute, 2022, per 10.000 abitanti)	Parziale	30,3		(c)	⇒⇐
	Posti letto in *day hospital* negli istituti di cura pubblici e privati (Istat Elaborazioni su Open Data del Ministero della Salute, 2021, per 10.000 abitanti)	Parziale	3,4		(c)	⇐⇒
	Posti letto nei presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari (Istat, 2022, per 10.000 abitanti)	Parziale	69,1			⇒⇐
	Persone che hanno ricevuto la terapia antiretrovirale (ART) (UNAIDS, 2020, valori percentuali)	Parziale	91,0			—
	Percentuale dei parti con più di 4 visite di controllo effettuate in gravidanza (Ministero della Salute, 2023, valori percentuali)	Proxy	91,9			⇒⇐
3.8.2	Percentuale della popolazione con una proporzione elevata di spesa delle famiglie per la salute rispetto alla spesa totale delle famiglie o del reddito					
	Persone che non hanno effettuato cure mediche di cui avevano bisogno perchè troppo costose (16 anni e più) (Istat, 2024, valori percentuali)	Proxy	1,0			—
3.9.3	Tasso di mortalità attribuita ad avvelenamento accidentale					
	Tasso standardizzato di mortalità per avvelenamento accidentale (Istat, 2022 per 100.000 abitanti)	Identico	0,45			⇒⇐
3.a.1	Consumo di tabacco relativo alle persone di 15 anni e più, standardizzato per età					
	Fumo (tassi standardizzati) (Istat, 2024, tassi standardizzati per 100 persone)	Identico	20,5			⇐⇒
3.b.1	Percentuale della popolazione coperta da tutti i vaccini inclusi nel programma nazionale					
	Copertura vaccinale antinfluenzale età 65+ (Ministero della Salute, 2023/2024, per 100 abitanti)	Identico	53,3			=
	Copertura vaccinale in età pediatrica: polio (Ministero della Salute, 2023, per 100 abitanti)	Identico	94,8			⇐⇒
	Copertura vaccinale in età pediatrica: morbillo (Ministero della Salute, 2023, per 100 abitanti)	Identico	94,6			⇒⇐
	Copertura vaccinale in età pediatrica: tetano (Ministero della Salute, 2023, per 100 abitanti	Identico	94,8			⇐⇒
3.b.2	Assistenza totale netta ufficiale allo sviluppo per la ricerca medica e settori della sanità di base essenziali (istruzione, sanità e protezione sociale)					
	Aiuto Pubblico allo Sviluppo in ricerca medica e salute di base (Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale, 2024, milioni di euro)	Identico	39,07			—
3.c.1	Densità e distribuzione dei professionisti sanitari					
	Medici (IQVIA Italia, 2022, per 1.000 abitanti)	Identico	4,2			=
	Infermieri e ostetriche (Co.Ge.A.P.S. - Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie, 2022, per 1.000 abitanti)	Identico	6,8		(b)	⇒⇐
	Dentisti (Co.Ge.A.P.S. - Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie, 2022, per 1.000 abitanti)	Identico	0,9		(b)	⇒⇐
	Farmacisti (Co.Ge.A.P.S. - Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie, 2022, per 1.000 abitanti)	Identico	1,4		(b)	⇐⇒

Legenda

- MIGLIORAMENTO
- STABILITÀ
- PEGGIORAMENTO
- — NON DISPONIBILE / NON SIGNIFICATIVO

⇒⇐	CONVERGENZA
=	STABILITÀ
⇐⇒	DIVERGENZA

Note

(a) Variazione calcolata sul 2011
(b) Variazione calcolata sul 2013
(c) Variazione calcolata sul 2014

Anche i dati relativi agli incidenti stradali mantengono un andamento stabile ma critico: nel 2023 si sono registrati 4,9 decessi ogni 100.000 abitanti, corrispondenti a circa otto morti al giorno sulle strade italiane. I tassi di mortalità sono nettamente più alti tra gli uomini (8,1) rispetto alle donne (1,9), confermando una differenza di genere anche in questo ambito.
Un altro indicatore che presenta variazioni significative è quello relativo alla fecondità adolescenziale. Nel 2023, il quoziente specifico di fecondità tra le ragazze di 15-19 anni è stato pari a 13,6 nati per 1.000 giovani donne. Anche qui, il dato varia fortemente a livello territoriale: nelle regioni del Nord-est si scende a 8,6, mentre nelle Isole si raggiunge quota 30,1.
Infine, l'analisi territoriale conferma che molte regioni del Mezzogiorno continuano a mostrare valori sanitari inferiori alla media nazionale. Campania, Calabria e Sicilia risultano tra le aree con gli indicatori più distanti dai livelli nazionali in termini di salute pubblica, prevenzione, e accesso ai servizi.
Nel complesso, il Rapporto SDGs 2025 restituisce un'immagine articolata del sistema sanitario italiano. Se da un lato migliorano alcuni parametri come l'aspettativa di vita, dall'altro una parte significativa degli indicatori – in particolare quelli legati alla qualità della vita, alla prevenzione e all'equità territoriale – risulta ancora in peggioramento o in stagnazione. L'analisi dell'Istat rappresenta così uno strumento utile per monitorare l'evoluzione della salute pubblica nel Paese e per orientare politiche basate su dati oggettivi.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=130848

https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1752140161.pdf

quotidianosanità.it

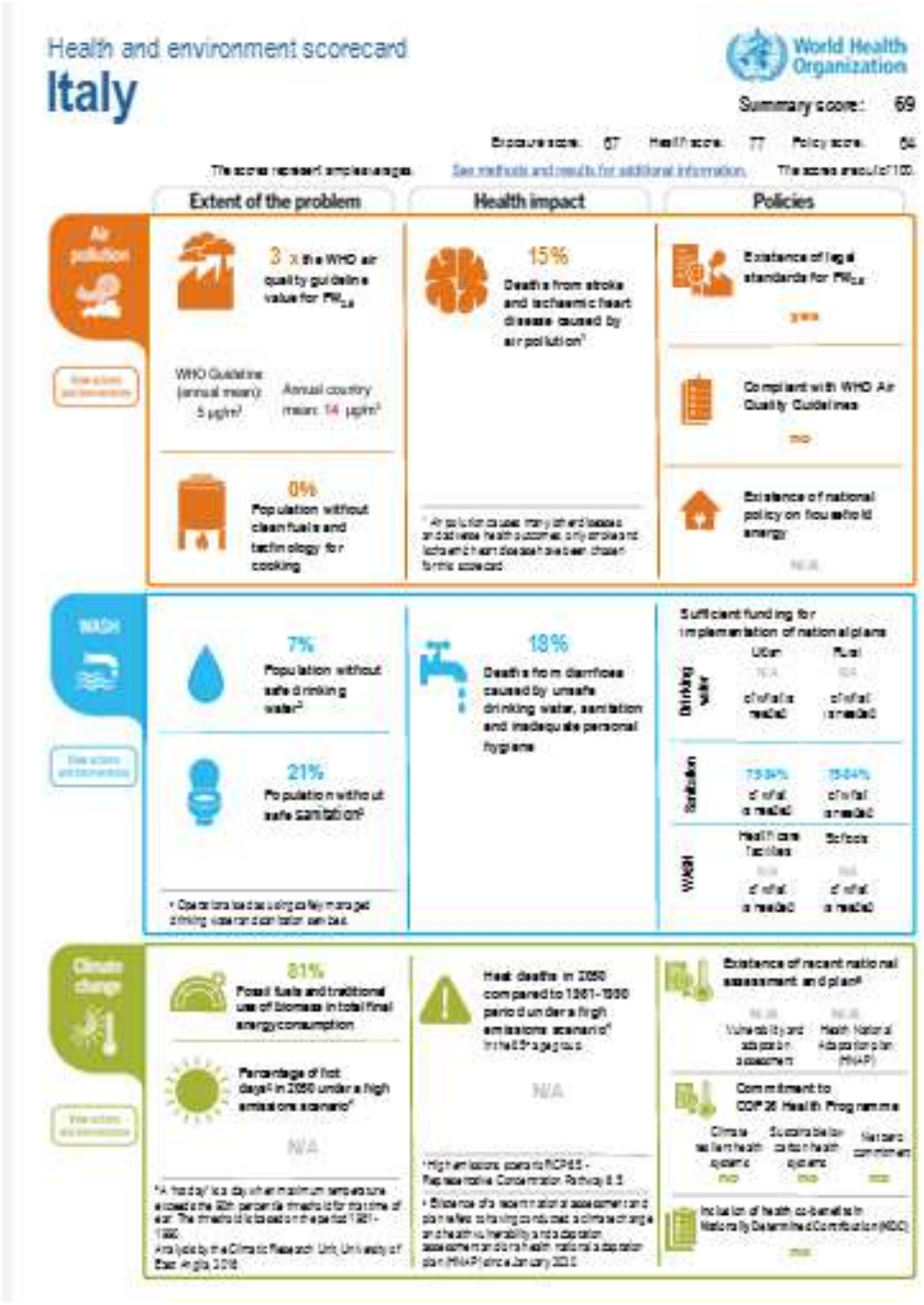
Salute e Ambiente. Al top Norvegia e Canada. Italia con punteggio sopra la media ma 17 Paesi europei fanno meglio di noi. Le pagelle Oms

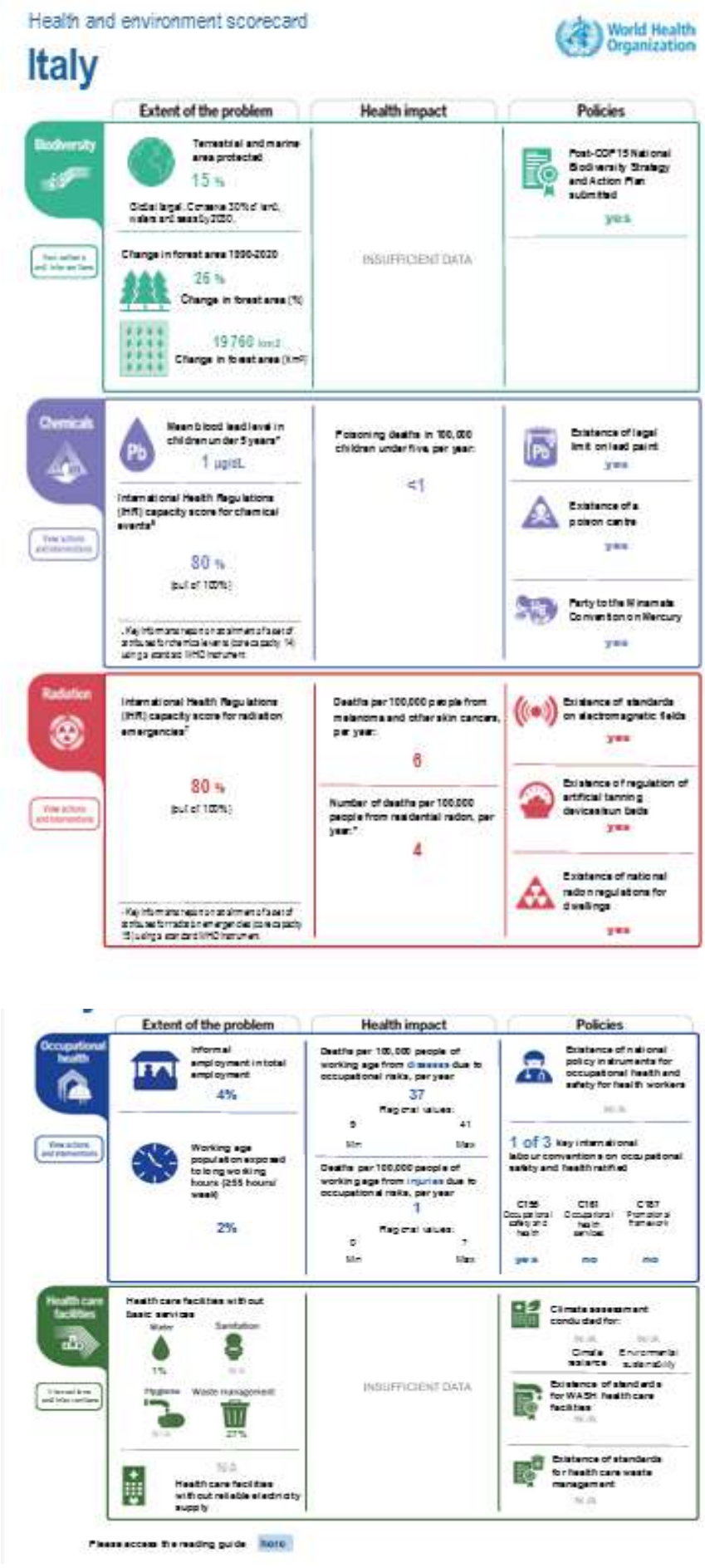
L'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) ha pubblicato l'aggiornamento 2024 delle sue schede di valutazione per Paese su salute e ambiente, valutando come gli Stati stanno gestendo 8 principali minacce per la salute in tutti i settori. Il nostro Paese presenta in particolare alcuni problemi, rilevano le schede: una quantità di Pm25 nell'aria pari a 3 volte il limite fissato dall'Oms; il 7% della popolazione senza accesso ad acqua potabile sicura e il 21% senza servizi igienici adeguati.

25 LUG - Circa il 25% del carico globale di malattie è legato a minacce ambientali che sono in gran parte prevenibili. Affrontando questi fattori di rischio ambientale attraverso politiche più incisive, tecnologie più pulite e pratiche sostenibili, si possono ridurre significativamente le malattie e i decessi prevenibili, migliorando i risultati in termini di salute e proteggendo al contempo il nostro pianeta.
L'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) ha pubblicato l'aggiornamento 2024 delle sue schede di valutazione per Paese su salute e ambiente, valutando come gli Stati stanno gestendo 8 principali minacce per la salute in tutti i settori.
Queste minacce includono l'inquinamento atmosferico, l'acqua non potabile, i servizi igienico-sanitari, il cambiamento climatico, la perdita di biodiversità, l'esposizione a sostanze chimiche e radiazioni, i rischi professionali e i rischi ambientali all'interno e intorno alle strutture sanitarie.
L'edizione di quest'anno introduce anche un nuovo punteggio riassuntivo, che offre un'istantanea concisa di come le condizioni ambientali influiscano sulla salute delle persone in un determinato Stato.
Interessante notare che l'**Italia ha ottenuto uno score di 69.**
Il punteggio riassuntivo è stato calcolato per 183 Stati membri dell'Oms a partire da 25 indicatori.
Il punteggio riassuntivo medio è stato di 51 e i valori sono risultati compresi tra 25 e 81. I Paesi 'top 5' risultano Norvegia (81), Canada (80), Finlandia (77), Spagna (77) e Germania (76).
Meglio dell'Italia, in Europa, 17 Paesi. Il nostro Paese presenta in particolare alcuni problemi, rilevano le schede: una quantità di Pm25 nell'aria pari a 3 volte il limite fissato dall'Oms; il 7% della popolazione senza accesso ad acqua potabile sicura e il 21% senza servizi igienici adeguati.
L'Italia inoltre ha attualmente il 15% delle aree terrestri e marine protette, contro l'obiettivo globale di preservare il 30% di terra, acque e mari entro il 2030, ma vanta una Strategia nazionale per la biodiversità e un Piano d'azione.
Il punteggio di capacità del Regolamento Sanitario Internazionale (RSI) per le emergenze radiologiche è dell'80%.
Si citano anche le morti per melanoma (6 su 100.000) e il numero di decessi ogni 100.000 persone a causa del radon residenziale, all'anno (4), e si cita l'esistenza di una regolamentazione per apparecchi/lettini abbronzanti artificiali e di normative nazionali sul radon per le abitazioni.
A livello di salute e sicurezza sul lavoro, i decessi ogni 100.000 persone in età lavorativa per malattie dovute a rischi professionali ogni anno risultano 37, contro valori riscontrati nella regione europea che variano da 9 a 41. Si cita 1 decesso ogni 100.000 persone in età lavorativa per infortuni dovuti a rischi professionali, all'anno (range Ue: 0-7).
Le schede di valutazione per paese su salute e ambiente forniscono dati dettagliati sulle 8 aree chiave che collegano ambiente, cambiamento climatico e politiche sanitarie, promuovendo il coinvolgimento intersettoriale e aiutando i governi a dare priorità a interventi basati sull'evidenza.
"Affrontare i rischi ambientali non è facoltativo: è una ricetta per una salute migliore, economie più forti e un futuro più sicuro. Non si possono avere persone sane su un pianeta malato", ha affermato la Dott.ssa **Maria Neira**, Direttrice del Dipartimento per l'Ambiente, i Cambiamenti Climatici e la Salute dell'Oms. "Esortiamo tutti i Paesi ad adottare misure coraggiose e coordinate in tutti i settori per ridurre le minacce ambientali. Investire in aria pulita, acqua potabile e politiche di protezione del clima non è solo un bene per il pianeta. È essenziale per la salute e il futuro delle loro popolazioni".
Tra i Paesi, Norvegia e Canada hanno ottenuto i punteggi più alti in assoluto. Tra le fasce di reddito, l'Argentina ha ottenuto il punteggio più alto tra i Paesi a reddito medio-alto, la Giordania tra i Paesi a reddito medio-

basso e il Malawi tra i Paesi a basso reddito. I Paesi europei sono in testa nelle medie regionali, seguiti dalle Americhe, dal Pacifico occidentale e dal Mediterraneo orientale, e da altre regioni. Composto da 25 indicatori chiave relativi a ambiente, cambiamenti climatici e salute, il nuovo punteggio consente ai paesi di monitorare i progressi a livello nazionale, regionale e globale, evidenziando le tendenze relative all'esposizione, all'impatto sulla salute, all'attuazione delle politiche e all'identificazione di lacune critiche nei dati. “Le schede di valutazione aggiornate, insieme al punteggio riassuntivo, offrono ora una nuova visibilità ai legami tra ambiente e salute a livello nazionale”, ha affermato la Dott.ssa **Annette Pruess**, Responsabile dell'Unità del Dipartimento Ambiente, Cambiamenti Climatici e Salute dell'OMS. “Questo è un potente strumento per i governi per identificare le sfide e definire risposte mirate”.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=131182




Health and environment scorecard
Italy
World Health Organization
Extent of the problem
Health impact
Policies
Biodiversity
Terrestrial and marine area protected
15 %
Global target: Conserve 30% of land, waters and seas by 2030.
Change in forest area 1990-2020
26 %
Change in forest area (%)
19760 km2
Change in forest area (km²)
INSUFFICIENT DATA
Post-COP15 National Biodiversity Strategy and Action Plan submitted
yes
Chemicals
Mean blood lead level in children under 5 years*
1 µg/dL
International Health Regulations (IHR) capacity score for chemical events*
80 %
(out of 100%)
Key informants report assessment of level of attributes for chemical events (core capacity 14) using standard WHO instrument
Poisoning deaths in 100,000 children under five, per year:
<1
Existence of legal limit on lead paint
yes
Existence of a poison centre
yes
Party to the Minamata Convention on Mercury
yes
Radiation
International Health Regulations (IHR) capacity score for radiation emergencies*
80 %
(out of 100%)
Key informants report assessment of level of attributes for radiation emergencies (core capacity 13) using standard WHO instrument
Deaths per 100,000 people from melanoma and other skin cancers, per year:
6
Number of deaths per 100,000 people from residential radon, per year:*
4
Existence of standards on electromagnetic fields
yes
Existence of regulation of artificial tanning devices/sun beds
yes
Existence of national radon regulations for dwellings
yes
Occupational health
Informal employment in total employment
4%
Working age population exposed to long working hours (≥55 hours/week)
2%
Deaths per 100,000 people of working age from diseases due to occupational risks, per year
37
Regional values:
9
Min
41
Max
Deaths per 100,000 people of working age from injuries due to occupational risks, per year
1
Regional values:
0
Min
7
Max
Existence of national policy instruments for occupational health and safety for health workers
N/A
1 of 3 key international labour conventions on occupational safety and health ratified
C155 Occupational safety and health: yes
C161 Occupational health services: no
C187 Promotional framework: no
Health care facilities
Health care facilities without basic services
Water
1%
Sanitation
N/A
Hygiene
N/A
Waste management
27%
N/A
Health care facilities without reliable electricity supply
INSUFFICIENT DATA
Climate assessment conducted for:
N/A
Climate science
N/A
Environmental sustainability
Existence of standards for WASH health care facilities
N/A
Existence of standards for health care waste management
N/A
Please access the reading guide here

Science

Il piano di Trump per tagliare la spesa sanitaria globale è stato respinto da un panel chiave sulla spesa

Il comitato della Camera dei rappresentanti segnala il suo sostegno all'HIV/AIDS e ad altri finanziamenti

Jon Cohen

Un importante comitato di spesa della Camera dei rappresentanti degli Stati Uniti ha espresso il suo netto disaccordo con le proposte del presidente Donald Trump di tagliare o eliminare totalmente i finanziamenti destinati a importanti programmi sanitari globali.

La Commissione per gli Stanziamenti, guidata dai Repubblicani, ha iniziato oggi a esaminare un disegno di legge sulla spesa per il 2026 che prevede invece il mantenimento degli attuali finanziamenti per il Piano di Emergenza del Presidente per l'AIDS (PEPFAR) e una serie di altre iniziative volte a combattere la malaria, la tubercolosi e altre malattie. Tuttavia, il disegno di legge sostiene la richiesta della Casa Bianca di eliminare i finanziamenti statunitensi per i programmi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e delle Nazioni Unite (ONU).

La misura, che distribuisce fondi per il Dipartimento di Stato e per i programmi di sicurezza nazionale, è ben lungi dall'essere l'ultima parola sulla definizione dei livelli di spesa per l'anno fiscale 2026, che inizia il 1° ottobre. Tuttavia, i leader della sanità globale sono rincuorati da quella che sembra essere una significativa resistenza alle richieste dell'amministrazione. "Resta da vedere se questi stanziamenti diventeranno legge, ma nel complesso è piuttosto incoraggiante che ci sia ancora un solido sostegno al finanziamento della sanità globale nel Congresso degli Stati Uniti", afferma l'epidemiologo Chris Beyrer, a capo del Duke Global Health Institute.

La richiesta di Trump per il 2026, inviata al Congresso all'inizio di quest'anno, prevede un taglio di circa il 60% degli aiuti esteri per i programmi contro HIV/AIDS, malaria, tubercolosi, nutrizione e vaccinazione infantile, da circa 10 miliardi di dollari a meno di 3,7 miliardi di dollari. Tale riduzione include un taglio del 30% al PEPFAR, che aiuta i paesi a sviluppare e gestire programmi di prevenzione e trattamento dell'HIV. L'amministrazione ha affermato che il taglio dei finanziamenti contribuirà ad "accelerare la transizione" della responsabilità del finanziamento del PEPFAR agli oltre 50 paesi che ricevono gli aiuti.

Al contrario, il disegno di legge della Camera prevede di stanziare per il PEPFAR 4,4 miliardi di dollari, il livello attuale di finanziamento. E un rapporto di accompagnamento incarica il Dipartimento di Stato di "presentare una strategia sulla transizione del PEPFAR per ridurre gradualmente e responsabilmente i finanziamenti statunitensi per l'HIV/AIDS all'estero attraverso l'uso di piani di transizione nazionali, dando priorità alla sicurezza e alla salute dei beneficiari".

Jennifer Kates, a capo del Global Health & HIV Policy Program presso KFF, un'organizzazione no-profit, è incoraggiata dal linguaggio del rapporto che suggerisce "un approccio responsabile alla riduzione del PEPFAR per salvaguardare vite umane e limitare il rischio di perdite rispetto ai progressi già ottenuti". Molti si aspettavano che il PEPFAR si esaurisse entro il 2030. Ma Kates osserva che "resta da vedere se l'amministrazione deciderà di ascoltare e potrebbe dipendere da diverse definizioni di cosa significhi 'salvaguardare vite umane'". (Il Dipartimento di Stato sta elaborando piani per porre fine al programma, chiedendo che alcuni paesi ne siano esclusi entro soli due anni).

Il disegno di legge manterrebbe anche il sostegno a diversi programmi che la Casa Bianca aveva azzerato. Tra questi, Gavi, l'Alleanza per i Vaccini, che vaccina circa 70 milioni di bambini all'anno, nonché programmi di assistenza nutrizionale, pianificazione familiare e malattie tropicali neglette. Anche i finanziamenti per i programmi contro la malaria e la tubercolosi, che l'amministrazione intende dimezzare, rimarrebbero stabili, rispettivamente a 800 milioni e 494 milioni di dollari.

Sebbene non sia chiaro se l'amministrazione Trump continuerà a sostenere un altro importante progetto sanitario, il Fondo globale per la lotta all'AIDS, alla tubercolosi e alla malaria, la commissione stanziamenti chiede al governo degli Stati Uniti di continuare a essere il suo principale sostenitore, stanziando 1,5 miliardi di dollari nel 2026. "Questo impegno bipartisan continuerà a salvare milioni di vite, a rendere tutti gli

americani più sicuri e a contribuire allo sviluppo economico e al commercio con l'Africa", afferma Chris Collins, a capo di Friends of the Global Fight Against AIDS, Tuberculosis and Malaria.
Si prevede che la commissione della Camera approvi il disegno di legge, ma le sue prospettive future non sono chiare. Potrebbe avere difficoltà a passare all'Assemblea plenaria, dove i Repubblicani hanno una risicata maggioranza, perché è improbabile che i Democratici appoggino la misura nel suo complesso, che prevede un taglio di 13 miliardi di dollari alla spesa statunitense per gli aiuti esteri e i programmi di sicurezza nazionale, portandola a 46,2 miliardi di dollari, con una riduzione del 22%. Il Senato, nel frattempo, deve ancora iniziare a lavorare sulla sua versione del disegno di legge.
Anche alcuni senatori chiave hanno espresso la loro opposizione ai tagli alla sanità globale proposti da Trump, ma è probabile che il disegno di legge del Senato differisca da quello della Camera, richiedendo ai due organi di concordare sui dati definitivi. Inoltre, altri disaccordi potrebbero impedire al Congresso di finalizzare entro il 30 settembre gli altri 11 progetti di legge che finanziano il governo. Se si verificasse una situazione di stallo, i legislatori potrebbero approvare una misura temporanea che congeli i bilanci ai livelli attuali, oppure il governo potrebbe chiudere.
Gli esperti di sanità pubblica sottolineano che, anche se il Congresso riuscisse a ripristinare i finanziamenti per il PEPFAR e altri programmi, le precedenti azioni dell'amministrazione Trump volte a sospendere bruscamente i fondi destinati a tali programmi hanno già causato danni ingenti che saranno difficili da riparare. In particolare, l'amministrazione Trump ha sciolto l'Agenzia statunitense per lo sviluppo internazionale (AID), che gestiva gran parte dei finanziamenti per la sanità globale, e ha licenziato la maggior parte dei suoi 10.000 dipendenti. Ha inoltre rescisso migliaia di contratti con i cosiddetti partner attuatori, il che ha paralizzato le operazioni sul campo in molti paesi e messo a repentaglio i piani per promettenti interventi futuri .
Tuttavia, Beyrer è incoraggiato dai segnali che indicano che i legislatori non vogliono che gli Stati Uniti abbandonino gli sforzi per la salute globale. "Questo è un approccio molto più basato sull'evidenza", afferma, "rispetto alla brusca e totale cessazione dei finanziamenti che abbiamo visto all'inizio dell'anno".

https://www.science.org/content/article/trump-s-plan-slash-global-health-spending-rejected-key-spending-panel?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_content=alert&utm_campaign=DailyLatestNews&et_rid=691092258&et_cid=5684625

THE LANCET Regional Health Europe

Il sostegno dei cittadini europei agli aiuti umanitari finanziati dall'UE: un'analisi secondaria dei dati dell'Eurobarometro dei 27 Stati membri dell'UE

Georgios Ktenidis [a]·Costantino I. Vardavas [a] cvardavas@med.uoa.gr·Filippos T. Filippidis [b]·Filippo Orfano [a]·Pagona Lagiou [a]

L'Unione Europea (UE) è uno dei principali fornitori di aiuti umanitari al mondo. 1 Ciononostante, rispondere ai bisogni umanitari globali, principalmente dovuti a conflitti, emergenza climatica e sfollamenti forzati, rimane particolarmente difficile. 2 Questa situazione è aggravata dal fatto che diversi paesi occidentali hanno annunciato o stanno prendendo in considerazione tagli significativi agli aiuti esteri, il che mette a serio rischio le iniziative umanitarie già sottofinanziate. 3 Tuttavia, nonostante il sostanziale contributo dell'UE agli

obiettivi umanitari globali, vi sono prove limitate su come i suoi cittadini percepiscano questo impegno. Per colmare questa lacuna, abbiamo mirato a identificare i fattori associati all'atteggiamento dei cittadini dell'UE nei confronti degli aiuti umanitari finanziati dall'UE.
Abbiamo condotto un'analisi secondaria dei dati dell'indagine speciale Eurobarometro 542, condotta tra il 25 settembre e il 19 ottobre 2023 in tutti gli Stati membri dell'UE. L'indagine ha utilizzato un disegno di campionamento casuale stratificato a più stadi e ha incluso 26.510 individui di età pari o superiore a 15 anni. Abbiamo valutato le risposte alle domande "Quanto ritieni importante o meno che l'UE finanzi attività di aiuto umanitario?" (Importante, Non importante) e "L'UE è uno dei principali donatori di aiuti umanitari a livello mondiale. Ogni anno, l'UE spende circa 1,5-2 miliardi di euro in aiuti umanitari, pari a circa 4-5 euro per contribuente nell'UE. Ritieni che l'UE dovrebbe..." (Mantenere il livello attuale di spesa, Investire di più negli aiuti umanitari, Investire di meno negli aiuti umanitari). I fattori sociodemografici e regionali (età, sesso, istruzione, stato finanziario, area di residenza e regione UE) sono stati valutati come variabili indipendenti tramite un modello di regressione di Poisson modificato e un modello di regressione logistica ordinale generalizzata. I risultati sono presentati come percentuali ponderate, Rapporti di Prevalenza aggiustati (aPR) e Odds Ratio aggiustati (aOR) con Intervalli di Confidenza al 95% (IC al 95%). Le analisi sono state eseguite in Stata versione 18.
Nel complesso, il 91,0% (IC 95%: 90,4-91,5) degli intervistati ha affermato che è importante che l'UE finanzi gli aiuti umanitari. Il sostegno è stato costantemente elevato, variando dall'80,2% in Estonia al 97,8% in Grecia (Figura supplementare S1 e Tabella supplementare S1). Inoltre, il 47,3% (45,4-49,2) dei cittadini dell'UE è favorevole al mantenimento degli attuali livelli di finanziamento, mentre il 39,9% (39,0-41,9) è favorevole all'aumento del livello degli aiuti (Tabella supplementare S2).
Nei nostri modelli aggiustati (Tabella 1), l'età più giovane, il genere femminile, l'istruzione superiore, la sicurezza finanziaria e la residenza urbana sono stati associati a una maggiore probabilità di credere che sia importante che l'UE finanzi gli aiuti umanitari. Nello specifico, gli intervistati di età compresa tra 15 e 24 anni avevano maggiori probabilità di condividere questa opinione (aPR = 1,03; IC al 95%: 1,01-1,04) rispetto a quelli di età pari o superiore a 65 anni. Inoltre, le donne (aPR = 1,01; 1,00-1,03), gli intervistati che hanno completato l'istruzione terziaria (aPR = 1,05; 1,03-1,06), i residenti di grandi città (aPR = 1,03; 1,01-1,04) e gli individui finanziariamente sicuri (aPR = 1,06; 1,04-1,07) avevano anche maggiori probabilità di riconoscere l'importanza dei programmi umanitari finanziati dall'UE. Inoltre, i cittadini degli Stati membri meridionali dell'UE erano anche più inclini a considerare importante il finanziamento degli aiuti umanitari da parte dell'UE e a sostenere livelli maggiori di finanziamento, come indicato dai tassi di interesse medi annuali (APR) e medi annuali (AOR) più bassi dei cittadini degli Stati membri centrali e orientali dell'UE (APR = 0,95; 0,93–0,96, aOR = 0,62; 0,56–0,68), degli Stati membri settentrionali dell'UE (APR = 0,98; 0,97–1,00, aOR = 0,61; 0,54–0,69) e degli Stati membri occidentali dell'UE (APR = 0,97; 0,96–0,99, aOR = 0,56; 0,50–0,62) rispetto ai cittadini degli Stati membri meridionali dell'UE. Nelle analisi di sensibilità (Tabelle supplementari S3 e S4), l'orientamento politico e la consapevolezza dei finanziamenti umanitari dell'UE non erano significativamente associati a nessuno dei due risultati.
La nostra analisi suggerisce che la maggior parte dei cittadini dell'UE, indipendentemente dalla posizione politica, considera importante il finanziamento degli aiuti umanitari da parte dell'UE e ritiene che l'UE dovrebbe mantenere o aumentare il suo attuale livello di spesa. Ciononostante, abbiamo identificato associazioni significative tra diversi fattori sociodemografici e regionali e l'atteggiamento dei cittadini dell'UE nei confronti del finanziamento degli aiuti umanitari da parte dell'UE. Ciò suggerisce che l'opinione pubblica riguardo al finanziamento degli aiuti umanitari è plasmata da una complessa interazione di caratteristiche ed esperienze individuali. Sebbene le indagini dell'Eurobarometro siano caratterizzate da metodi di raccolta dati coerenti che forniscono informazioni di alta qualità rappresentative della popolazione dell'UE, è importante notare che, poiché i dati si basano su risposte auto-riportate, potrebbero essere soggetti a distorsioni di risposta verso risposte socialmente desiderabili. Inoltre, la profondità di questa analisi potrebbe essere limitata poiché i partecipanti non sono stati interrogati su alcuni parametri personali potenzialmente rilevanti, tra cui la loro comprensione dell'entità dell'assistenza umanitaria attualmente fornita dall'UE. Infine, il raggruppamento regionale dei paesi potrebbe non chiarire le differenze specifiche per paese o tra paesi.
In un momento di varie emergenze umanitarie in corso ed emergenti che circondano i confini dell'UE e di crescenti movimenti populisti al suo interno, è importante comprendere le tendenze dell'opinione pubblica

sui finanziamenti per gli aiuti umanitari, poiché possono svolgere un ruolo significativo nel plasmare le politiche pubbliche estere dell'Unione. 4,5 Le istituzioni dell'UE devono tenere in considerazione queste tendenze per rafforzare il perseguimento da parte dell'UE dei suoi obiettivi umanitari e rafforzare il suo impegno nei confronti dei principi fondamentali di rispetto della dignità umana, dei diritti umani e della solidarietà.

https://www.thelancet.com/journals/lanepe/article/PIIS2666-7762(25)00161-9/fulltext

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Chi si prenderà cura dell'America? Politica sull'immigrazione e la crisi imminente del personale sanitario

Patricia Mae G. Santos , Reshma Jagsi , MD, D.Phil e Carlos Irwin A. Oronce ,

Pubblicato il 5 luglio 2025
DOI: 10.1056/NEJMp2504949

Da quando hanno prestato giuramento il 20 gennaio 2025, il presidente Donald Trump e la sua amministrazione hanno scatenato una valanga di azioni esecutive nell'ambito del programma "America First". Tra queste, centrali sono le politiche volte a facilitare le deportazioni di massa, tra cui l'abrogazione delle linee guida del Dipartimento per la Sicurezza Interna sulle "aree sensibili" – una norma risalente all'era Obama che proibiva agli agenti dell'Immigration and Customs Enforcement (ICE) di arrestare persone in luoghi di culto, scuole e campus universitari, oltre che in ospedali, cliniche e altre strutture sanitarie. Con la revoca di queste restrizioni, i raid dell'ICE sono aumentati in frequenza e intensità in tutto il paese, nonostante gli attraversamenti del confine tra Stati Uniti e Messico siano scesi ai minimi storici.

Ma cosa succede quando gli immigrati che lavorano nel sistema sanitario statunitense sono costretti ad andarsene? Appena 4 giorni dopo l'insediamento, 25 operatori sanitari filippini senza documenti sono stati arrestati durante un raid dell'ICE in una casa di cura per anziani a Chicago; da allora almeno 8 sono stati espulsi. 1 Settimane dopo, alla Dott.ssa Rasha Alawieh, professoressa associata di medicina alla Brown University, è stato negato il rientro in patria dopo un volo di ritorno dal Libano. Nonostante un'ordinanza del tribunale che vietava l'espulsione senza un giusto processo, ad Alawieh è stato revocato il visto H-1B ed è stata espulsa il 14 marzo. 2 Alawieh era una dei soli tre nefrologi trapiantisti nel Rhode Island e la sua partenza forzata ha lasciato una lacuna critica in una specialità altamente tecnica, limitando ulteriormente l'accesso alle cure salvavita per i pazienti con insufficienza renale allo stadio terminale.

Come medici, abbiamo assistito in prima persona ai danni che tali politiche comportano sia per i pazienti che per gli operatori sanitari. In un caso di cui siamo a conoscenza, un paziente anziano con cancro metastatico è caduto in casa ed è rimasto a terra per giorni prima di essere trovato da un familiare; è morto poco dopo il ricovero in un ospedale locale. Sebbene non sia certo che sarebbe sopravvissuto se fosse stato trovato prima, la sua assistente domiciliare aveva smesso di presentarsi al lavoro per paura dell'espulsione.

Tali tragedie illustrano i pericoli che l'attuale clima politico pone agli immigrati (siano essi regolari o irregolari) che interagiscono con il sistema sanitario statunitense. Mentre il governo federale cerca di frenare l'immigrazione in ogni sua forma, gli operatori sanitari immigrati e i loro pazienti si troveranno inevitabilmente intrappolati nella rete, con gravi conseguenze per il sistema nel suo complesso. Gli Stati Uniti sono già alle prese con una grave carenza di operatori sanitari, che si prevede peggiorerà nei prossimi anni. Secondo il Bureau of Health Workforce, si prevede che la carenza di medici aumenterà dal 12% (124.180 medici) nel

2027 al 16% (187.130 medici) nel 2037. Tra i medici di base, il divario previsto è ancora più ampio, passando dal 18% (50.100) al 27% (87.150) nello stesso arco di tempo.
Per le popolazioni che invecchiano, le previsioni sono particolarmente fosche. I progressi della medicina hanno permesso agli americani di vivere più a lungo che mai. Nel 2020, circa 56 milioni di adulti statunitensi avevano più di 65 anni, secondo i dati dell'US Census Bureau. Entro il 2030, si prevede che questo numero salirà a 80 milioni, con una quota di popolazione totale in aumento dal 16% al 21%. Nel frattempo, si è assistito a una transizione verso l'"invecchiamento sul posto", con un numero sempre maggiore di anziani che desiderano trascorrere gli ultimi giorni a casa. Con il raggiungimento dell'età pensionabile da parte di un numero sempre maggiore di americani, si prevede un'impennata della domanda di operatori socio-sanitari – assistenti sanitari domiciliari, assistenti alla cura della persona e assistenti infermieristici certificati. Le stime attuali indicano che la carenza di operatori socio-sanitari raggiungerà le 860.000 unità entro il 2032. Considerando il turnover e il pensionamento, un'analisi suggerisce che nel prossimo decennio saranno necessari 8,9 milioni di posti di lavoro per soddisfare la domanda .
Inoltre, queste proiezioni sono state effettuate prima del secondo mandato di Trump e pertanto non tengono conto dei potenziali effetti a valle delle politiche anti-immigrazione dell'amministrazione. Eppure, gli immigrati sono una parte vitale del sistema sanitario statunitense: almeno un operatore sanitario statunitense su cinque è nato all'estero, tra cui il 29% dei medici, il 17% degli infermieri e il 24% degli operatori socio-sanitari. 4 Considerando che la retorica e le politiche anti-immigrazione probabilmente dissuaderanno i lavoratori nati all'estero dall'entrare o rimanere nel settore sanitario, la carenza di manodopera potrebbe essere persino peggiore del previsto.
I dati suggeriscono che la maggior parte (se non tutti) dei medici e degli infermieri nati all'estero sono cittadini statunitensi naturalizzati o residenti permanenti legalmente. Al contrario, del 37% degli operatori sanitari diretti nati all'estero che non sono cittadini statunitensi, quasi la metà potrebbe essere clandestina. 4 Questa divergenza è almeno in parte attribuibile alle politiche che semplificano i percorsi verso la residenza permanente legale o la cittadinanza per alcuni, ma non tutti gli immigrati. I medici nati all'estero e formati all'estero spesso entrano nel mondo del lavoro attraverso programmi strutturati (ad esempio, visti J-1 o H-1B) e beneficiano di agevolazioni come le esenzioni Conrad 30, che esentano i titolari di visto J-1 dal rimpatrio obbligatorio nel loro Paese d'origine per 2 anni. Molti operatori sanitari diretti sono tuttavia esclusi da questi percorsi, il che li rende più vulnerabili all'espulsione. Ad esempio, sebbene alcuni operatori sanitari diretti godano di uno status di protezione temporanea, la cessazione dei programmi che autorizzano tale status è già in corso.
Poiché le politiche federali minacciano di destabilizzare ulteriormente la forza lavoro che si occupa di assistenza diretta, è improbabile che i non immigrati possano colmare il vuoto che ne deriva. Gli operatori socio-sanitari aiutano nelle faccende domestiche, oltre a lavarsi, vestirsi e usare i servizi igienici, consentendo così agli anziani fragili e alle persone con disabilità di vivere in sicurezza a casa. Tuttavia, nonostante l'importanza di questi ruoli, le persone che li ricoprono sono spesso soggette a pratiche di sfruttamento lavorativo, incluso il furto di salari. La natura fisicamente impegnativa del lavoro di assistenza diretta, unita alla bassa retribuzione e all'elevata suscettibilità allo sfruttamento, rende questi ruoli poco attraenti per i lavoratori nati negli Stati Uniti e per i lavoratori stranieri altamente qualificati. I sistemi sanitari e il settore dell'assistenza a lungo termine si sono quindi rivolti sempre più agli immigrati, in particolare ai lavoratori senza documenti, per soddisfare la domanda.
Non è la prima volta che gli immigrati contribuiscono a ricoprire ruoli sanitari critici, poco attraenti per i lavoratori nati negli Stati Uniti. Alla fine della Seconda Guerra Mondiale, i bassi salari e le pessime condizioni di lavoro portarono a dimissioni su larga scala da parte di infermieri americani. 5 In risposta, il governo federale istituì l'Exchange Visitor Program nel 1948, consentendo agli infermieri filippini di ottenere visti di lavoro temporanei. Successivamente, l'Immigration and Nationality Act del 1965 consentì agli infermieri filippini di rimanere negli Stati Uniti in modo permanente. Nel 1967, le Filippine divennero il principale fornitore di infermieri al mondo. Oggi, 1 infermiere su 25 negli Stati Uniti è filippino e si prevede che il divario nella forza lavoro infermieristica si colmerà nel prossimo decennio. 5
Il successo di queste politiche dimostra che, offrendo percorsi significativi per ottenere l'autorizzazione al lavoro e la cittadinanza, gli Stati Uniti possono essere meglio attrezzati per soddisfare le esigenze della loro popolazione in crescita e invecchiamento. I funzionari federali potrebbero attuare una riforma

dell'immigrazione in modo da proteggere i nostri confini e affrontare al contempo la carenza di manodopera. Invece, le politiche attuali minacciano di ridurre ulteriormente questa forza lavoro essenziale, calunniando e allontanando immigrati laboriosi a spese di un'America che invecchia. Sebbene la riforma dell'immigrazione debba bilanciare la sicurezza dei confini con le priorità economiche, le politiche indiscriminate di espulsione di massa non solo violano i diritti civili fondamentali, ma possono anche aggravare l'attuale carenza di manodopera, compromettendo l'assistenza agli anziani e il sistema sanitario in generale. Anche se i programmi di formazione nazionale venissero ampliati oggi, il potenziale aumento di manodopera non sarebbe sufficiente a soddisfare la domanda attuale.
Di fronte alla retorica anti-immigrazione, i leader del settore sanitario devono trovare il coraggio di sostenere politiche che sostengano, anziché emarginare, gli operatori sanitari immigrati. La ricerca sulla forza lavoro per identificare le lacune nella domanda e nell'offerta, le politiche istituzionali che aumentano le sponsorizzazioni per i visti e le coalizioni a sostegno di politiche a favore dell'immigrazione, come le espansioni della Schedule A (che consentono approvazioni rapide per la green card per le persone che intraprendono professioni ad alto fabbisogno), possono contribuire ad affrontare le carenze, proteggendo al contempo i lavoratori dallo sfruttamento. Sebbene molto rimanga incerto, è chiaro che gli immigrati sono – e sono sempre stati – una parte vitale degli Stati Uniti e del suo sistema sanitario. Le politiche sull'immigrazione devono quindi proteggere la dignità di chi dedica la propria vita alla cura degli altri. La recente espulsione di operatori sanitari immigrati è il nostro canarino nella miniera di carbone: i responsabili politici devono agire rapidamente, altrimenti rischiano di mettere a repentaglio la salute di tutti noi.

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2504949?query=WB

Scenario SSN

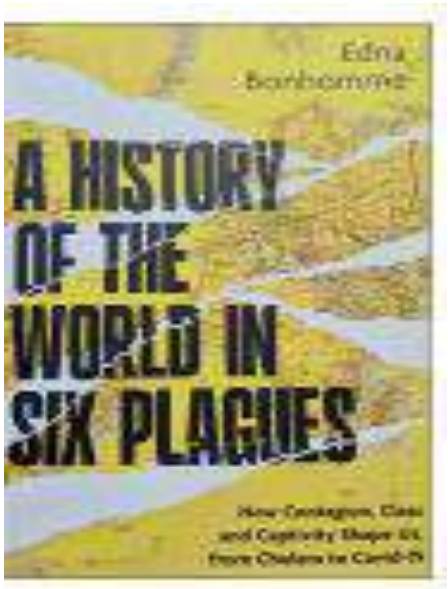
THE LANCET
Respiratory Medicine

Una storia del mondo in sei piaghe

Talha Burki

"Storia del mondo in sei piaghe" ha un titolo curioso. Non è affatto una storia mondiale, né sembra concepita come tale. La storia che Edna Bonhomme racconta in modo così coinvolgente non inizia prima del XIX secolo. Ogni capitolo affronta una malattia diversa: colera, malattia del sonno, influenza, HIV/AIDS, Ebola e infine COVID-19. I resoconti sono localizzati e impressionistici. Forse il sottotitolo, " *Come contagio, classe e prigionia ci plasmano, dal colera al COVID-19"* , non è stato considerato abbastanza accattivante, sebbene sia una guida di gran lunga migliore alle intenzioni dell'autrice e alla natura inclusiva della sua opera.
Bonhomme è una storica della scienza che attualmente vive a Berlino, in Germania. Entrambi i suoi genitori sbarcarono in Florida, negli Stati Uniti, dopo aver compiuto un pericoloso viaggio in barca da Haiti. Poco dopo il loro arrivo, i Centri statunitensi per il controllo e la prevenzione delle malattie identificarono quattro gruppi presumibilmente ad alto rischio per il terrificante nuovo virus che sarebbe poi diventato noto come HIV: gli haitiani, gli emofiliaci, gli eroinomani e gli omosessuali. "Gli haitiani erano gli unici membri del 'club 4-H' inclusi in base alla loro nazionalità", sottolinea Bonhomme. "I migranti afro-caraibici negli Stati Uniti soffrivano il doppio peso di essere sia neri che migranti, mentre i lavoratori poveri, come i miei genitori, erano confinati in pochi quartieri. Eppure noi haitiani non eravamo certo il primo o l'ultimo gruppo di persone ad essere

incolpato o stigmatizzato per un'epidemia. Questo libro è un viaggio verso la comprensione di come la gestione delle malattie sia influenzata dal modo in cui la società definisce l'umanità".
La prigionia è il tema principale di *"Storia del mondo"* . "La prigionia determina il modo in cui batteri e virus coesistono con noi", spiega Bonhomme. "Le malattie che scatenano riflettono le divisioni sociali che spingono alcune persone ai margini della società". Il capitolo sul colera tratta delle epidemie tra gli schiavi negli stati del sud degli Stati Uniti, che rappresentano un vero e proprio punto di partenza per un'affascinante discussione sulla cosiddetta medicina delle piantagioni. Bonhomme cita una conferenza del 1857 alla New Orleans Academy of Sciences in cui un certo Samuel Cartwright parlò a lungo delle false differenze tra la razza bianca e quella nera. Sosteneva che gli schiavi americani fossero "più felici, più sani e più prolifici che nella loro nativa Africa".
Le capanne degli schiavi erano sovraffollate, sporche e scarsamente ventilate; un ambiente favorevole alla proliferazione di malattie respiratorie. "L'obiettivo della medicina delle piantagioni non era né aiutare né curare gli schiavi", scrive Bonhomme. "I manuali delle piantagioni fungevano da guida per gli schiavisti... ciò che emerge chiaramente da questi testi è che gli schiavi, soprattutto le donne nere, avevano scarso potere decisionale sul trattamento che avrebbero ricevuto".
Il capitolo successivo si concentra sulla storia poco nota della ricerca coloniale tedesca sulla malattia del sonno in Africa orientale, che prevedeva il ricovero dei pazienti nei primi campi di concentramento. I capitoli su COVID-19 ed Ebola affrontano entrambi le motivazioni e le conseguenze dell'imposizione del lockdown, mentre il capitolo sull'HIV/AIDS è ambientato in una prigione americana. Il capitolo sull'influenza, in particolare sulla pandemia di H1N1 del 1918-20, analizza la reclusione dalla prospettiva di un privilegiato: la scrittrice inglese dell'alta borghesia Virginia Woolf (1882-1941), i cui "periodi influenzali e il concomitante peggioramento della salute – a volte – ostacolarono la sua capacità di impegnarsi nella vita letteraria".
A History of the World è tuttavia leggermente penalizzato da un linguaggio a volte impreciso o poco chiaro. In un passaggio chiave, Bonhomme parla di pandemie quando sembra intendere epidemie. Il lettore a volte deve rileggere le frasi. Ogni tanto, c'è un'espressione che sfida la comprensione. Nonostante questo approccio disinvolto all'editing, *A History of the World* è intellettualmente carico, profondamente personale e frutto di una ricerca esaustiva.
Uno dei punti di forza del libro è la disponibilità di Bonhomme a inserirsi nella narrazione, sia come soggetto, sia come donna nera proveniente da un contesto di povertà che reagisce a un trauma storico. Alcuni dei passaggi più significativi sono quelli in cui Bonhomme delinea le proprie esperienze. Il capitolo sul COVID-19 è incentrato su tre donne nere che vivono in diverse parti della Germania. "Le loro storie mi sono sembrate familiari", scrive Bonhomme. "Il relativo isolamento che hanno provato durante la pandemia è stato un atto di testimonianza, in tempo reale, della crescente incertezza economica, della malattia, del dolore... le nostre conversazioni sono state un'anticipazione della vita delle donne nere in Germania, nella sua pienezza e complessità".
Al culmine della pandemia di COVID-19, Bonhomme ha deciso impulsivamente di sposarsi. Lo stesso giorno, ha scoperto che il suo ultimo trattamento per la fertilità era fallito. L'anno successivo, si è rifugiata nella natura. Tornata negli Stati Uniti, il movimento Black Lives Matter stava prendendo piede. Il fratello di Bonhomme era stato ucciso a colpi d'arma da fuoco nel 2019 e uno dei suoi cugini era stato incarcerato l'anno successivo. "Dal 2020, abbiamo tutti dovuto confrontarci pubblicamente con nuove paure e nuove esperienze di contagio", conclude Bonhomme. "La morte gratuita... accade quando una parte della società viene trascurata e priva di aiuti. Alcuni di noi sono sopravvissuti, ma nel corso degli anni ho imparato che la sopravvivenza non basta".



https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(25)00251-6/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email#f10

quotidianosanità.it

Performance sanitarie regionali. Migliora il Mezzogiorno ma il gap Nord-Sud resta. Veneto al top, Calabria in coda. L'analisi di Crea Sanità

La XIII edizione dello studio sulle Performance Regionali del Crea Sanità evidenzia un miglioramento medio dei livelli di tutela sociosanitaria in Italia, con il Veneto in testa e la Calabria all'ultimo posto. Cresce la soddisfazione dei cittadini, ora inclusa tra i parametri di valutazione, con forti correlazioni tra qualità dei

servizi e percezione dell'utenza. Persistono le disuguaglianze territoriali, ma il divario Nord-Sud si riduce. Analizzate anche la sostenibilità dei Ssr e la qualità della vita correlata alla salute.

02 LUG -
Non solo Livelli essenziali di assistenza per misurare l'universalità e l'equità del Servizio sanitario nazionale, ma i risultati raggiunti in una serie di indicatori selezionati di performance regionali, considerando per la prima volta, accanto ai parametri sanitari e sociali, anche la soddisfazione dei cittadini nelle diverse regioni italiane.
Il Crea Sanità - Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità - dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" presenta oggi la XIII edizione dello studio sulle Performance Regionali, che analizza le opportunità di tutela della salute offerte ai cittadini nelle diverse regioni italiane. Lo studio, condotto con il contributo di un Panel di 107 stakeholder del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), ha introdotto importanti novità e ha evidenziato risultati significativi.
I risultati dello studio mostrano un quadro complesso, caratterizzato da un aumento delle aspettative e da una correlazione positiva tra la Performance dei servizi sanitari ed il livello di soddisfazione dei cittadini.
I livelli di Performance regionali risultano ancora significativamente distanti dal target ottimale: negli anni il Panel degli stakeholder, ed in particolare i cittadini, aumentano le loro aspettative, ovvero "spostano verso l'alto l'asticella" della Performance ottimale, ma nessuna Regione sembra riuscire ad avvicinarsi a quel livello.
Il Veneto si conferma la Regione con la migliore Performance, raggiungendo il 55% del massimo teorico possibile, seguito dalla Provincia Autonoma di Trento con il 50%. **La Calabria, invece, si posiziona all'ultimo posto con il 23%.** Nonostante il divario tra Nord e Sud Italia rimanga significativo, si osserva una progressiva riduzione delle disparità, con un miglioramento più marcato nelle regioni del Mezzogiorno. Tra queste, la Campania ha registrato l'incremento più rilevante, seguita da Abruzzo e Molise
Un aspetto innovativo dello studio è l'introduzione di un'indagine sulla soddisfazione dei cittadini, che ha misurato l'esperienza degli utenti con i servizi sanitari regionali. Il Trentino-Alto Adige si distingue per la maggiore soddisfazione, con un punteggio medio di 8,1 su una scala da 0 a 10, mentre le regioni del Mezzogiorno, come Puglia e Basilicata, registrano i livelli più bassi, pari a 5,8, con un valore mediano pari a 6,8. La correlazione tra l'indice di performance e la soddisfazione dei cittadini dimostra che una migliore performance genera maggiore soddisfazione.
Nel complesso, la correlazione tra l'indice di Performance e il livello di soddisfazione dei cittadini risulta essere forte per le aree assistenziali ospedaliere (0,79) ed ambulatoriali (0,80), bassa per le aree del sociale e della non autosufficienza (0,55), ed intermedia per l'assistenza primaria e l'accesso al farmaco (0,64). Per questi ultimi due aspetti la soddisfazione è generalmente alta in tutto il Paese, senza particolari criticità.

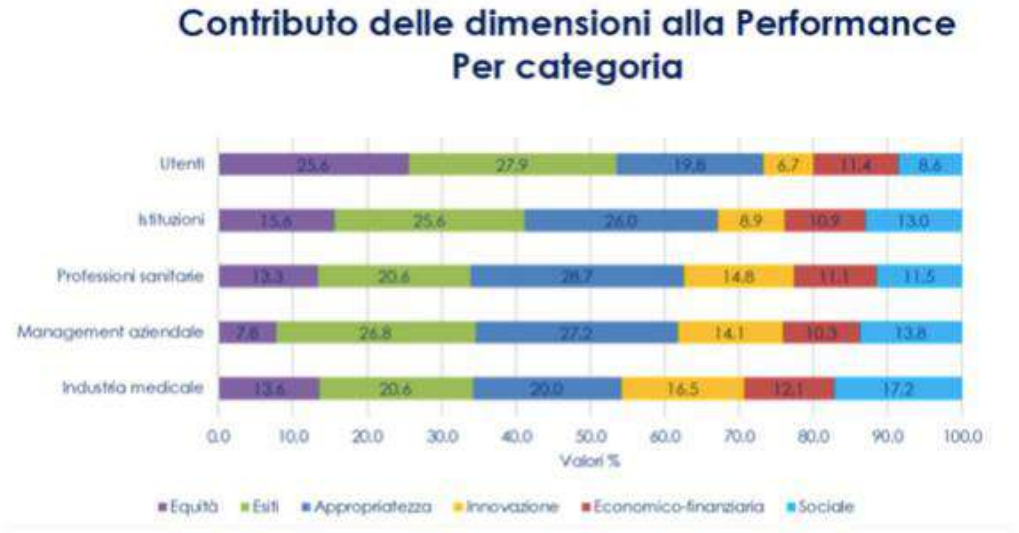
Lo studio ha inoltre analizzato la qualità della vita correlata alla salute, evidenziando che il Trentino-Alto Adige si conferma al vertice con un valore di 0,938, mentre **l'Umbria registra il valore più basso**, pari a 0,840 QALY (unità di misura impiegata nell'analisi costi-utilità che combina insieme la durata della vita con la qualità della stessa).

Secondo lo studio, la qualità della vita non è strettamente legata alla performance sanitaria: alcune regioni del Sud, pur avendo livelli di performance sanitaria bassi, registrano una qualità della vita più alta rispetto a regioni più performanti. Questo fenomeno è attribuibile a fattori culturali, educativi e ambientali, oltre che alle diverse aspettative dei cittadini.
La XIII edizione dello studio ha introdotto ulteriori novità, tra cui la misurazione della dinamica della performance nel periodo 2019-2024, che ha evidenziato un trend di miglioramento, soprattutto nelle regioni con livelli iniziali più bassi.
Nonostante i miglioramenti registrati, i livelli di performance regionale rimangono lontani dai valori ottimali.
Il divario tra Nord e Sud Italia persiste, ma si osserva una progressiva riduzione delle disparità.
Inoltre, è stata condotta un'analisi sulla sostenibilità dei Servizi Sanitari Regionali, identificando le regioni più resilienti, tra cui Piemonte, Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna.

Indice di *Performance*

Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità

La correlazione tra performance e soddisfazione dei cittadini, secondo Crea Sanità, sottolinea l'importanza di investire in politiche sanitarie mirate per migliorare l'efficienza e l'equità del sistema. I risultati dello studio, corredati da schede regionali e nuove analisi sulla qualità della vita e sulla soddisfazione dei cittadini, offrono un quadro innovativo dell'assistenza sociosanitaria in Italia, contribuendo a delineare strategie più efficaci per il futuro del Servizio Sanitario Nazionale.



Lo studio "Livelli di tutela della Salute: Le Performance Regionali" condotto da C.R.E.A. Sanità analizza le opportunità di tutela sociosanitaria offerte nelle diverse regioni italiane, adottando un approccio multidimensionale per misurare la Performance regionale. Ecco i principali risultati e dati emersi

Indice di Performance Regionale
- Massimo: Veneto (55% del massimo raggiungibile).
- Minimo: Calabria (23%).
- Media nazionale: migliorata dal 35% (2019) al 38% (2024).

Gruppi regionali:
Eccellenza: Veneto (55%) e P.A. di Trento (50%).

Buona Performance: 6 regioni (50%-42%): P.A. di Bolzano, Emilia-Romagna, Liguria, Toscana, Piemonte e Lombardia.
Intermedia: 8 regioni (33%-41%): Friuli-Venezia Giulia, Sardegna, Valle d'Aosta, Molise, Abruzzo, Lazio, Umbria e Marche.
Critica: 5 regioni (<33%): Puglia, Campania, Basilicata, Sicilia e Calabria.

Determinanti della Performance
Contributo delle dimensioni:
Appropriatezza (24,3%), Esiti (24,3%), Equità (15,2%), Sociale (12,8%), Innovazione (12,2%), Economico-finanziaria (11,2%).

Dinamiche:
- Aumento del peso di Equità (+4,0 p.p.), Innovazione (+0,8 p.p.), Economico-finanziaria (+0,5 p.p.) ed Esiti (+0,4 p.p.).
- Riduzione del peso di Sociale (-3,3 p.p.) e Appropriatezza (-2,3 p.p.).

Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità

Resilienza e sostenibilità
- Solo 9 regioni superano il test di sostenibilità nel medio periodo: Piemonte, Lombardia, P.A. di Trento, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Abruzzo.

Customer Satisfaction e qualità della vita

- Soddisfazione dei cittadini:
Massimo: Trentino-Alto Adige (8,3 su 10).
Minimo: Puglia e Basilicata (5,8 su 10).

Mediana: 6,8 su 10.
Nord-Est (84,2%) e Nord-Ovest (82,7%) più soddisfatti rispetto al Mezzogiorno (75,6%).

Qualità della vita correlata alla salute (QALY: unità di misura impiegata nell'analisi costi-utilità che combina insieme la durata della vita con la qualità della stessa):
Migliore: Trentino-Alto Adige (0,938).
Peggiore: Umbria (0,840).
Mediana: 0,890.

Correlazioni

Performance e Customer Satisfaction:
Forte correlazione per aree ospedaliere (0,79) e ambulatoriali (0,80).
Minore correlazione per aree sociali e non autosufficienza (0,55).

Performance e qualità della vita:
Correlazione positiva ma inferiore (0,48), indicando che la salute percepita dipende anche da fattori sociali, economici e culturali.
I livelli di Performance regionale sono ancora lontani dai valori ottimali, sebbene in miglioramento. Persistono disparità tra le regioni, con un trend di riduzione del gap tra Nord e Sud. Le risorse limitate rappresentano un vincolo significativo per migliorare le Performance. La Performance genera Customer Satisfaction, ma la salute percepita dipende da fattori multidimensionali.

Miglioramento nel periodo 2019-2024:
L'indice medio nazionale è passato dal 35% al 38%, con un miglioramento più marcato nelle regioni del Mezzogiorno (+0,3 punti percentuali).
La Campania ha registrato il miglior incremento (+0,12 punti percentuali), seguita da Abruzzo (+0,09) e Molise (+0,08).

Soddisfazione dei cittadini:
Il Trentino-Alto Adige si distingue per la maggiore soddisfazione dei cittadini, con un punteggio medio di 8,1 su una scala da 0 a 10.
Le regioni del Mezzogiorno, come Puglia e Basilicata, registrano i livelli più bassi di soddisfazione (5,8).
È emersa una forte correlazione tra l'indice di Performance e la soddisfazione dei cittadini, dimostrando che una migliore Performance genera maggiore Customer Satisfaction.
Qualità della vita correlata alla salute (HRQoL: concetto utilizzato per misurare il modo in cui la salute influisce su come ci si sente fisicamente, socialmente ed emotivamente):
Il Trentino-Alto Adige si conferma al vertice anche per la qualità della vita correlata alla salute, con un valore di 0,938 QALY.
L'Umbria registra il valore più basso, pari a 0,840 QALY.

Novità introdotte nella XIII edizione

Misurazione della dinamica della Performance:
Lo studio ha analizzato l'evoluzione della Performance nel periodo 2019-2024, evidenziando un trend di miglioramento, soprattutto nelle regioni con livelli iniziali più bassi.
Indagine sulla soddisfazione dei cittadini (PREMs: Patient-Reported Experience Measures), strumenti di indagine che raccolgono il punto di vista dei pazienti sulla loro esperienza durante un ricovero ospedaliero o un ciclo di cure):
Per la prima volta, è stata condotta una survey nazionale per misurare l'esperienza dei cittadini con i servizi sanitari regionali.

Sono stati valutati nove ambiti assistenziali, tra cui pronto soccorso, ricoveri ospedalieri, assistenza domiciliare e facilità nel reperire farmaci.

Analisi della sostenibilità dei SSR:
Lo studio ha identificato le regioni più "resilienti" in termini di sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale. Solo 9 regioni, tra cui Piemonte, Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna, hanno superato i criteri di resilienza. Lo studio evidenzia che, nonostante i miglioramenti registrati, i livelli di Performance regionale rimangono lontani dai valori ottimali. Il divario tra Nord e Sud Italia persiste, ma si osserva una progressiva riduzione delle disparità. La correlazione tra Performance e soddisfazione dei cittadini sottolinea l'importanza di investire in politiche sanitarie mirate per migliorare l'efficienza e l'equità del sistema.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=130650

quotidianosanità.it

"Più risorse, più diritti e meno Mef. Per la Sanità si faccia come per la Difesa. Basta compromessi al ribasso". Marina Sereni presenta in anteprima le proposte PD per il rilancio del Ssn

Giovanni Rodriquez

La responsabile Salute del PD, presenta in anteprima a Quotidiano Sanità la bozza programmatica del partito per rilanciare il Servizio sanitario nazionale. Tra le proposte chiave: aumento del finanziamento al 7,5% del Pil, superamento del tetto di spesa per il personale, istituzione dello psicologo di base, rilancio delle Case della Comunità, revisione del Titolo V e una nuova governance partecipata tra le professioni sanitarie. "La sanità non può essere guidata solo dai vincoli del Mef. Servono scelte politiche sui diritti da garantire a tutti".

29 LUG -
Marina Sereni, responsabile Salute e Sanità del Partito Democratico, ha presentato in anteprima a *Quotidiano Sanità* una prima bozza del documento politico-programmatico sulla sanità che il PD porterà a compimento in autunno. Un testo nato da un percorso collettivo, ancora aperto al contributo di professionisti, territori e associazioni. Su questo Sereni è stata chiara: "C'è ancora molto da sviluppare su alcune tematiche ancora troppo poco presenti nel testo come ad esempio la farmacia dei servizi, essenziale soprattutto nelle aree rurali. Senza scordare il Terzo settore, dobbiamo pensare a come valorizzare ulteriormente il loro apporto tanto sul piano sanitario quanto su quello sociosanitario".
"Il nostro obiettivo – spiega Sereni – è dare un futuro al Servizio sanitario nazionale, che oggi rischia di trasformarsi da sistema universalistico a sistema per censo. La sostenibilità del Ssn la decide la politica, noi dobbiamo capire quali diritti garantire a tutti e di conseguenza decidere quante risorse investire. Non si può continuare a fare il contrario altrimenti avremo sempre compromessi al ribasso".
Parole che ricordano molto le conclusioni dell'indagine sulla sostenibilità del Ssn approvate all'unanimità dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato nel 2015. Allora, in quel documento, veniva richiamata una frase di **Roy Romanow** usata nelle conclusioni della *Commission on the Future of Health Care in Canada*: "Il sistema è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia". Non si tratta di un problema economico (quante risorse sono necessarie), ma si tratta di definire i principi che consentono di specificare i termini della sostenibilità di un sistema sanitario. Un sistema deve essere sostenibile per cosa? Quali tipo di servizi e prestazioni devono essere incluse? Cosa concorre alla sostenibilità del sistema sanitario?

Troppo spesso la salute e la spesa per salute è stata considerata solo un tema di sanità, dimenticando gli impatti sul sistema economico e produttivo del Paese. La sostenibilità del sistema sanitario è prima di tutto un problema culturale e politico. E la bozza di proposte del PD sembra voler partire proprio da questo.

Partiamo da qui: perché questo documento e perché adesso?
Perché è necessario. Il documento nasce da un lavoro condiviso con esperti, responsabili sanità di diverse regioni, parlamentari e operatori del settore. Dopo una lunga mobilitazione abbiamo sentito il bisogno di dire chiaramente cosa vogliamo fare, come lo vogliamo fare e con quali risorse. Non basta infatti limitarsi a chiedere maggiori finanziamenti, il Ssn ha bisogno di un piano programmatico, non di interventi episodici. E per questo abbiamo avviato una consultazione aperta con ordini professionali, sindacati, fondazioni, centri studi e territori. Tutti ci stanno dando contributi preziosi.

Cosa sta emergendo da questo percorso partecipato?
Una consapevolezza forte e condivisa: il rischio di passare da un Ssn universalistico a un sistema sempre più segmentato, fondato sulla capacità di spesa dei singoli cittadini. Le disuguaglianze territoriali sono drammatiche, e non più solo Nord-Sud: anche tra regioni grandi e piccole, tra aree urbane e interne. La risposta non può essere il ritorno alla centralizzazione, ma serve una nuova programmazione nazionale, con un vincolo reale sui Livelli essenziali di assistenza, non aleatorio. Dobbiamo riprendere anche il filo di una revisione del Titolo V, come avevamo tentato nel 2016. Anche i commissariamenti e i piani di rientro hanno fallito. Sono serviti talvolta a rimettere in sesto i bilanci, ma non hanno mai portato i cittadini a beneficiare di quelle prestazioni che dovrebbero essere loro garantite. E questo perché la gestione è sempre stata in mano al ministero dell'Economia, ma la salute non può esser vista come un mero costo. La pandemia ce l'ha insegnato, senza salute non si può fare economia, non si può produrre.

Quali sono i pilastri della proposta del PD?
Finanziamento, personale, prossimità, prevenzione. Sul piano economico, proponiamo di superare la logica del "quanto possiamo permetterci" e partire invece da "quali diritti vogliamo garantire". Non possiamo accettare che alla sanità vada meno del 7% del Pil mentre ci si impegna al 5% per la Difesa. Come per la Difesa, anche per la Sanità serve una volontà politica. Si parta dalla necessità di un finanziamento ancorato a quello dei maggiori Paesi europei e non si faccia l'inverso, partendo cioè dalle risorse a disposizione, altrimenti è inevitabile una decisione al ribasso. E bisogna anche cambiare la base del finanziamento: oggi il Ssn è pagato, di fatto, quasi esclusivamente da pensionati e lavoratori dipendenti. Bisogna rendere più equa la fiscalità.

Il personale sanitario è sempre più demotivato. Quali sono le vostre proposte?
Serve una vera strategia nazionale. Il superamento del tetto di spesa sul personale, così come ipotizzato dal Governo, è stato un fallimento. I piani di fabbisogno di personale sono una competenza regionale, la Consulta ha dichiarato incostituzionale la loro approvazione da parte del Mef. Nei fatti, quindi, nonostante quanto sbandierato dal governo fin dall'estate dello scorso anno, il tetto di spesa per il personale sanitario è tuttora vigente. E oggi non si può né assumere con concorsi (che vanno deserti) né, giustamente, con contratti a gettone. Il rischio concreto è quindi quello di un ulteriore aggravarsi delle carenze. Mancano incentivi per chi lavora in aree interne, montane, svantaggiate. E il piano per 30mila assunzioni annunciato dal ministro Schillaci è scomparso. Dobbiamo valorizzare tutte le professioni: gli infermieri, spesso dimenticati, meritano riconoscimento, motivazione, stipendi più adeguati. E così le professioni sociosanitarie, fondamentali ma ancora troppo poco citate. Se fossi al ministero della Salute mi preoccuperei di fare un tavolo di vera discussione tra le professioni.

In che senso?
I medici chiedono giustamente di definire e depenalizzare l'atto medico. Gli infermieri chiedono di poter fare ciò che oggi è riservato solo ai medici, come prescrivere ausili. Dobbiamo trovare una sintesi tra le diverse professionalità, farle lavorare insieme. Serve un tavolo stabile di confronto tra professioni per costruire un nuovo equilibrio e una governance partecipata.

Case della Comunità: cosa non sta funzionando?
Il rischio è che diventino contenitori vuoti. Spesso sono poliambulatori aperti a ore, senza équipe multiprofessionali, senza apertura h24, senza un vero cambio di paradigma verso la medicina d'iniziativa e la prevenzione. Dobbiamo far sì che funzionino davvero, con medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali che lavorino insieme. E dobbiamo coinvolgere anche enti locali e terzo settore, senza scaricare su di loro il peso della carenza di risorse.

Prevenzione e salute mentale: quali proposte concrete?
Proponiamo che, a fronte del dibattito apertosi in UE sul tema della Difesa, si inizi a parlare anche di Salute come di una spesa di investimento. Almeno tutte le spese per la prevenzione dovrebbero essere considerate investimenti, non semplici costi. E vogliamo finalmente istituire lo psicologo di base, figura ormai urgente. C'è un testo condiviso alla Camera, fermo per mancanza di fondi. Ma se non si investe nella salute mentale – soprattutto per i giovani – rischiamo che un disagio diffuso diventi patologia grave. Il bonus psicologo non basta. Quella per noi era una proposta transitoria. Serve una rete vera, strutturata e servono proposte che vadano oltre un semplice bonus.

Qual è la vostra posizione sulla sanità integrativa?
Siamo contrari a ogni tentativo di sostituzione del pubblico. Alcune proposte, come quella di Forza Italia, vogliono superare il concetto stesso di sanità integrativa per creare una "sanità complementare" che in realtà aggira il Sistema sanitario nazionale. Per noi la sanità integrativa deve restare tale: coprire ciò che il pubblico non garantisce, avere funzione mutualistica e non trasformarsi in un sistema parallelo a pagamento.

Finita l'emergenza Covid, è sparito il tema sulle strutture ospedaliere. Eppure...
Gli ospedali sono spesso obsoleti, sia per sicurezza che per sostenibilità ambientale. Due ospedali su tre hanno più di 50 anni, e uno su trestato costruito prima del 1940. Va colta l'occasione di realizzare un nuovo Next Generation EU per un grande piano di rinnovamento dell'edilizia ospedaliera. Le risorse dell'articolo 20 sono insufficienti e di difficile utilizzo. Serve un nuovo piano per ospedali "green" e tecnologicamente avanzati, all'altezza delle sfide della medicina moderna.

Farmaceutica e ricerca: qual è la strategia del PD?
L'Italia è un'eccellenza nella produzione e ricerca farmaceutica. Dobbiamo sostenerla con una politica industriale seria. La spesa per i farmaci cresce più del finanziamento del Ssn: servono sedi di confronto tra Aifa, Regioni e aziende per gestire questa dinamica. Vogliamo promuovere l'uso di biosimilari, ma sempre con valutazioni scientifiche. Questa però non deve essere inquadrata come una mossa contro le aziende. La premessa, anzi, è il riavvio di una vera politica industriale e di investimenti per la farmaceutica.

Qual è il passo successivo?
Da qui all'autunno continueremo il confronto, raccoglieremo proposte, ascolteremo territori e professioni. L'obiettivo è costruire una piattaforma solida che possa essere anche base di lavoro per un campo largo dell'opposizione. Vogliamo un Ssn più giusto, più efficiente e più umano. E siamo pronti a difenderlo con ogni strumento politico.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=131251

quotidianosanità.it

Schillaci: “Stato deve avere un potere di controllo e di indirizzo. Ma oggi non avviene. Serve una riforma strutturale”

Così il Ministro della Salute a Radio 24 in cui ha annunciato l’arrivo di due provvedimenti: “Abbiamo preparato due collegati alla finanziaria, uno che presenteremo a breve e riguarda il riordino delle professioni sanitarie. E l'altro sul rafforzamento della rete ospedaliera e della rete territoriale”

09 LUG -
"La piattaforma per il monitoraggio delle liste d'attesa è stata realizzata in 6 mesi, un tempo breve, è aggiornata con le prestazioni da gennaio a maggio 2025. Le regioni inseriscono i dati ancora a macchia di leopardo, ma sono state caricate 24 mln di prestazioni da erogatori pubblici e privati. La piattaforma ci permette di monitorare le prime visite e gli accertamenti diagnostici e abbiamo un quadro preciso per migliorare e ridurre quello che è un problema annosa dei cittadini, come ho sempre detto. Avere i tempi, chi li rispetta in relazione alla classe di priorità e l'entità dei ritardi, capire bene se c'è chi tiene ancora le agende chiuse. Da questo quadro partiamo per migliorare il servizio: se ci sono nelle regioni tempi lunghi o se mancano macchinari 'ad hoc' per gli esami o personale, se ci sono negligenze scattano i poteri sostitutivi del ministero per aiutare e supportare le regioni nell'interesse unico dei cittadini". Lo ha detto il ministro della Salute **Orazio Schillaci** nel suo intervento oggi a '24 Mattino' in onda su Radio24
"Ci sono trend positivi – ha proseguito - che ci confermano che la strada intrapresa è quella giusta: il Lazio ha centralizzato il Cup e si si sono ridotte le attese per le mammografie e le visite cardiologiche; stessa cosa ha fatto la Liguria - ha elencato il ministro - con una riduzione del 50% delle liste d'attesa; va molto bene la Toscana; in Piemonte negli ultimi 4 mesi ci sono state aperture straordinarie nel weekend e sono state fatte 65mila prestazione in più; il Veneto ci sono alcune visite, cito la visita dermatologica che ha avuto un miglioramento dei tempi del 20%.
Quindi quando la legge contro le liste d'attesa viene applicata funziona".
"Io credo – ha detto Schillaci - che lo Stato debba avere un potere di controllo e di indirizzo per assicurare il rispetto dell'articolo 32 della Costituzione. Oggi non avviene e il problema delle liste d'attesa è l'esempio eclatante. Io mi batto per l'accesso alle cure sia uguale in qualunque regione e - soprattutto nel rispetto della Costituzione - non dove dipendere dalla capacità economia del cittadino. L'articolo 32 dice che lo Stato si deve occupare degli indigenti ed è quello che sto facendo da quando sono ministro.
Quando parliamo di riforma strutturale del Ssn è chiaro che va fatta, dopo 47 anni deve essere ammodernato rispettando i principi base di universalità e gratuità delle cure. Abbiamo preparato due collegati alla finanziaria, uno che presenteremo a breve e riguarda il riordino delle professioni sanitarie. In un mondo che è cambiato la sanità del terzo millennio ha necessità di avere professionisti sanitari nuovi e con competenze diverse. E l'altro sul rafforzamento della rete ospedaliera e della rete territoriale, questo serve per rendere più efficiente il sistema".
Il Ministro ha parlato anche di carenza di personale: “La carenza degli infermieri è un problema importante, riguarda l'Italia ma anche l'Europa e altre nazioni. Dobbiamo rendere più attrattiva questa professione, questo significa sicuramente avere retribuzioni più alte. Oggi gli infermieri in Italia in base ai dati Ocse sono tra i meno pagati in Ue, ma dobbiamo valorizzare anche il percorso di laurea e su questo stiamo lavorando da tempo con l'Ordine degli infermieri. Però nel brave periodo per potenziare l'assistenza territoriale e se vogliamo far partire le Case e gli Ospedali di comunità" attivate con il Pnrr "abbiamo necessità nel breve periodo di ricorrere all'estero per reclutare il personale infermieristico e rivolgerci a chi ha un percorso formativo fatto sulla falsariga di quello italiano".

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=130822

24 OreSalute

Chi guida oggi la sanità pubblica? L'identikit dei direttori generali in Italia

Ricambio generazionale, equità di genere, mobilità delle competenze e revisione dei meccanismi di selezione: ecco che le sfide messe in luce dall'analisi della SDA Bocconi sulle figure apicali del servizio sanitario

Valeria D. Tozzi , Alessandro Furnari, *SDA Bocconi*

Nel cuore delle aziende sanitarie pubbliche italiane si trova una figura chiave, spesso poco conosciuta fuori dai circuiti istituzionali, ma determinante per la salute del sistema: il direttore generale. È a questa figura che spetta il compito di far funzionare aziende complesse che hanno nei luoghi della cura professionisti dotati di autonomia nelle decisioni su cosa sia appropriato per ogni paziente, mediarne le istanze politiche, renderle sostenibili e orientarle strategicamente. Ma chi sono oggi i Dg italiani?

A queste domande risponde un'analisi condotta su scala nazionale all'interno del Network DASP di SDA Bocconi School of Management, dedicato alle direzioni strategiche delle aziende sanitarie pubbliche.

Un universo complesso

Il censimento considera l'insieme delle 203 aziende pubbliche del Ssn attive al 31 dicembre 2024:

- 128 Asl, incluse le Asst della Lombardia;
- 51 Aziende ospedaliere, comprese le Ao universitarie integrate;

A capo di ciascuna di queste aziende siede un direttore generale (solo nel 25% dei casi una direttrice generale), la cui nomina è affidata alle Regioni ma deve avvenire scegliendo tra gli iscritti all'Albo nazionale degli idonei istituito presso il ministero della Salute. Questa condizione, formalmente necessaria per garantire una selezione su base meritocratica e trasparente, introduce tuttavia anche delle rigidità nel ricambio.

Direttori "over 50"

Uno dei dati più rilevanti emersi dalla fotografia riguarda l'età media dei Dg. A livello nazionale si registra una media superiore ai 50 anni, con picchi vicini ai 70 in alcune realtà. Il Direttore generale più giovane ha 44 anni, quello più anziano ne ha 72, con un differenziale di quasi 30 anni tra i due estremi. Le medie variano (poco) anche in funzione della tipologia di azienda:

La composizione anagrafica segnala una criticità demografica: se da un lato l'età avanzata è indice di esperienza e consolidamento, dall'altro emerge la necessità di pensare a un ricambio generazionale, che appare ancora lento e disomogeneo tra territori. Una riflessione che meriterebbe di essere fatta è quella su quanto l'istituzione dell'albo nazionale (ma soprattutto dei criteri adottati) facili questo ricambio. Inoltre, c'è un tema di rete tra esperienze molto diverse che dovrebbero essere condivise tra i più o meno giovani di questa famiglia professionale.

Una leadership maschile

La questione di genere resta centrale. Nonostante un lieve ma costante incremento della presenza femminile, solo il 25% dei Dg è donna. La tendenza è al rialzo se consideriamo che qualche anno fa era del 17%. A parità di iscrizione all'albo, un uomo ha maggiori probabilità di diventare Dg rispetto a una donna.

Nel 2023, per ogni 4,5 idonei uomini uno ha ricevuto una nomina, mentre per le donne il rapporto è di una nomina ogni 6,2 idonee. Questo dato invita a interrogarsi sui meccanismi effettivi di selezione, che vanno oltre il filtro formale dell'idoneità.

Carriera "a chilometro zero"

Un altro aspetto significativo è rappresentato dalla mobilità geografica. Il 90% degli attuali Dg ha operato sempre all'interno della stessa regione. Solo il 10% ha maturato esperienze in contesti regionali diversi. Il legame con la politica locale è dunque fortissimo, ma può diventare un limite in termini di scambio di esperienze, diffusione di buone pratiche e omogeneità dei livelli di competenza su scala nazionale.

Inoltre, le Regioni tendono a selezionare Dg "già noti", spesso con esperienze amministrative o sanitarie locali, piuttosto che valorizzare profili provenienti da altre aree del Paese o da altri settori professionali. Questo può contribuire alla cristallizzazione dei vertici dirigenziali, limitando l'accesso a nuovi talenti.

Tra continuità e instabilità
La durata media degli incarichi è di 3 anni e 6 mesi, calcolata sul periodo 1996–2025, e varia sensibilmente tra Regioni. Alcune garantiscono maggiore continuità, altre mostrano una rotazione più elevata. L'instabilità è particolarmente marcata in alcune Regioni del Sud e nelle Asl, dove le condizioni territoriali e le pressioni istituzionali rendono più fragile la permanenza nel ruolo.
Le aziende ospedaliere e gli Irccs mostrano in generale una maggiore stabilità, ma stiamo parlando di differenze relative

L'albo nazionale: uno strumento, molte rigidità
Dal 2018, la nomina dei Dg deve avvenire scegliendo tra i candidati iscritti all'Albo nazionale degli idonei. L'albo è stato aggiornato nel 2023 e al momento conta 1.257 candidati, dei quali 256 sono stati effettivamente nominati almeno una volta (pari al 20%).
Tuttavia, i numeri evidenziano un meccanismo selettivo interessante:
• Dei 256 nominati, 196 erano già presenti nell'elenco del 2018.
• Tra i nuovi idonei del 2023 (810 persone), solo 60 hanno ricevuto un incarico.
Il tasso di nomina tra gli "storici" è di 1 su 2,3, mentre tra i "nuovi" è di 1 su 13,5. Questo suggerisce una forte inerzia del sistema, che privilegia profili già noti alle amministrazioni regionali rispetto a potenziali nuovi ingressi. Questo apre il fianco a una riflessione spinosa: come leggere il merito delle competenze? Come distinguere tra titoli conseguiti da percorsi formativi differenti ma con medesimo significato formale? Quanto contano i risultati dell'azienda nella valutazione delle competenze?

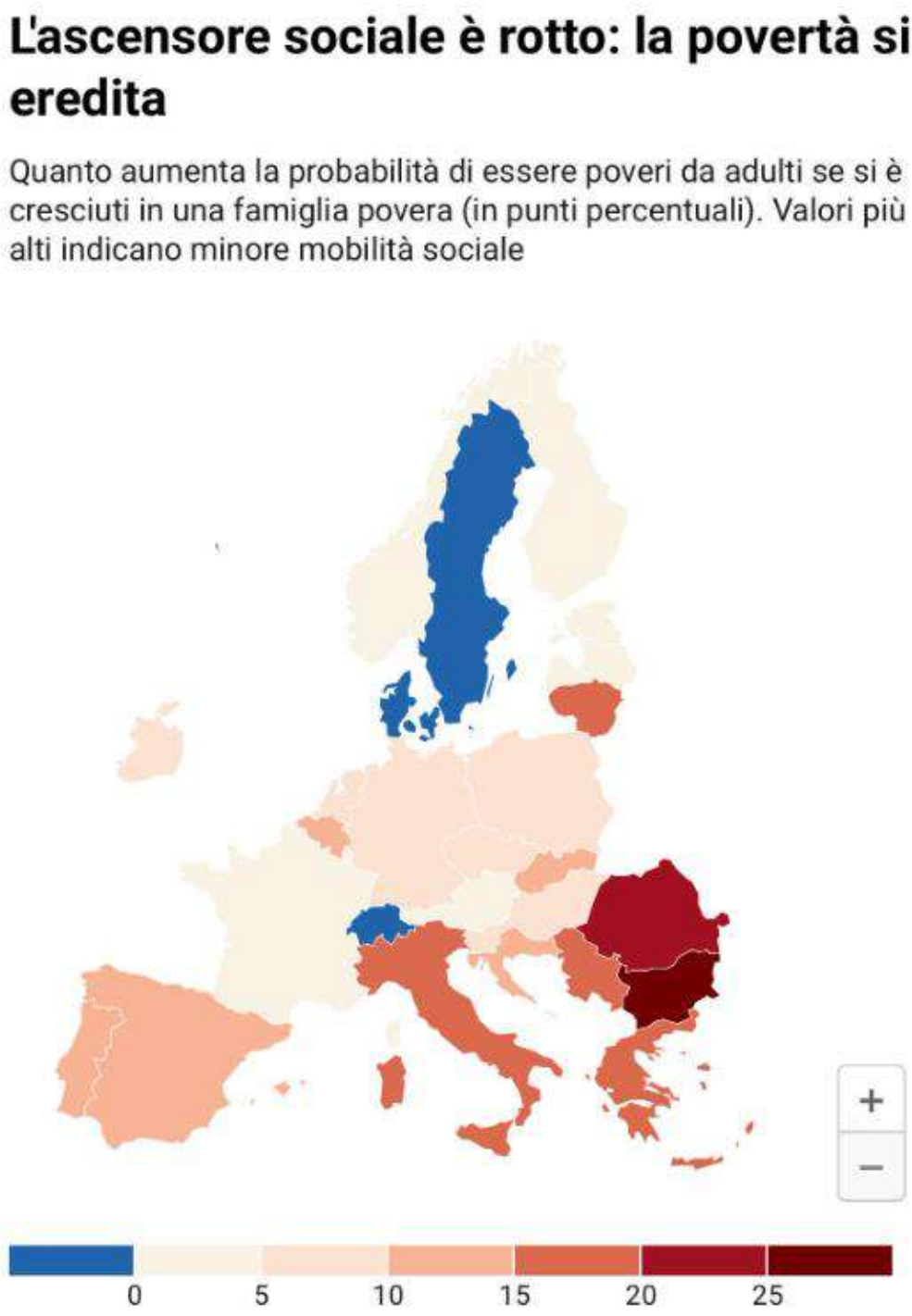
Una figura unica nella Pa
Il Direttore generale rappresenta una figura peculiare. A differenza di quanto avviene in altri contesti, come quelli privati, egli o ella unisce in un solo ruolo tre funzioni fondamentali:
1. Governance istituzionale, con la responsabilità di rappresentare l'azienda e garantirne la legittimità;
2. Gestione operativa, con competenze analoghe a quelle di un Ceo, inclusa la responsabilità di bilancio e organizzazione interna;
3. Definizione strategica, cioè la capacità di orientare la missione aziendale nel tempo e di promuovere trasformazioni coerenti con gli obiettivi di salute pubblica.
Questa triplice funzione, spesso distribuita su più figure nelle imprese private, pone sulla direzione generale un peso decisionale e politico rilevante, che richiede capacità manageriali, sensibilità istituzionale e una profonda conoscenza del sistema sanitario.

Le sfide emergenti
L'analisi condotta dall'Osservatorio Oasi di SDA Bocconi evidenzia che siamo di fronte a un punto di svolta:
• Serve un ricambio generazionale, per evitare vuoti di leadership nei prossimi anni;
• È necessaria una maggiore equità di genere, sia in termini di accesso all'albo, sia nella probabilità effettiva di nomina;
• Occorre superare la rigidità territoriale, promuovendo la circolazione delle competenze tra Regioni;
• È urgente ripensare i criteri di selezione, valorizzando i risultati dell'azienda, le competenze trasversali e la capacità di orientare "pachidermi" come sono le aziende sanitarie.
In parallelo, è necessario rafforzare le condizioni di lavoro dei Dg, soprattutto in quei contesti più instabili o periferici, dove il turnover elevato non favorisce né la qualità della governance né la continuità dei servizi.

Verso una leadership strategica
L'identikit aggiornato dei Direttori Generali restituisce un'immagine precisa ma articolata: un corpo dirigente maturo, esperto, prevalentemente maschile, poco mobile, esposto a dinamiche locali e con poche aperture verso l'esterno.
Ma il futuro della sanità pubblica italiana – tra innovazione tecnologica, transizione demografica e sostenibilità economica – richiede nuove forme di leadership. Una leadership capace di agire oltre la logica dell'incarico, per diventare leva di sistema: capace di dialogare con il territorio, ma anche con le reti

professionali e scientifiche; di governare la complessità con strumenti adeguati e con una visione di lungo periodo.
Affinché questo avvenga, è necessario investire nella formazione, nella trasparenza dei processi di selezione, nella mobilità qualificata e in una valorizzazione della funzione strategica della Direzione generale (non solo del Dg, quindi) come motore di cambiamento, e non solo come presidio amministrativo.

ùhttps://www.ilsole24ore.com/art/chi-guida-oggi-sanita-pubblica-l-identikit-direttori-generali-italia-AHbIaIfB?&cmpid=nl_sanita24



Il Magazine

Dal conflitto dei poteri all'antifragilità sistemica: la visione di Borgonovi e la risposta del Forum Leopolda della Salute 2025

Il paradosso del potere frammentato nella sanità

Elio Borgonovi, nel suo recente intervento su LinkedIn [LINK], ha messo a fuoco con lucidità chirurgica uno dei nodi più critici delle organizzazioni sanitarie contemporanee:
"Nell'ambito delle istituzioni/organizzazioni/aziende si realizza il confronto di vari poteri. La tecnocrazia dell'ingegnere, dell'informatico, del chimico, e nei sistemi di tutela della salute del medico, infermiere, e altro professionista che crede unicamente nella relazione positivista di causa-effetto; la burocrazia, che crede nel ruolo prevalente delle norme, dei decreti, dei regolamenti, degli ordini di servizio; la LINK (che può essere anche definita buro-management), che crede di poter governare con tecniche e strumenti di pianificazione, programmazione, controllo, gestione, contabilità, valutazione delle performance, etc."
Questa analisi penetra al cuore di una contraddizione che attraversa la sanità italiana: mentre i nostri IRCCS pubblici producono oltre 1.200 pubblicazioni scientifiche annue di livello mondiale, il sistema nel suo complesso soffre di frammentazione, liste d'attesa insostenibili e carenza di personale. È il paradosso di un'eccellenza che non riesce a diventare sistema.

I tre limiti strutturali del potere verticale
Borgonovi identifica tre limiti fondamentali che caratterizzano tecnocrazia, burocrazia e managementcrazia, limiti che spiegano perché tanta competenza individuale non si traduca in efficacia sistemica:

Il primo limite è la mono-dimensionalità: ogni forma di potere ritiene di porre al centro solo una dimensione del funzionamento di sistemi complessi. Il tecnico si concentra sulla precisione dell'intervento, il burocrate sulla conformità procedurale, il manager sull'ottimizzazione delle risorse. Ognuno vede solo il proprio pezzo del puzzle, perdendo la visione d'insieme.

Il secondo è il riduzionismo: di fronte alla complessità del sistema sanitario, ogni potere risponde con soluzioni che riducono la ricchezza del problema alla propria prospettiva specialistica. È come pretendere di curare l'organismo umano trattando solo un organo per volta, ignorando le interconnessioni vitali.

Il terzo, e più grave, è lo smarrimento del senso: queste forme di potere "si preoccupano del cosa fare e come fare nel modo ritenuto più efficace e mettono in secondo piano le risposte alle domande sostanziali perché fare e per chi fare". Si considera esperti degli strumenti e dei mezzi, ma non ci si preoccupa di essere sempre esperti dei fini.

L'antifragilità come prospettiva orientante
Il Forum Leopolda della Salute 2025 non pretende di essere la soluzione al paradigma del potere frammentato descritto da Borgonovi, ma si propone di porre le questioni nella prospettiva giusta per identificare soluzioni efficaci. Il concetto di "sistema sanitario antifragile" offre una cornice concettuale che può orientare la ricerca di risposte concrete da sviluppare e implementare nei contesti operativi appropriati.

Dalla mono-dimensionalità alla ricerca di integrazione
Le cinque trasformazioni sistemiche identificate dal Forum – evoluzione delle relazioni di cura, diagnostica e terapeutica avanzata, organizzazioni adattive, digitalizzazione inclusiva, evoluzione culturale – non rappresentano un modello predefinito da applicare, ma aree di riflessione che aiutano a superare i silos

disciplinari. Il Forum propone di guardare all'intelligenza artificiale non solo come strumento tecnologico (prospettiva tecnocratica), né come elemento da regolamentare (prospettiva burocratica), né come leva di efficienza (prospettiva manageriale), ma come catalizzatore che potrebbe amplificare la capacità relazionale umana.
La questione che emerge è: come progettare nei contesti reali l'integrazione di queste dimensioni? Il Forum offre uno spazio per esplorare questa domanda, ma le risposte dovranno nascere dall'sperimentazione concreta nelle aziende sanitarie, nei dipartimenti, nei territori specifici.

Dal riduzionismo verso la complessità generativa
Il concetto di antifragilità proposto dal Forum offre una prospettiva alternativa al riduzionismo: invece di semplificare la complessità per renderla gestibile, suggerisce di esplorare come trarre beneficio dalle perturbazioni. È un cambio di mindset che potrebbe orientare diversamente la progettazione organizzativa.
La domanda diventa: come sviluppare negli ospedali e nelle ASL la capacità di apprendere dalle crisi invece di limitarsi a sopravvivervi? Il Forum non fornisce ricette preconfezionate, ma offre uno spazio per condividere esperienze di chi ha già sperimentato approcci in questa direzione e per identificare principi orientativi che possano guidare sperimentazioni concrete nei diversi contesti.

Verso il recupero del "perché": una questione aperta
Il Forum pone al centro la questione sollevata da Borgonovi sul recupero del senso, delle risposte alle domande fondamentali "perché fare" e "per chi fare". La proposta di orientarsi verso risultati di salute (outcome-based value) piuttosto che volumi di prestazioni non è una soluzione tecnica, ma una direzione di ricerca per i professionisti e i manager che operano quotidianamente nel sistema.
Come tradurre operativamente questa prospettiva in indicatori, processi, sistemi di valutazione che mantengano il focus sui fini? Come bilanciare l'efficienza necessaria con l'efficacia sostanziale? Il Forum offre uno spazio per esplorare queste tensioni con chi le vive quotidianamente, condividere tentativi già in corso, identificare ostacoli comuni e possibili vie di superamento.
L'approccio One Health, che integra salute umana, animale e ambientale, rappresenta un esempio di come ampliare la domanda "per chi facciamo questo?" ma rimane da definire come renderlo operativo nei diversi contesti organizzativi e territoriali.

L'intelligenza dialogica come strumento di esplorazione
L'introduzione dell'intelligenza artificiale dialogica nel Forum rappresenta una sperimentazione interessante per facilitare il dialogo tra diverse forme di sapere. Non si tratta di una soluzione al conflitto tra poteri identificato da Borgonovi, ma di uno strumento per esplorare se e come sia possibile creare spazi di traduzione e sintesi tra prospettive diverse.
L'AI dialogica potrebbe facilitare la conversazione tra il medico e l'informatico, tra il manager e l'infermiere, tra il burocrate e il paziente, non eliminando le differenze ma creando un linguaggio comune che preservi la ricchezza di ogni prospettiva. È una sperimentazione che mira ad amplificare l'intelligenza collettiva piuttosto che sostituirla.
Durante le sessioni collaborative del Forum, questa tecnologia verrà testata per vedere se effettivamente facilita l'emergere di connessioni inedite, se aiuta a riassumere idee complesse in tempo reale, se riesce a identificare pattern nelle discussioni. I risultati di questa sperimentazione potranno offrire indicazioni per un eventuale utilizzo nei contesti operativi reali.

Dal confronto occasionale alla ricerca di continuità
I dieci anni di storia della Leopolda dimostrano che è possibile creare spazi dove "attori apparentemente distanti" – dalle startup alle direzioni ospedaliere, dai ricercatori ai parlamentari – si incontrano e dialogano costruttivamente. Il Forum 2025 esplora se sia possibile evolvere da questo modello di confronto periodico verso forme più continuative di collaborazione e apprendimento reciproco.
La metodologia che il Forum sperimenta – "lasciare che le soluzioni emergano dalla perturbazione creativa del confronto multidisciplinare" – rappresenta un tentativo di superare la logica del potere verticale per

sperimentare forme di intelligenza collettiva orientata ai bisogni reali. Non si tratta di un modello già validato, ma di un approccio da testare e verificare nella pratica.
L'obiettivo è esplorare se sia possibile sviluppare una forma di expertise che vada oltre i confini disciplinari: competenza multi-prospettica, intelligenza relazionale e orientamento costante ai fini. I risultati di questa esplorazione potranno offrire indicazioni per chi opera quotidianamente nei sistemi complessi della sanità.

L'urgenza del confronto
La convergenza di fattori che caratterizza il 2025 – scadenza PNRR, carenza critica di personale, opportunità dell'AI – trasforma l'analisi di Borgonovi da riflessione teorica in urgenza pratica. Non c'è più tempo per rinviare il confronto sui nodi strutturali del sistema sanitario: le sfide richiedono che si identifichino rapidamente prospettive condivise e direzioni operative.
Il Forum propone di utilizzare questo momento di pressione per accelerare il confronto: identificare soluzioni già sperimentate con successo, comprendere le condizioni che le hanno rese possibili, esplorare come adattarle a contesti diversi. L'obiettivo non è produrre ricette universali, ma creare una mappa condivisa delle possibilità di innovazione già presenti nel sistema.

Verso nuove forme di collaborazione
Il Forum esplora la possibilità di evolvere i modelli di leadership sanitaria oltre il paradigma del potere descritto da Borgonovi. Non si tratta di eliminare competenza tecnica, conformità normativa o efficienza gestionale, ma di sperimentare come integrarle in forme di collaborazione orientate al valore condiviso.
La "scelta strategica" di partecipare al Forum è un atto di curiosità intellettuale e disponibilità al confronto. Chi aderisce mette la propria expertise specifica a disposizione di un esperimento collettivo per esplorare se sia possibile costruire modalità di lavoro più intelligenti e responsive ai bisogni reali delle persone.

Conclusioni: verso una ricerca condivisa
L'analisi di Borgonovi e la proposta del Forum Leopolda 2025 convergono verso una consapevolezza fondamentale: la sanità italiana ha competenze eccellenti distribuite nel territorio, ma ha bisogno di spazi e metodologie per far dialogare queste competenze, identificare direzioni condivise, sperimentare forme collaborative più efficaci.
Il passaggio dal conflitto dei poteri verso forme più integrate di collaborazione non può essere risolto attraverso un evento, per quanto ben progettato. È un processo che richiede sperimentazione continua nei contesti operativi reali, supportata da spazi di riflessione e confronto come quello che il Forum si propone di offrire.
Il "coraggio di correre" verso l'antifragilità, che dà il titolo al Forum 2025, è anzitutto il coraggio di mettere in discussione approcci consolidati, di esplorare prospettive diverse, di sperimentare forme di collaborazione che superino i confini disciplinari. È il coraggio di riconoscere che le soluzioni ai problemi complessi della sanità non nasceranno da un singolo sapere o da una singola prospettiva, ma dalla capacità di far dialogare competenze diverse orientandole verso obiettivi condivisi.
In questa ricerca, il pensiero di Borgonovi rappresenta una diagnosi lucida dei nodi da sciogliere, mentre il Forum offre uno spazio di sperimentazione metodologica. I risultati concreti dovranno nascere dal lavoro quotidiano di chi opera nel sistema sanitario, ma potranno essere orientati e supportati da momenti di confronto che aiutino a mantenere il focus sui fini: la salute e il benessere delle persone che tutti insieme serviamo.

quotidianosanità.it

Entro il 2071 molti paesi avranno bisogno fino al 30% in più di medici e del 33% in più di infermieri per garantire i livelli attuali di assistenza. Dall'Associazione europea dei Medici Junior la ricetta per non arrivare impreparati

Ottimizzare la distribuzione dei compiti, rafforzare i sistemi informativi per la pianificazione della forza lavoro, sfruttare il digitale e l'impiego flessibile delle risorse umane. Questi i tre pilastri della nuova politica adottata dall'EJD, che l'Oms Europa definisce "un passo fondamentale" per rispondere alla crescente pressione sui sistemi sanitari del continente

Ottimizzazione del mix di competenze e distribuzione dei compiti, anche attraverso l'adozione di best practice internazionali per ridurre la variabilità nell'erogazione delle cure. Rafforzamento dei sistemi di dati per la pianificazione della forza lavoro, supportando una modellazione accurata della domanda e dell'offerta e valorizzando strumenti come gli Indicatori del carico di lavoro del fabbisogno di personale dell'Oms. Sfruttamento degli strumenti digitali per migliorare l'efficienza e la resilienza dei team sanitari, in coerenza con le linee guida Oms su salute digitale e intelligenza dei dati.
Sono queste le tre direttrici per l'ottimizzazione dei sistemi sanitari basata sulla forza lavoro adottate dall'**Associazione Europea dei Medici Junior** (EJD). Un cambio di paradigma guidato dai giovani medici accolto con entusiasmo dall'**Oms/Europa,** che la considera un tassello essenziale nell'implementazione del proprio Quadro d'azione per il personale sanitario e assistenziale, adottato nel 2023 dai 53 Stati membri della Regione.
Il documento dell'EJD si allinea perfettamente ai principi dell'Oms, promuovendo politiche basate sulle evidenze, l'uso intelligente dei dati, l'impiego flessibile delle risorse umane e il rafforzamento della governance della forza lavoro.
Non si tratta di un semplice esercizio organizzativo, ma, come ha affermato la Dott.ssa **Cathal Morgan,** responsabile tecnico dell'Oms per la forza lavoro sanitaria, di "un'importante dimostrazione di come gli operatori sanitari in prima linea possano guidare un cambiamento trasformativo. Essa sottolinea che l'ottimizzazione della forza lavoro non è solo un esercizio tecnico, ma una risposta strategica e incentrata sulle persone a carenze critiche e a futuri shock sistemici".

Una risposta a sfide urgenti
L'importanza dell'iniziativa si inserisce in un contesto critico: la carenza di personale sanitario affligge ormai anche i paesi con le più alte densità di operatori al mondo. I sistemi sanitari europei faticano ad attrarre e trattenere professionisti, soprattutto nelle aree rurali e nei team specialistici. L'invecchiamento della forza lavoro, la crescente mobilità internazionale e lo stress post-pandemico – con un impatto rilevante sulla salute mentale degli operatori – pongono interrogativi urgenti sulla sostenibilità dei servizi. Secondo le proiezioni dell'UE, entro il 2071 molti paesi avranno bisogno fino al 30% in più di medici e del 33% in più di infermieri per garantire i livelli attuali di assistenza.

Non solo numeri: formazione, dati e benessere
Ottimizzare non significa solo assumere di più. Come sottolinea l'Oms, una migliore organizzazione del lavoro, l'educazione continua, la valorizzazione dei dati per guidare le politiche di assunzione e l'adozione di tecnologie appropriate possono migliorare sensibilmente l'efficienza e gli esiti di salute senza necessariamente aumentare il personale.
La stessa politica dell'EJD insiste sull'importanza di valorizzare il tempo degli operatori e di mettere il loro benessere psico-fisico al centro delle politiche "Gli operatori sanitari, le istituzioni e i governi devono impegnarsi attivamente nell'ottimizzazione – ha affermato il **Dott. Patrick Pihelgas,** Presidente del Comitato per la Forza Lavoro Medica dell'EJD - tutto dipende da quanto bene impieghiamo il prezioso tempo degli operatori sanitari e da cosa siamo disposti a fare per prenderci cura del loro benessere. Gli operatori sanitari devono essere in prima linea in qualsiasi iniziativa di ottimizzazione per garantire un cambiamento significativo".

Cosa devono fare i paesi europei secondo l'Oms
L'Oms/Europa esorta i governi, le istituzioni e le associazioni professionali a:
- Integrare le raccomandazioni EJD nella pianificazione nazionale della forza lavoro.
- Investire in percorsi educativi basati sulle competenze e in aggiornamento continuo.
- Espandere l'uso dei dati per guidare il reclutamento e la distribuzione degli operatori.
- Creare piattaforme per la leadership dei giovani professionisti nella definizione delle politiche sanitarie.

Verso sistemi sanitari più giusti ed efficienti
La collaborazione tra l'Oms e l'EJD rappresenta quindi un esempio virtuoso di co-progettazione delle politiche tra istituzioni internazionali e giovani professionisti. "Siamo pronti a sostenere l'Europa nel compiere progressi sostenibili - ha aggiunto il Dott. Morgan - ottimizzare il personale sanitario è fondamentale per raggiungere una copertura universale, equità sanitaria e sistemi sanitari resilienti".

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=131009

sanità informazione

SSN. Servizio o Sistema? Perché le parole sono importanti

Tenere insieme queste due dimensioni è oggi la sfida per rendere sostenibile, senza snaturarla, la missione originaria del SSN

Corrado De Rossi Re

Quando il Parlamento approvò la legge 833 il 23 dicembre 1978, battezzò il SSN come Servizio Sanitario Nazionale. La scelta sembrò quasi ovvia: lo Stato si assumeva il compito di servire il diritto alla salute di ogni cittadino, senza distinzioni di reddito, luogo di residenza o condizione lavorativa. Col tempo, però, un'altra etichetta ha preso piede – Sistema Sanitario Nazionale – e, a prima vista, potrebbe sembrare un sinonimo inoffensivo. In realtà, dietro le parole si celano visioni diverse di che cosa significhi curare e farsi carico di una collettività di quasi 59 milioni di abitanti, sempre più anziani e con bisogni sanitari complessi.

Il peso delle parole

"Servizio" viene dal latino *servitium* e richiama l'idea del prendersi cura, dell'agire in favore di qualcun altro. "Sistema", dal greco *sýstēma*, mette invece l'accento sull'insieme di ingranaggi necessari a far funzionare un'organizzazione vasta e articolata. Dire *servizio* orienta lo sguardo verso il singolo paziente che entra in ambulatorio, mentre dire *sistema* invita a pensare a bilanci, logistica, flussi informativi e governance.

La nascita di un diritto universalistico

La riforma del 1978 si fondava su tre valori cardine – universalità, solidarietà, equità – e la parola "servizio" ne era il vessillo. A differenza dei modelli assicurativi puramente contributivi, l'Italia scelse di finanziare la sanità attraverso la fiscalità generale: ognuno paga secondo le proprie possibilità, tutti ricevono secondo il bisogno. Mettere "servizio" nel nome ricordava che la salute non è una merce, ma un diritto sociale.

Quando comparve il termine "sistema"

All'inizio degli anni Novanta i costi sanitari crescevano più in fretta del PIL e i conti pubblici erano sotto pressione. Con i decreti legislativi 502/1992 e 517/1993 lo Stato introdusse l'aziendalizzazione: le unità sanitarie locali e molti ospedali divennero aziende pubbliche dotate di autonomia gestionale, contabilità economico-patrimoniale e responsabilità sui risultati. In quel contesto "sistema" divenne utile perché

descriveva la nuova cassetta degli attrezzi manageriale – budget, indicatori di performance, reti informatiche – senza la quale l'universalismo rischiava di implodere.

Aziendalizzazione non è privatizzazione

Il termine "aziendalizzazione" suscita talvolta diffidenza, come se coincidesse con un arretramento dello Stato e con l'ingresso del profitto privato. Ma l'intento originario era ben diverso: dotare il servizio di strumenti di governo in grado di renderlo sostenibile nel medio-lungo periodo. Bilanci trasparenti indicano dove finiscono i soldi dei contribuenti; misurare tempi di attesa ed esiti clinici permette di individuare inefficienze o iniquità (anche se per entrambi gli strumenti ci abbiamo messo un po' di tempo…); responsabilizzare i professionisti su obiettivi di qualità incentiva soluzioni organizzative sensibili ai bisogni locali. L'aziendalizzazione, insomma, non nega l'ispirazione solidaristica: la rende praticabile in un contesto demografico, tecnologico ed economico molto diverso da quello degli anni Settanta.

Sistema e servizio: una convivenza possibile

Oggi l'espressione "sistema sanitario" è utile quando parliamo dell'architettura che tiene insieme medici di famiglia, ospedali, assistenza domiciliare, farmaci innovativi, banche dati e telemedicina. Senza un sistema efficiente, il servizio fatica a raggiungere davvero tutti. Ma proprio perché quella macchina organizzativa serve a garantire un diritto, è opportuno che il suo nome ufficiale continui a mettere in primo piano la finalità e non il meccanismo.

Perché la parola "servizio" resta essenziale

Continuare a chiamarlo Servizio Sanitario Nazionale ci ricorda ogni giorno che bilanci, algoritmi di ottimizzazione e riorganizzazioni territoriali hanno senso solo se aiutano a curare meglio e in modo più giusto. La bussola etica impressa nella legge 833 – universalità, solidarietà, equità – rimane il punto di riferimento a cui ancorare anche le scelte più tecniche. *Servizio* mantiene al centro la persona; *sistema* ricorda che servire milioni di persone richiede ingegneria organizzativa. Tenerli insieme è la sfida di oggi, ma la priorità non cambia: prima viene la cura, poi tutto il resto.

https://www.sanitainformazione.it/contributi-opinioni/ssn-servizio-o-sistema-perche-le-parole-sono-importanti/

THE LANCET Regional Health
Europe

Interventi chirurgici elettivi annullati e violazioni di 28 giorni nel Servizio Sanitario Nazionale in Inghilterra: un'analisi di serie temporali interrotte della politica sanzionatoria del 2002, della recessione del 2008 e della pandemia di COVID-19 (1994-2023)

Laura Quinn, Paul Bird, Timothy P. Hofer e Richard Lilford [un]

Riepilogo

Sfondo

Nel 2002, il Servizio Sanitario Nazionale inglese (NHS) ha introdotto sanzioni pecuniarie per gli ospedali che non effettuavano interventi chirurgici elettivi entro 28 giorni da cancellazioni dell'ultimo minuto. Questo studio analizza l'impatto di questa politica, della recessione globale del 2008 e della pandemia di COVID-19 sugli interventi chirurgici cancellati e sulle violazioni del limite dei 28 giorni.

Metodi

Abbiamo condotto uno studio osservazionale retrospettivo utilizzando dati pubblici del Servizio Sanitario Nazionale inglese (NHS England) dal 1994 al 2023. L'analisi delle serie temporali interrotte ha valutato le variazioni nelle operazioni cancellate e le violazioni dello standard dei 28 giorni in tre periodi chiave: prima e dopo l'attuazione delle politiche del 2002, dopo la recessione del 2008 e dopo la pandemia di COVID-19. È stata condotta un'analisi di sottogruppo in base alla presenza del pronto soccorso dell'azienda ospedaliera in merito alle violazioni dello standard dei 28 giorni.

Risultati

I ricoveri elettivi sono quasi raddoppiati in 30 anni, passando da poco più di 1 milione a trimestre nel 1994 (1.054.818) a quasi 2 milioni nel 2023 (1.975.508), con un aumento dell'87%. I tassi di cancellazione sono aumentati prima della modifica della politica del 2002, ma sono scesi rapidamente sotto l'1% in seguito e sono rimasti stabili. La recessione del 2008 e la pandemia di COVID-19 non hanno avuto impatto sui tassi di cancellazione, ma hanno aumentato le violazioni dello standard dei 28 giorni. Le violazioni sono aumentate prima della politica del 2002, sono diminuite rapidamente in seguito (-9,6%, IC 95%: -11,2, -9,0), ma sono aumentate dopo la recessione e in particolare dopo la pandemia (13,0%, IC 95%: 4,9%, 21,0%), rimanendo elevate e annullando i guadagni precedenti. Gli ospedali dotati di pronto soccorso hanno registrato un aumento più elevato dei tassi di violazione post-pandemia (12,7%, IC al 95%: 10,8, 14,7) rispetto a quelli senza (0,3%, IC al 95%: -3,7, 4,4).

Interpretazione

La politica del 2002 ha ridotto efficacemente le violazioni dello standard dei 28 giorni per molti anni, ma non è stata più mantenuta dopo la pandemia di COVID-19, quando i tassi di violazione hanno raggiunto livelli elevati, soprattutto negli ospedali con reparti di pronto soccorso che non erano in grado di proteggere i posti letto elettivi. Obiettivi efficaci richiedono una capacità di risorse e una gestione della domanda adeguate; ignorare tali vincoli può portare a politiche ingiuste e controproducenti.

Finanziamento

Istituto nazionale per la ricerca sulla salute e l'assistenza, collaborazione per la ricerca applicata West Midlands (NIHR200165).

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

Abbiamo effettuato una ricerca su PubMed per articoli pubblicati il 17 febbraio 2025, utilizzando: ((cancelled OR postponed OR delay) AND (elective OR scheduled) AND (surgery OR operation∗ OR procedure∗)) AND ("interrupted time series" OR ITS OR "segmented regression" OR "time series analysis"). I 21 risultati includevano alcuni studi che utilizzavano modelli di serie temporali interrotte; tuttavia, si concentravano principalmente sull'impatto dei periodi in cui tutti gli interventi chirurgici elettivi erano stati cancellati durante la pandemia di COVID-19. Lo studio più rilevante ha esaminato l'effetto delle variazioni tariffarie per gli interventi cancellati dal 2009 al 2011, ma il suo ambito triennale contrasta con il nostro studio, che esamina gli interventi cancellati negli ultimi 30 anni.

Nel 2002, il Servizio Sanitario Nazionale inglese (NHS) ha introdotto una norma che prevedeva sanzioni pecuniarie per i pazienti che non si sottoponevano all'intervento entro 28 giorni dalla cancellazione all'ultimo minuto di un intervento chirurgico elettivo. Questa norma mirava ad affrontare il problema delle cancellazioni dell'ultimo minuto, che possono essere angoscianti per i pazienti e le loro famiglie, spesso esacerbando i sintomi e compromettendo la salute mentale. Eventi esterni come la recessione globale del 2008 e la pandemia di COVID-19 hanno messo a dura prova le risorse del NHS, con potenziali ripercussioni sulle cancellazioni dell'ultimo minuto e sul mancato rispetto del limite dei 28 giorni.

Valore aggiunto di questo studio

Questo studio fornisce un'analisi completa, condotta nell'arco di 30 anni, dei ricoveri elettivi, dei tassi di cancellazione e delle violazioni dello standard dei 28 giorni nel Servizio Sanitario Nazionale inglese. Esamina l'impatto della normativa del 2002, che ha introdotto sanzioni pecuniarie per la mancata esecuzione di interventi entro 28 giorni da una cancellazione dell'ultimo minuto, nonché gli effetti di eventi esterni come la recessione globale del 2008 e la pandemia di COVID-19. I nostri risultati rivelano che i ricoveri elettivi sono quasi raddoppiati negli ultimi 30 anni, con tassi di cancellazione inizialmente in aumento, per poi tornare a livelli bassi (inferiori all'1%) per molti anni dopo la modifica della normativa del 2002. La pandemia di COVID-19 ha comportato un aumento significativo delle violazioni dello standard dei 28 giorni, con tassi che sono rimasti elevati e hanno mostrato ampie variazioni, soprattutto negli ospedali con reparti di pronto soccorso.

Implicazioni di tutte le prove disponibili

La politica del 2002 ha ridotto efficacemente le violazioni dello standard dei 28 giorni per molti anni, ma non è stata mantenuta dopo la pandemia di COVID-19, quando i tassi di violazione hanno raggiunto livelli elevati, soprattutto negli ospedali con reparti di pronto soccorso che non erano in grado di proteggere i posti letto elettivi. Ciò rifletteva le estreme pressioni operative sul Servizio Sanitario Nazionale inglese durante la pandemia, quando l'NHS England, preoccupato per l'eccessiva domanda, ha ordinato agli ospedali di annullare tutti gli interventi chirurgici elettivi non urgenti e ha sospeso la rendicontazione sullo standard degli interventi cancellati. I nostri risultati suggeriscono che gli obiettivi sono più efficaci nei sistemi sanitari con capacità di riserva di risorse e/o la capacità di controllare la domanda di posti letto per degenza. Ignorare tali vincoli può portare a politiche inefficaci o dannose.

https://www.thelancet.com/journals/lanepe/article/PIIS2666-7762(25)00160-7/fulltext

THE LANCET
Global Health

Inefficienza sanitaria globale, regionale e nazionale e fattori associati in 201 paesi, 1995-2022: una meta-analisi di frontiera stocastica per lo studio sul carico globale delle malattie del 2023

Dott.ssa Amy Lastuka amydash@uw.edu·Michael R Breshock , MSE·Prof. Simon I Hay , DSc·Kayla V Taylor , MPH·Prof. Stephen S Lim , PhD·Prof. Christopher JL Murray , DPhil· et al.Mostra altro

Riepilogo

Sfondo

Tutti i governi sono sotto pressione per massimizzare l'impatto del proprio bilancio sanitario. Il nostro obiettivo era misurare l'inefficienza della spesa sanitaria in 201 paesi dal 1995 al 2022, stimare il costo di un anno aggiuntivo di vita sana e valutare i fattori contestuali associati all'inefficienza della spesa sanitaria.

Metodi

Abbiamo estratto dati dal Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2023 e dal progetto Financing Global Health 2024 per stimare l'inefficienza della spesa sanitaria utilizzando un modello di meta-analisi stocastica non lineare a frontiera, progettato per valutare l'aspettativa di vita corretta per lo stato di salute (HALE). Questo modello ha prodotto una frontiera che rappresenta la migliore HALE possibile per un dato livello di spesa sanitaria. I punteggi di inefficienza sono stati misurati come la distanza tra l'HALE di un Paese e la frontiera corrispondente al livello di spesa di quel Paese. Abbiamo utilizzato la pendenza della frontiera per stimare il costo di un anno aggiuntivo di vita sana e abbiamo regredito i punteggi di inefficienza su fattori contestuali e variabili politiche per misurarne l'associazione con l'inefficienza della spesa sanitaria.

Risultati

La relazione tra spesa sanitaria e HALE è stata positiva per tutti i livelli di spesa, sebbene l'inefficienza della spesa sanitaria sia esistita nella maggior parte dei paesi. A livello globale, l'inefficienza della spesa sanitaria è diminuita dal 1995 al 2019, è aumentata considerevolmente nel 2020 e nel 2021 a causa della pandemia di COVID-19 e si è ripresa sostanzialmente nel 2022. Abbiamo riscontrato rendimenti decrescenti della spesa sanitaria aggiuntiva, con il costo di un anno di vita aggiustato per lo stato di salute aggiuntivo che variava da 92 dollari USA (intervallo di incertezza del 95% 43-239) pro capite per un paese che spendeva 100 dollari pro capite a 11.213 dollari (8.031-57.754) pro capite per un paese che spendeva 5.000 dollari pro capite. Una spesa più efficiente è stata associata a una migliore governance, a una maggiore percentuale di spesa sanitaria a carico del governo, a infrastrutture che facilitano l'accesso e l'erogazione dell'assistenza sanitaria e a una maggiore adozione di misure di prevenzione.

Interpretazione

L'ampliamento della copertura sanitaria pubblica ridurrebbe l'inefficienza del sistema sanitario. I paesi dovrebbero inoltre concentrarsi sul rafforzamento della democrazia, sulla costruzione di infrastrutture e sull'aumento dell'uso e dell'accesso alle cure preventive.

Introduzione

I sistemi sanitari, soprattutto nei paesi a basso reddito, stanno affrontando una pressione finanziaria senza precedenti nell'era post-pandemica. Il debito post-pandemico, unito ai tassi di interesse più elevati, ha portato i pagamenti per interessi quasi a raddoppiare per i paesi a basso reddito dal 2019. [1] I bilanci pubblici subiscono un'ulteriore pressione da priorità concorrenti, tra cui il crescente impatto dei cambiamenti climatici. Per i paesi che dipendono dagli aiuti allo sviluppo, c'è l'ulteriore pressione dei recenti tagli agli aiuti allo sviluppo per la salute da parte di Stati Uniti e Regno Unito. [2,3] La combinazione di questi fattori ha portato a una crescente attenzione alla riduzione dell'inefficienza della spesa sanitaria.

Per quantificare e valutare l'inefficienza della spesa sanitaria, diversi studi recenti hanno effettuato analisi di avvolgimento dei dati (DEA) 4 per confrontare l'efficienza tra i paesi e hanno riscontrato perdite sostanziali legate alla salute ed economiche dovute all'inefficienza. 5–9 Uno studio di Eze e colleghi 9 ha incluso il numero più elevato di paesi fino ad oggi, stimando l'efficienza del sistema sanitario per 191 paesi nel 2021. Si sono concentrati sull'assistenza sanitaria universale e hanno scoperto che i paesi potrebbero aumentare la loro copertura di circa il 5% con gli attuali livelli di risorse. Goyeneche e Bauhoff 5 si sono concentrati sull'aspettativa di vita e hanno scoperto che i paesi dell'America Latina e dei Caraibi potrebbero aumentare l'aspettativa di vita in media di 3,5 anni eliminando l'inefficienza della spesa.
Esiste anche una crescente letteratura che cerca di spiegare la variazione dell'inefficienza mediante la regressione dei punteggi di inefficienza rispetto ai possibili fattori scatenanti. Una maggiore disuguaglianza di reddito6 e una peggiore qualità della governance (ad esempio, livelli più elevati di corruzione) sono state costantemente associate a una spesa sanitaria meno efficiente5,6. Tra i fattori associati a una spesa sanitaria più efficiente figurano un maggior numero di posti letto ospedalieri pro capite, più anni di istruzione primaria e tassi di vaccinazione infantile più elevati.
In questo lavoro, abbiamo mirato ad ampliare la letteratura precedente sull'inefficienza della spesa sanitaria stimando l'inefficienza per un numero di anni-paese maggiore rispetto a quanto fatto in precedenza, coprendo 201 paesi e 28 anni, dal 1995 al 2022. Questa ricerca fornisce anche le prime stime di inefficienza che includono l'era del COVID-19. Abbiamo utilizzato un approccio di nuova concezione chiamato meta-analisi della frontiera stocastica (SFMA). 11 Questo metodo migliora sia la DEA che l'analisi della frontiera stocastica (SFA), che sono metodi comunemente utilizzati per stimare una frontiera di produzione. Abbiamo anche esaminato nuovi indicatori come possibili fattori di inefficienza, tra cui l'assistenza allo sviluppo per la salute e la spesa per la protezione sociale. Questo studio è anche il primo, per quanto a nostra conoscenza, a fornire stime del costo per raggiungere un anno aggiuntivo di aspettativa di vita corretta per lo stato di salute (HALE) a tutti i livelli di spesa sanitaria, in base alla pendenza della frontiera.

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

Abbiamo effettuato una ricerca su PubMed con i termini "health (spending OR systems) AND (stochastic frontier analysis OR data envelopment analysis)" per gli studi pubblicati dalla data di creazione del database fino al 15 aprile 2025. Diversi studi recenti hanno condotto un'analisi di data envelopment per valutare l'inefficienza della spesa sanitaria nei diversi Paesi, utilizzando come output l'aspettativa di vita o la copertura sanitaria universale, evidenziando i potenziali vantaggi derivanti dalla riduzione dell'inefficienza della spesa. Questi studi hanno anche esaminato fattori associati all'inefficienza della spesa, tra cui la qualità della governance, la disuguaglianza di reddito e le caratteristiche del sistema sanitario, come i posti letto ospedalieri pro capite e i tassi di vaccinazione.

Per quanto a nostra conoscenza, nessuno studio ha esaminato l'inefficienza della spesa sanitaria fino al 2022 né ha stimato il costo di output sanitari aggiuntivi.

Valore aggiunto di questo studio

Questo studio modella l'inefficienza della spesa sanitaria per 201 paesi, utilizzando la spesa sanitaria totale come input per il sistema sanitario. Una frontiera per l'aspettativa di vita corretta per lo stato di salute viene stimata con una nuova metodologia non lineare: una meta-analisi stocastica a frontiera.
Abbiamo stimato l'inefficienza su un arco di 28 anni e prodotto le prime stime di inefficienza che si estendono fino al 2022. Abbiamo scoperto che il costo di un anno di vita aggiuntivo corretto per lo stato di salute aumenta con la spesa sanitaria, indicando che una spesa aggiuntiva fornirà i maggiori guadagni per i paesi con budget sanitari ridotti.
I fattori associati a una spesa più efficiente sono stati una migliore governance, una maggiore percentuale di spesa sanitaria a carico del governo, infrastrutture che facilitano l'accesso all'assistenza sanitaria (ad esempio, l'accesso all'elettricità) e una maggiore adozione di misure di prevenzione, come le visite prenatali.

Implicazioni di tutte le prove disponibili

Questi risultati sottolineano il potenziale dei paesi per raggiungere migliori risultati in termini di salute concentrandosi sulla riduzione dell'inefficienza della spesa sanitaria. Lo studio rileva che democrazie ben funzionanti, spesa pubblica per la protezione sociale, infrastrutture che consentono l'accesso alle cure, uso diffuso della prevenzione e consolidamento degli aiuti allo sviluppo sono associati a una riduzione dell'inefficienza. Per i decisori politici, queste intuizioni offrono strategie praticabili per ottimizzare i risultati in termini di salute in un'epoca di ripresa post-pandemica e di riduzione dei bilanci sanitari.

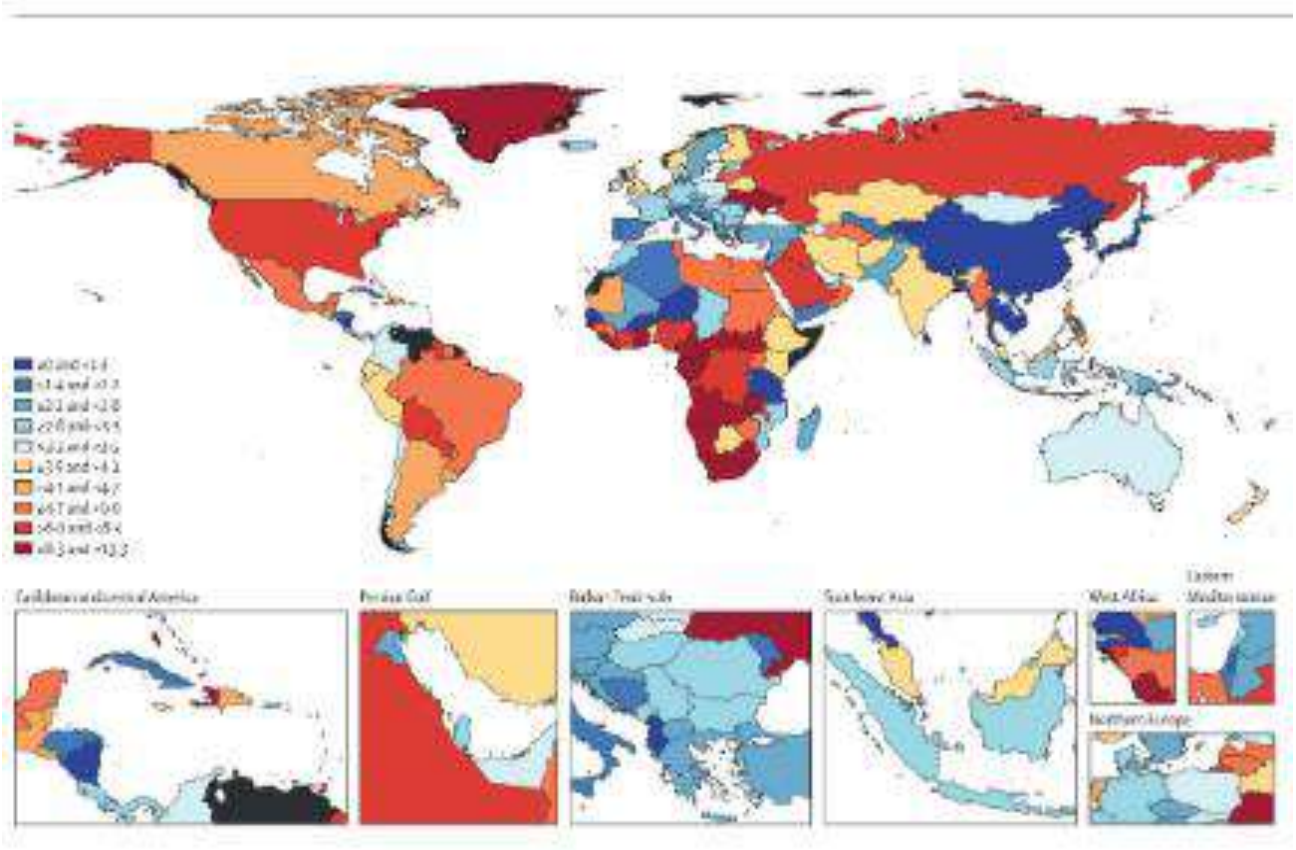


Figura 2 Punteggi di inefficienza, 2022

……

Discussione

Questo studio ha rilevato che la maggior parte dei paesi ha il potenziale per ottenere miglioramenti in termini di salute senza aumentare la spesa. Sulla base dei risultati sanitari dei paesi nel 2022, l'eliminazione di tutte le inefficienze aumenterebbe l'HALE globale di 3,3 anni (95% UI 3,0–3,6) anni.

Il COVID-19 ha avuto un effetto quasi universale, aumentando l'inefficienza nel 2020 e nel 2021. Ciò riflette l'interruzione causata dalla pandemia nel funzionamento del sistema sanitario; questo effetto ha iniziato a invertirsi nel 2022. In futuro, sarà fondamentale esplorare in che misura gli impatti a lungo termine del COVID-19 sull'inefficienza del sistema sanitario differiscano da Paese a Paese e, soprattutto, che i sistemi sanitari imparino dall'impatto della pandemia e investano più saggiamente nella preparazione alla pandemia.

Abbiamo scoperto che i rendimenti della spesa sanitaria aggiuntiva diminuiscono a livelli di spesa più elevati. I rendimenti decrescenti si verificano a causa del fatto che i programmi più convenienti vengono implementati per primi, nonché dei limiti della tecnologia con l'aumentare dell'aspettativa di vita. Per tutti i paesi, il modo più conveniente per migliorare i risultati sanitari è ridurre l'inefficienza e avvicinarsi alla frontiera. Per i paesi a basso reddito, l'aumento della spesa sanitaria comporterà anche guadagni sostanziali in termini di HALE. Per i paesi ad alto reddito, ottenere guadagni in HALE aumentando la spesa diventa proibitivo; pertanto,

ridurre l'inefficienza o spostare la frontiera verso l'esterno attraverso miglioramenti tecnologici sono gli unici modi accessibili per migliorare i risultati sanitari.
Abbiamo scoperto che i paesi con livelli più elevati di corruzione avevano una spesa sanitaria meno efficiente, il che è in linea con studi precedenti. 5,6
I paesi con una maggiore quota di spesa sanitaria proveniente dal governo avevano una spesa sanitaria più efficiente. Ciò è in linea con i risultati di studi precedenti secondo cui una maggiore copertura sanitaria universale era associata a una spesa sanitaria più efficiente e che i piani sanitari governativi non universali soffrono di una selezione del rischio avversa, con l'iscrizione solo delle popolazioni a più alto rischio. 6,18,19
Ampliando la prospettiva oltre la spesa sanitaria, i paesi che assegnano una percentuale maggiore di spesa pubblica alla protezione sociale avevano anche una spesa sanitaria più efficiente. Ciò è coerente con risultati precedenti, ad esempio, sui trasferimenti di denaro (ovvero programmi che forniscono fondi illimitati con l'obiettivo di ridurre la povertà).
Diversi studi hanno riscontrato benefici per la salute sia dei trasferimenti di denaro condizionati (programmi in cui il pagamento è subordinato a criteri come l'iscrizione scolastica dei bambini) sia dei trasferimenti di denaro incondizionati, tra cui un maggiore utilizzo dell'assistenza sanitaria e una minore incidenza di basso peso alla nascita. 20–23
I paesi con bilanci sanitari più dipendenti dagli aiuti allo sviluppo presentavano una spesa sanitaria meno efficiente. Tra i paesi che ricevevano aiuti allo sviluppo, quelli in cui gli aiuti allo sviluppo erano più frammentati presentavano una spesa sanitaria meno efficiente. La relazione tra aiuti allo sviluppo e inefficienza dovrebbe essere interpretata con cautela, dato che i donatori sono più propensi a donare a paesi con risultati sanitari peggiori. La constatazione che un aiuto altamente frammentato, che si traduce in una spesa dispendiosa, sia politicamente accettabile, tuttavia, trova riscontro in uno studio di caso condotto nella Repubblica Democratica del Congo, che ha rilevato come il consolidamento degli aiuti allo sviluppo abbia portato a sostanziali risparmi sui costi. 18 Anche altri studi hanno evidenziato come un'inadeguata armonizzazione tra i donatori sia un problema. 24,25
Al di fuori del sistema sanitario, i nostri risultati indicano che i governi otterranno benefici in termini di salute investendo in infrastrutture che facilitino l'accesso all'assistenza sanitaria.
Questa scoperta è coerente con ricerche precedenti che hanno dimostrato che l'accesso all'elettricità è associato a migliori risultati in termini di salute e hanno collegato la costruzione di nuove strade a un aumento dell'assistenza prenatale. 26,27
Molti altri fattori legati all'utilizzo dell'assistenza sanitaria, compresi i comportamenti sanitari, sono importanti fattori di inefficienza, ma sono difficili da studiare a causa della scarsa disponibilità di dati transnazionali. Yip e Hafez 18 hanno analizzato casi di studio specifici per paese e hanno individuato diverse fonti di spesa sanitaria inefficiente, tra cui il sottoutilizzo di farmaci generici, prescrizioni inappropriate, una combinazione subottimale di operatori sanitari e infrastrutture e una carenza di strutture di assistenza a lungo termine, che ha portato a lunghi ricoveri ospedalieri.
Un recente rapporto dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) ha rilevato che anche la prescrizione eccessiva di antibiotici e il sottoutilizzo di farmaci generici erano fonti di spreco nei paesi OCSE 28. Il rapporto ha evidenziato ulteriori inefficienze, tra cui errori medici, l'uso del pronto soccorso per condizioni che potrebbero essere gestite in regime ambulatoriale e procedure medicalmente non necessarie come tagli cesarei o esami di diagnostica per immagini.
Sebbene il nostro studio non stabilisca relazioni causali, è giustificato uno studio futuro sui possibili meccanismi che potrebbero collegare questi fattori all'inefficienza della spesa sanitaria. Gli indicatori di governance potrebbero influenzare l'inefficienza attraverso la corruzione o comportamenti di ricerca di rendite che si traducono in un aumento dei prezzi o in cure di basso valore. I programmi di vaccinazione consentono di risparmiare denaro direttamente attraverso le malattie evitate, ma alti tassi di vaccinazione potrebbero anche indicare un sistema sanitario con una buona copertura geografica o un'efficace comunicazione pubblica. La densità stradale potrebbe portare a risultati migliori per cause sensibili al fattore tempo, come infortuni o ictus.
Per i paesi con elevati livelli di inefficienza, i benefici possono derivare da miglioramenti nell'efficienza allocativa o tecnica. Per massimizzare l'efficienza allocativa, si dovrebbe dare priorità al finanziamento degli interventi più convenienti.

Per massimizzare l'efficienza tecnica, si dovrebbero ridurre i costi di un determinato intervento. Una migliore raccolta di dati sull'utilizzo e sulla spesa sanitaria per condizione di salute consentirebbe alla ricerca futura di esaminare le variazioni e i fattori che determinano sia l'efficienza allocativa che quella tecnica.
Questo studio presenta diverse limitazioni. In primo luogo, la frontiera di efficienza si basa su evidenze osservate e non riflette necessariamente il miglior risultato teorico possibile per un dato livello di spesa. In particolare, un punteggio di inefficienza pari a zero non deve essere interpretato come un paese con un sistema sanitario senza possibili aree di miglioramento, ma piuttosto come un paese che ha ottenuto il miglior risultato tra i suoi omologhi con livelli simili di spesa sanitaria. In secondo luogo, l'ipotesi di errori gaussiani nel modello SFMA rappresenta una limitazione.
L'approccio basato sulla verosimiglianza per individuare i valori anomali contribuisce ad attenuare questo problema rimuovendo i punti dati che presentano un adattamento inadeguato da un'ipotesi gaussiana. In terzo luogo, i sistemi sanitari sono multidimensionali e nessun singolo output può catturarne appieno la complessità. Ad esempio, la qualità è una dimensione importante dei sistemi sanitari che non viene affrontata in questo lavoro.
A seconda della misura di qualità, un miglioramento della qualità potrebbe aumentare o ridurre i costi, e il miglioramento di una misura di qualità soggettiva come l'esperienza del paziente potrebbe non tradursi in un aumento dell'HALE. 29
In quarto luogo, esistono molti potenziali fattori di inefficienza che non siamo stati in grado di individuare a causa della mancanza di dati. Un esempio chiave è l'implementazione di programmi di screening per le malattie, come lo screening della pressione arteriosa o la mammografia. Il nostro studio ha rilevato che misure di prevenzione come i tassi di vaccinazione sono associate a una riduzione dell'inefficienza e che ulteriori ricerche in questo ambito sarebbero utili.
In quinto luogo, le variabili di controllo incluse nel modello di frontiera non sono completamente esclusive del sistema sanitario. Ad esempio, il tasso di fecondità totale è una componente dell'indice di fertilità globale (SDI) e può essere influenzato dall'accesso ai contraccettivi. Per ovviare a questa limitazione, abbiamo eseguito un'analisi di sensibilità in cui non sono state controllate covariate, per stimare un modello in cui il 100% della variazione dell'HALE è spiegato dalla spesa sanitaria. In sesto luogo, l'HALE è una metrica a lenta evoluzione.
Sebbene la nostra analisi controlli i fattori di rischio e la spesa sanitaria per ogni anno, gli esiti sanitari dipendono anche dalla precedente esposizione ai rischi e dai trattamenti medici. La mortalità sotto i 5 anni è inclusa come analisi di sensibilità per esaminare l'inefficienza nel contesto di una metrica che risponde rapidamente ai cambiamenti dei sistemi sanitari. Gli indicatori valutati in questo lavoro presentano limitazioni in termini di disponibilità e qualità dei dati.
La disponibilità dei dati per ciascun indicatore è mostrata in appendice (p. 13) . L'incertezza dei dati degli indicatori è stata incorporata ove disponibile, ma il livello di incertezza potrebbe essere sottostimato. Infine, le associazioni tra punteggi di inefficienza e indicatori di governance e finanziamento non sono relazioni causali. Questi indicatori sono stati sottoposti a regressione individualmente, ma molti di essi sono correlati tra loro e con altre variabili non osservate. Pertanto, il meccanismo d'azione deve essere meglio definito per essere certi di specifiche raccomandazioni politiche.
Questo studio ha rilevato che l'inefficienza nella spesa sanitaria è diminuita costantemente dal 1995 al 2019. La pandemia di COVID-19 ha avuto un impatto negativo significativo sull'efficienza della spesa sanitaria nel 2020 e nel 2021, ma il terreno è stato recuperato nel 2022. Studi futuri dovrebbero esaminare come l'inefficienza della spesa sanitaria in tutto il mondo continui a evolversi nell'era post-pandemica.
I paesi di tutto il mondo hanno compiuto progressi significativi nella conversione del denaro in spese sanitarie. Tuttavia, in un'epoca di restrizione dei bilanci sanitari, è necessario ridurre ulteriormente l'inefficienza.
Per massimizzare il ritorno sulla spesa sanitaria, i paesi dovrebbero valutare l'aumento della percentuale di popolazione coperta da assicurazione sanitaria, impegnarsi per migliorare la governance e investire nella spesa per la protezione sociale, nella prevenzione e in infrastrutture che migliorino l'accesso all'assistenza sanitaria.

https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(25)00178-0/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email

Istat
Istituto Nazionale di Statistica
RAPPORTO
SDGs 2025
INFORMAZIONI STATISTICHE
PER L'AGENDA 2030 IN ITALIA
TEMI
LETTURE STATISTICHE

statistiche report

Istat

PREVISIONI DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE E DELLE FAMIGLIE | BASE 1/1/2024

Italia 2050: sfide e prospettive di una società in transizione

Le ultime **previsioni demografiche**, aggiornate al 2024, disegnano un processo di transizione all'interno del quale il peso dell'odierna struttura per età della popolazione è prevalente rispetto ai comportamenti demografici attesi, pur in un quadro di incertezza.

A loro volta, ulteriore aumento della sopravvivenza, bassa natalità e trasformazioni familiari confermano un cambiamento continuo nella struttura della popolazione che comporterà un auto-rafforzamento del processo di invecchiamento, nonostante il positivo apporto delle migrazioni con l'estero.

La **popolazione residente**, oggi circa 59 milioni, è prevista in diminuzione a 54,7 milioni entro il 2050, con un calo graduale ma costante nel tempo.

Entro lo stesso anno la quota di **anziani di 65 anni e più** sale al 34,6% (dal 24,3%), quella di individui di **15-64 anni** scende al 54,3% (dal 63,5%). Scende di un punto percentuale la quota di giovani fino a 14 anni (dal 12,2 all'11,2%).

Una famiglia su cinque sarà composta da una **coppia con figli** (oggi tre su 10) mentre il 41,1% delle famiglie sarà formata da **persone sole** (oggi 36,8%).

2,03

Il numero medio di componenti per famiglia nel 2050

2,21 nel 2024

6,5 milioni

Ultrasessantacinquenni che ci si attende vivranno da soli nel 2050

4,6 milioni nel 2024

-7,7 milioni

Il calo della popolazione in età attiva entro il 2050 nella fascia 15-64 anni

dagli attuali 37,4 milioni a 29,7

www.istat.it

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

CONTACT CENTRE
contact.istat.it

Calo della popolazione più che probabile ma ampio il margine di variabilità

L'attesa futura diminuzione della popolazione residente segue l'andamento negativo registrato negli ultimi 10 anni. Lo scenario di previsione "mediano" delinea un ulteriore calo di 478mila individui entro il 2030 (58,5 milioni), con un tasso di variazione medio annuo pari al -1,2‰. Nel medio termine la diminuzione della popolazione subisce un'accelerazione: da 58,5 milioni a 54,7 milioni tra il 2030 e il 2050 (tasso di variazione medio annuo pari al -3,3‰) (Prospetto 1).

Nel lungo periodo la dinamica demografica prevista ha un impatto ancora maggiore sulla numerosità della popolazione. In base allo scenario mediano, essa scenderebbe nel 2080 a 45,8 milioni, ulteriori 8,8 milioni in meno rispetto al 2050 (-5,4‰ in media annua). Sotto tale ipotesi il calo complessivo dall'anno base dell'esercizio (2024) ammonterebbe a 13,1 milioni di residenti. L'incertezza delle previsioni demografiche è positivamente correlata alla distanza tra l'anno base e l'anno di previsione. Nel 2050 l'intervallo di confidenza al 90% (la situazione in cui il valore corretto risulta all'interno dei due estremi con probabilità pari al 90%) associato alla numerosità della popolazione è pari a 4,1 milioni (52,5 - 56,8). Nel 2080 esso raggiunge il valore di 13,8 oscillando tra 39,0 e 52,8 milioni.

Considerando gli estremi degli intervalli di confidenza al 90%, nell'ipotesi più favorevole la popolazione potrebbe subire una perdita di "soli" 6,2 milioni tra il 2024 e il 2080, di cui 2,2 milioni già entro il 2050. Al contrario, nello scenario di maggiore diminuzione, nel 2080 la popolazione avrebbe 20,0 milioni di individui in meno rispetto ad oggi, 6,5 milioni dei quali già persi nel 2050. In conclusione, sembra inevitabile che la popolazione diminuisca, pur a fronte di evidenze numeriche profondamente diverse l'una dall'altra, che richiamano nell'immagine scenari non solo demografici ma anche sociali ed economici di impatto altrettanto diverso.

Tutto il territorio nazionale sarà interessato da un progressivo spopolamento, ma con alcune differenze a livello geografico. Tale variabilità farà si che nel Mezzogiorno il fenomeno raggiunga una dimensione maggiormente significativa rispetto al Centro-nord. Secondo lo scenario mediano, nel breve termine si prospetta nel Nord un lieve ma significativo incremento di popolazione (+1,1‰ annuo fino al 2030). Al contrario nel Centro (-1,3‰) e soprattutto nel Mezzogiorno (-4,8‰) si preannuncia un calo di residenti.

Nel periodo intermedio (2030-2050), e ancor più nel lungo termine (2050-2080), il calo di popolazione sarà invece generalizzato in tutte le ripartizioni geografiche, ma nel Mezzogiorno l'intensità della diminuzione raggiungerà livelli più alti. Nel lungo periodo, la popolazione del Nord potrebbe ridursi di 2,8 milioni di abitanti entro il 2080 ma di appena 200mila se si guarda al 2050. Ben diverso è il percorso evolutivo della popolazione nel Mezzogiorno, la quale nel 2080 potrebbe ridursi di 7,9 milioni di abitanti, 3,4 milioni dei quali già entro il 2050.

L'incertezza che accompagna le evidenze sopra descritte può portare in parte a differenti valutazioni. Nel Nord, ad esempio, è potenzialmente possibile anche un percorso di leggera ma costante crescita demografica (fino a 1,1 milioni di residenti in più al 2080), come rappresentato dal limite superiore dell'intervallo di confidenza. Viceversa, tanto nel Centro quanto nel Mezzogiorno tale possibilità non è mai contemplata, nemmeno sotto le ipotesi di scenario più favorevoli.

PROSPETTO 1. POPOLAZIONE RESIDENTE PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA. SCENARIO MEDIANO E INTERVALLO DI CONFIDENZA AL 90%. Anni 2024-2080, 1° gennaio, dati in milioni (*)

RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	2024	2030	2040	2050	2080
Nord	27,5	27,7	27,6	27,3	24,7
		[27,5 / 27,8]	[27,1 / 28,1]	[26,1 / 28,4]	[20,9 / 28,6]
Centro	11,7	11,6	11,4	11,0	9,3
		[11,6 / 11,7]	[11,1 / 11,6]	[10,5 / 11,4]	[7,9 / 10,7]
Mezzogiorno	19,9	19,2	17,9	16,4	11,9
		[19,1 / 19,3]	[17,6 / 18,2]	[15,8 / 17,0]	[10,2 / 13,6]
ITALIA	59,0	58,5	56,8	54,7	45,8
		[58,3 / 58,7]	[55,9 / 57,9]	[52,5 / 56,8]	[39,0 / 52,8]

(*) Tra parentesi quadre i valori degli intervalli di confidenza.

Dinamica naturale irreversibile, più incertezza sul versante dei flussi migratori

Da oltre 15 anni l'Italia affronta un ricambio naturale negativo, alla base della riduzione della popolazione, nonostante la parziale contropartita di dinamiche migratorie con l'estero di segno positivo. Questa tendenza si consolida nel futuro. Secondo lo scenario mediano, tra il 2024 e il 2080, si avrebbero complessivamente 20,5 milioni di nascite, 43,7 milioni di decessi, 18,0 milioni di immigrazioni dall'estero e 8,2 milioni di emigrazioni per l'estero. La trasformazione della popolazione non sarà solo quantitativa ma anche qualitativa, cambiandone profondamente le caratteristiche strutturali.

La misura dell'incertezza associata alle varie ipotesi sul futuro comportamento demografico spinge ad affermare che fino al 2080 sarà improbabile riportare in equilibrio l'odierna distanza tra nascite e decessi. Infatti, anche negli scenari di natalità e mortalità più favorevoli il numero di nascite non compensa quello dei decessi. Ad esempio, il limite superiore dell'intervallo di confidenza per le nascite (scenario nel quale il numero medio di figli per donna cresce fino a 1,85 nel 2080) identifica una quantità costantemente più bassa di quella prevista lungo il limite inferiore dei decessi (Figura 1).

Nello scenario mediano, dove si contempla una crescita della fecondità da 1,18 figli per donna nel 2024 a 1,46 nel 2080, il massimo delle nascite risulta pari a 401mila unità nel 2038. In seguito, il previsto aumento dei livelli riproduttivi medi non porta un parallelo aumento delle nascite, in quanto contrastato da un calo progressivo delle donne in età feconda. Basta considerare che nel 2024 il numero delle donne in età 15-49 anni ammonta a 11,5 milioni e che, in base allo scenario mediano, tale contingente è destinato a contrarsi fino a 9,1 milioni nel 2050 e a 7,6 milioni nel 2080. D'altra parte, lo scenario più favorevole di una fecondità in rialzo fino a 1,85 figli per donna nel 2080, registrando un intermedio di 1,59 figli per donna nel 2050, restituisce un livello di nascite inferiore alle 500mila unità annue.

Anche la mortalità sarà interessata da cambiamenti nella struttura per età della popolazione. Secondo lo scenario mediano, il picco di decessi sarà raggiunto nel 2059 (851mila) nonostante la speranza di vita sia prevista in crescita per tutto il periodo previsivo (86,1 e 89,7 anni quella prevista alla nascita nel 2080, rispettivamente per uomini e donne, con un guadagno di 4,4 anni per i primi e di 4,1 anni per le seconde sul 2024).

Lo scenario mediano contempla un saldo migratorio netto con l'estero ampiamente positivo. Si prevede una prima fase più intensa, fino al 2040, cui corrisponde una media di flussi netti poco inferiore alle 200mila unità annue. Segue, quindi, una fase di stabilizzazione che si protrae fino al 2080 a una media annuale di 165mila unità.

I futuri flussi migratori non controbilanciano il segno negativo della dinamica naturale. Nondimeno, essi sono contraddistinti da incertezza, per la presenza di molteplici fattori (spinte migratorie nei Paesi di origine, attrattività del Paese sul piano economico-occupazionale, instabilità del quadro geopolitico internazionale caratterizzato da crisi belliche e dal potenziale innesco di periodi di recessione economica alternati a periodi di ripresa). L'analisi dei risultati a lungo termine deve pertanto corredarsi di grande cautela; sotto tale punto di vista è significativo che l'intervallo di confidenza al 90% del saldo migratorio netto con l'estero restituisca nel 2080 estremi che variano da -20mila a +349mila unità.

FIGURA 1. MOVIMENTO NATURALE E MIGRATORIO DELLA POPOLAZIONE. SCENARIO MEDIANO E INTERVALLI DI CONFIDENZA AL 90%. ITALIA. Anni 2024-2080, dati in migliaia

Incerto il livello ma non la direzione, italiani più anziani e più longevi

La popolazione di 65 anni e più oggi rappresenta il 24,3% del totale, quella fino a 14 anni di età il 12,2%, quella tra i 15 e i 64 anni il 63,5%. L'età media della popolazione ha raggiunto il valore di 46,6 anni. Di fatto, la popolazione del Paese è già entrata in una fase accentuata e prolungata di invecchiamento. Dalle prospettive future scaturisce un'amplificazione di tale processo, perlopiù determinato dall'attuale articolazione per età della popolazione. Il presente invecchiamento della popolazione avrà un'importanza maggiore rispetto agli altri cambiamenti immaginati: l'evoluzione della fecondità, della mortalità e delle dinamiche migratorie, in base a un rapporto all'incirca, di due terzi e un terzo rispettivamente.

Entro il 2050 le persone di 65 anni e più potrebbero rappresentare il 34,6% del totale secondo lo scenario mediano, mentre l'intervallo di confidenza al 90% presenta un campo di variazione compreso tra un minimo del 33,2% e un massimo del 35,9%. Una significativa crescita è attesa anche per la popolazione di 85 anni e più, quella all'interno della quale si concentrerà una più importante quota di individui fragili, dal 3,9% nel 2024 al 7,2% nel 2050, con margini di confidenza tra il 6,4 e l'8%. Comunque vadano le cose l'impatto sulle politiche di protezione sociale sarà importante, visti i crescenti fabbisogni della popolazione più anziana.

La quota di giovani fino a 14 anni è prevista in ulteriore discesa fino al valore dell'11,2% nel 2050, secondo lo scenario mediano, nonostante si preveda una fecondità in parziale recupero. Sul piano dei rapporti intergenerazionali, inoltre, la quota di ultrasessantacinquenni potrebbe essere più di tre volte superiore a quella rappresentata da bambini e ragazzi.

La quota di popolazione anziana crescerà ancora come conseguenza del transito verso le età senili delle consistenti generazioni degli anni del *baby boom* (nati negli anni '60 e prima metà dei '70). Contemporaneamente, la popolazione in età lavorativa 15-64 anni scenderà al 54,3% in base allo scenario mediano, con una forchetta potenziale compresa tra il 53,2% e il 55,4%, evidenziando anche qui un quadro evolutivo certo, con importanti ricadute sul mercato del lavoro e sui fabbisogni da garantire al sistema di *welfare*.

Tra le future trasformazioni demografiche va evidenziato il processo di invecchiamento nel Mezzogiorno (Prospetto 2). Per quanto tale ripartizione geografica presenti ancora oggi un profilo per età più giovane, l'età media dei suoi residenti transita da 45,6 anni nel 2024 a 51,6 anni nel 2050 (scenario mediano), sopravanzando sia il Nord, che nel medesimo anno raggiungerebbe un'età media di 50,2 anni, sia il Centro che si attesterebbe a 51,2 anni.

PROSPETTO 2. ETÀ MEDIA DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA, SCENARIO MEDIANO E INTERVALLO DI CONFIDENZA AL 90%. Anni 2024-2080, 1° gennaio, in anni e decimi di anno (*)

RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	2024	2030	2040	2060	2080
Nord	46,9	48,1	49,3	50,2	50,5
		[47,9 / 48,2]	[48,8 / 49,9]	[49,2 / 51,2]	[48,0 / 53,3]
Centro	47,2	48,6	50,0	51,2	51,0
		[48,4 / 48,7]	[49,7 / 50,7]	[50,2 / 52,1]	[48,5 / 53,6]
Mezzogiorno	45,6	47,6	50,0	51,6	52,1
		[47,5 / 47,7]	[49,5 / 50,5]	[50,6 / 52,6]	[49,6 / 55,0]
ITALIA	46,6	48,0	49,7	50,8	51,0
		[47,9 / 48,1]	[49,2 / 50,2]	[49,8 / 51,8]	[48,5 / 53,6]

(*) Tra parentesi quadre valori sottostanti gli intervalli di confidenza.

Previsto un calo delle famiglie con almeno un nucleo

Nello scenario mediano il numero di famiglie in Italia aumenta da 26,5 milioni nel 2024 a 27,2 milioni nel 2040. Dopo questa prima prolungata fase, si prevede una leggera diminuzione fino a raggiungere i 26,8 milioni nel 2050. Nel complesso, tra il 2024 e il 2050, le famiglie aumenterebbero dell'1%.

La crescita del numero di famiglie deriverà prevalentemente da un incremento di quelle senza nuclei (ossia che non presentano una relazione di coppia o una di tipo genitore-figlio) che salgono da 10,4 a 11,9 milioni (+14%), arrivando a rappresentare nel 2050 il 44,3% delle famiglie totali (39,3% nel 2024). Al contrario, le famiglie con almeno un nucleo, che rappresentano nell'immaginario la famiglia tipica, diminuirebbero di oltre il 7%: tali famiglie, nel 2024 pari a 16,1 milioni (il 60,7% del totale delle famiglie), nel 2050 scenderebbero a 14,9 milioni, costituendo così il 55,7% delle famiglie (Prospetto 3).

Il calo delle famiglie con nuclei è il frutto delle dinamiche socio-demografiche in atto in Italia negli ultimi decenni: l'invecchiamento della popolazione, con l'aumento della speranza di vita, genera un maggior numero di persone sole; il prolungato calo della natalità incrementa le persone senza figli; l'aumento dell'instabilità coniugale, in seguito al maggior numero di scioglimenti di legami di coppia, determina un numero crescente di individui soli e di monogenitori.

Le previsioni delle famiglie evidenziano uno sviluppo "a parabola" del loro numero: una crescita fino al 2040 seguita da una diminuzione. Questo andamento dipende da un'evoluzione strutturale della popolazione. In una prima fase, il numero di famiglie aumenta sulla spinta dell'incremento delle persone sole (spesso anziani), successivamente cala con la progressiva estinzione delle generazioni del *baby boom* e la conseguente riduzione della popolazione complessiva.

I fattori sopra enunciati portano anche a una progressiva riduzione della dimensione familiare media che scenderà da 2,21 componenti nel 2024 a 2,03 nel 2050, determinando quindi la presenza di famiglie sempre più piccole e frammentate. Anche le famiglie con almeno un nucleo varieranno la loro dimensione media da 2,91 a 2,73 componenti.

Cresce la quota di persone sole sul totale delle famiglie

L'aumento della speranza di vita e dell'instabilità coniugale, come detto, fanno sì che le persone che vivono sole cresceranno del 13% tra il 2024 e il 2050, passando da 9,7 a 11 milioni in termini assoluti e dal 36,8% al 41,1% del totale delle famiglie. Tale aumento, assoluto e relativo, comporta in modo preponderante la crescita globale del numero di famiglie. Particolarmente accentuata sarà la crescita delle donne che vivono sole, che passeranno da 5,3 a 6,2 milioni (+18%). Gli uomini che vivono soli, invece, avranno un incremento dell'8%, passando nello stesso periodo da 4,5 a 4,8 milioni.

PROSPETTO 3. NUMERO DI FAMIGLIE PER TIPOLOGIA. Anni 2024*, 2040, 2050, scenario mediano, valori in migliaia e percentuali

	2024	2040	2050	2024	2040	2050
	VALORI ASSOLUTI			VALORI PERCENTUALI		
TOTALE FAMIGLIE	26.479	27.205	26.733	100,0	100,0	100,0
di cui con almeno un nucleo	16.073	15.852	14.838	60,7	57,0	55,7
Coppie senza figli	5.352	5.907	5.667	20,2	21,8	21,2
Coppie con figli	7.978	6.943	5.734	30,1	25,3	21,4
di cui con almeno un figlio <20 anni	4.068	3.853	3.718	15,4	14,7	13,9
Madri sole	2.276	2.368	2.413	8,6	8,7	9,0
di cui con almeno un figlio<20 anni	1.012	1.059	1.137	3,8	3,9	4,3
Padri soli	518	748	819	2,0	2,7	3,1
di cui con almeno un figlio<20 anni	223	293	302	0,8	1,1	1,1
Famiglie con 2 o più nuclei	249	276	287	0,9	1,0	1,1
di cui senza nuclei	10.405	11.353	11.895	39,3	42,4	44,3
Persone sole	9.734	10.744	11.005	36,8	39,5	41,1
di cui maschi	4.456	4.778	4.782	16,8	17,6	17,9
di cui femmine	5.278	5.967	6.213	19,9	21,9	23,2
Famiglie multipersonali	672	708	849	2,5	2,6	3,2

(*) Dati dell'indagine sugli Aspetti della vita quotidiana sono diffusi in media biennale. Qui, invece, i dati si riferiscono al 1° gennaio dell'anno. Per i 2024 c'è perciò qualche differenza

Sempre più anziani tra gli individui che vivono soli

L'aumento delle persone sole ha un importante impatto sociale, considerando che è soprattutto nelle età più avanzate che aumentano in maniera significativa. Già nel 2024, tra i 9,7 milioni di persone sole, quelle con 65 anni e più ammontano a 4,6 milioni. Negli anni a venire gli ultrasessantacinquenni soli sono destinati a crescere in misura consistente fino a pervenire nel 2050 a 6,5 milioni.

Per gli individui soli fino a 64 anni di età, invece, si prospetta una dinamica evolutiva più stabile. Degli attuali 5,2 milioni, il 60% dei quali uomini, questo segmento della popolazione dovrebbe scendere a poco meno di 5 milioni entro il 2035. Successivamente, a causa del declino complessivo che caratterizzerà la popolazione in età adulta, si prevede una diminuzione fino a circa 4,5 milioni nel 2050.

Anche dopo i 65 anni di età il vivere soli muta a seconda del genere: contrariamente a quanto si riscontra tra gli individui fino a 64 anni, in questo caso sono le donne a prevalere numericamente, grazie al loro vantaggio di sopravvivenza. Se già nel 2024 le donne sole ultrasessantacinquenni ammontano a 3,2 milioni, alla fine del periodo previsivo diventeranno 4,5 milioni, con una crescita del 41%. Tra gli uomini soli ultrasessantacinquenni, invece, si prevede una crescita da 1,3 milioni a circa 2,0 (+46%).

Il vivere soli, una condizione spesso involontaria, nel caso delle persone anziane può condizionare la qualità della vita, soprattutto quando crescono le limitazioni nelle attività quotidiane. Se, infatti, per gli individui di 65 anni o più diventa sempre meno frequente riscontrare limitazioni alle capacità funzionali, ben diversa è la situazione al superamento di una soglia di età pari a 75 anni, più soggetta a bisogni specifici e fragilità legate all'invecchiamento. Il numero di ultrasettantacinquenni che potrebbero vivere da soli, in particolare, è destinato a salire di oltre 1,7 milioni (di cui 1,2 milioni di donne) nel 2050, raggiungendo la cifra assoluta di 4,6 milioni di individui soli (di cui 3,4 milioni di donne).

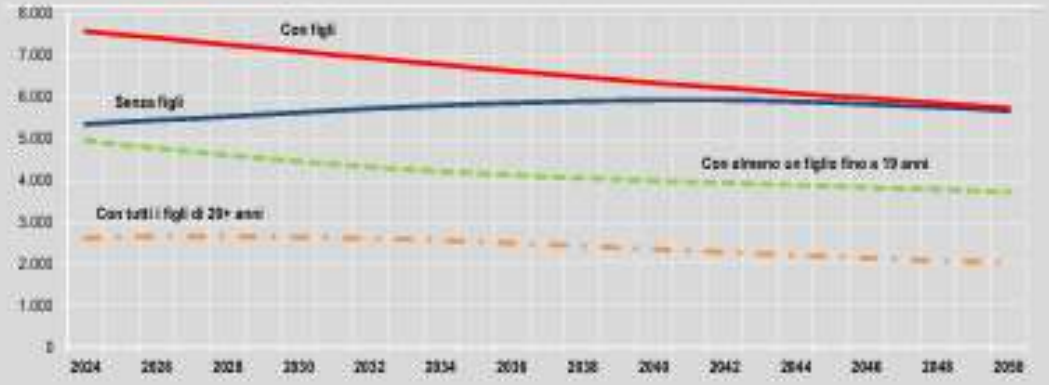
Verso una società con una sola coppia con figli ogni cinque famiglie

A causa della bassa fecondità degli ultimi decenni, e sulla base delle ipotesi considerate nello scenario mediano, si prevede che le coppie con figli continueranno a diminuire. Oggi sono 7,6 milioni e rappresentano meno di tre famiglie su 10 (28,6%), entro il 2050 potrebbero scendere a 5,7 milioni (-24%) arrivando così a poco più di due famiglie su 10 (21,4%).

In lieve aumento, invece, saranno le coppie senza figli che si prevede saliranno da 5,4 milioni nel 2024 a 5,7 milioni nel 2050 (+6%), arrivando a rappresentare il 21,2% del totale delle famiglie. La contrapposta dinamica tra coppie con o senza figli comporta una progressiva riduzione del divario numerico tra le due tipologie familiari. Se a livello nazionale arriverebbero quasi a pareggiarsi entro il 2050, in alcune aree del Paese, come il Nord e il Centro, a quella data si sarebbe già verificato il sorpasso delle seconde sulle prime.

La crescente instabilità coniugale porterà a un leggero aumento dei genitori soli, che passeranno dal 10,9% al 12,1% del totale famiglie tra il 2024 e il 2050. In valori assoluti la variazione risulterebbe da 2,9 a 3,2 milioni. Per la maggior parte dei casi continuerà a trattarsi, come oggi, di madri sole, ma la quota di padri soli sul totale dei monogenitori è prevista in crescita dal 21% al 25%.

FIGURA 2. NUMERO DI COPPIE PER TIPOLOGIA. Anni 2024-2050, scenario mediano, valori in migliaia.



Trasformazioni familiari in convergenza tra Centro-nord e Mezzogiorno

In passato il Mezzogiorno presentava una fecondità maggiore, mentre nel Centro e nel Nord si registravano tassi più elevati di instabilità coniugale e un invecchiamento della popolazione più marcato. Negli anni recenti, almeno dall'inizio del nuovo millennio, il quadro è andato parzialmente modificandosi: la fecondità è in discesa ovunque, anche in Campania e Sicilia che mantengono un vantaggio solo relativo; molte regioni del Mezzogiorno presentano un più accentuato invecchiamento e sono già dentro una spirale di apparente non ritorno sul piano strutturale (ad es. Molise, Basilicata, Sardegna); infine le moderne trasformazioni familiari, pur in presenza di una maggiore diffusione delle coppie con figli, hanno inciso anche nelle regioni meridionali.

In questo recente quadro evolutivo, le previsioni delle famiglie non fanno che rafforzare una convergenza territoriale, con un Mezzogiorno che transita verso schemi sociodemografici sempre più simili a quelli del Centro e del Nord. Si prevede, infatti, un *trend* in diminuzione delle famiglie con almeno un nucleo particolarmente accentuato nel Mezzogiorno (dal 63,1% nel 2024 al 57,6% nel 2050), che però rimane la ripartizione con la quota più alta di queste famiglie (rispettivamente Nord e Centro avrebbero nel 2050 il 55,1% e il 54,3%). Le famiglie composte da coppie con figli subirebbero poi i cambiamenti più rilevanti. Il Mezzogiorno manterrebbe la proporzione più alta per questo tipo di famiglie, anche se la loro presenza sembrerebbe destinata a diminuire sensibilmente: dal 31,5% nel 2024 al 22,7% nel 2050 (Figura 3).

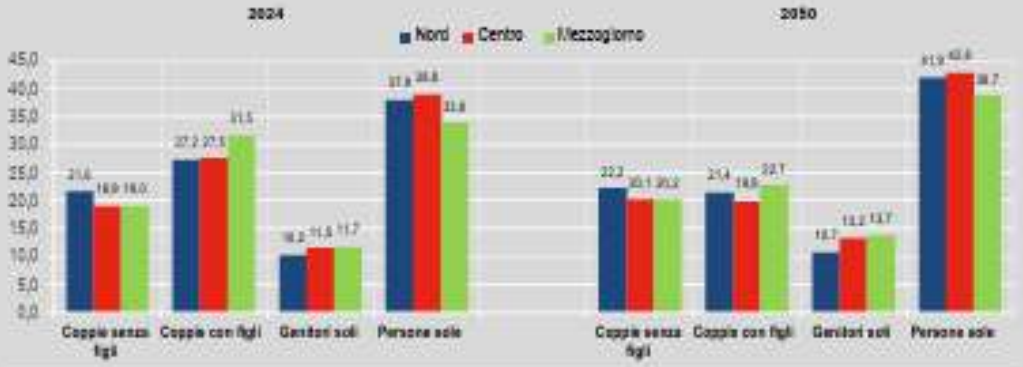
Le famiglie senza nuclei si confermano maggiormente presenti nel Nord e nel Centro (nel 2050 raggiungerebbero, rispettivamente, il 44,9% e il 45,7%). Ciononostante l'aumento maggiore si avrebbe nel Mezzogiorno, pari a 5,5 punti percentuali (dal 36,9% al 42,4%).

Anche i fattori sociali che nel loro insieme caratterizzeranno la futura consistenza delle persone sole sembrano suggerire un quadro di convergenza territoriale. Secondo le previsioni, nel Nord le persone sole nel 2050 saranno il 41,9%, registrando un incremento di 4 punti percentuali sul 2024. Stesso incremento quello che avrebbero le persone sole nel Centro, ma partendo da una quota più elevata ciò porterà tale ripartizione a mantenerne il primato (42,8%). Più significativo l'incremento che si avrebbe nel Mezzogiorno (+4,9 punti percentuali, 38,7%) che determinerà in tale ripartizione la condizione di avvicinarsi ai livelli del Centro-nord.

Le coppie senza figli sono previste ovunque in leggera crescita. Continueranno a essere più diffuse al Nord (22,2% nel 2050) mentre nel Mezzogiorno potrebbero salire al 20,2%.

Le trasformazioni familiari previste porteranno a una comune riduzione della dimensione familiare media su tutto il territorio. Se in Italia, come detto, si prevede una diminuzione da 2,21 a 2,03 componenti, nel Nord e nel Centro, dove oggi i valori sono pari a 2,16 componenti, si potrebbe scendere nel 2050 a circa 2 componenti, mentre il Mezzogiorno passerebbe da 2,32 a 2,06.

FIGURA 3. FAMIGLIE PER PRINCIPALI TIPOLOGIE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA. SCENARIO MEDIANO. Anni 2024 e 2050, valori percentuali



www.istat.it

THE LANCET
Planetary Health

Confini planetari in uno scenario di mitigazione dei cambiamenti climatici basato sulla terraferma con una trasformazione della domanda alimentare: uno studio di modellizzazione

Felicitas Beier, Jan Dietrich·Jens Heinke, Gabriel Abrahao, Patrick von Jeetze, Benjamin Leon Bodirsky, et al.

Riepilogo

Sfondo

Un'ambiziosa mitigazione dei cambiamenti climatici in tutti i settori economici è fondamentale per limitare il riscaldamento globale.

Percorsi di mitigazione economicamente vantaggiosi per mantenere l'aumento della temperatura media globale al di sotto di 1,5 °C entro la fine del XXI secolo si basano spesso sulla riduzione delle emissioni di gas serra (GHG) provenienti dal suolo, sull'aumento dell'assorbimento di carbonio e dell'approvvigionamento di biomassa da parte del suolo ad altri settori (ad esempio, energia e trasporti) e sui cambiamenti dal lato della domanda nel sistema alimentare.

Per valutare la sostenibilità più ampia delle azioni di mitigazione dei cambiamenti climatici basate sul suolo, abbiamo valutato sinergie e compromessi tra misure di mitigazione dal lato dell'offerta, individuali e combinate, lungo cinque confini planetari.

Abbiamo anche esaminato il ruolo di una trasformazione della domanda alimentare allineata alle raccomandazioni alimentari della dieta planetaria aggiornata, definita nel prossimo rapporto della Commissione EAT- *Lancet* 2.0, nel definire i risultati dei confini planetari.

Metodi

In questo studio di modellizzazione, abbiamo utilizzato il framework di modellizzazione dinamica del sistema terrestre MAgPIE per valutare le conseguenze delle riduzioni di gas serra basate sulla terraferma, dell'aumento dell'assorbimento di carbonio da parte della terraferma, dell'aumento dell'offerta di biomassa ad altri settori e di una trasformazione del sistema alimentare verso una dieta salutare per il pianeta, che includa la riduzione degli sprechi alimentari in cinque domini di confine planetari (cambiamento climatico, azoto, cambiamento del sistema terrestre, uso di acqua dolce e integrità della biosfera) rispetto a uno scenario di riferimento senza mitigazione del sistema terrestre per tutto il secolo.

Per ciascuna variabile di controllo del confine planetario, abbiamo calcolato il livello di trasgressione del confine planetario (ovvero la misura in cui i risultati dello scenario hanno superato lo spazio operativo sicuro definito) e valutato il contributo delle strategie di mitigazione basate sulla terraferma alla riduzione delle trasgressioni del confine planetario previste per lo scenario di riferimento.

Risultati

Le nostre proiezioni mostrano che una trasformazione del sistema alimentare, unita a un'ambiziosa mitigazione dei cambiamenti climatici a livello di sistema terrestre ed energetico, può limitare il riscaldamento globale al di sotto di 1,5 °C entro il 2100, riducendo al contempo la trasgressione dei confini planetari (in particolare per quanto riguarda i cambiamenti climatici, i cambiamenti del sistema terrestre, l'integrità della biosfera e i confini planetari dell'azoto).

Tuttavia, queste misure di mitigazione non hanno consentito di raggiungere uno spazio operativo sicuro, poiché si prevedeva che la maggior parte dei confini planetari sarebbe rimasta violata entro la fine del XXI secolo.

L'aumento dell'offerta di bioenergia da sola ha peggiorato la trasgressione dei confini planetari se si considerano solo gli impatti sul sistema terrestre, ma la combinazione di un aumento dell'offerta di bioenergia con la determinazione del prezzo dei gas serra nel sistema terrestre ha attenuato questi compromessi. Si prevedeva che la riduzione degli sprechi alimentari e il passaggio a una dieta salutare per il pianeta avrebbero alleviato le pressioni sul sistema terrestre e ridotto la trasgressione dei confini planetari di tutti i confini planetari valutati.

Interpretazione
Questa ricerca evidenzia l'importanza di considerare i molteplici limiti planetari e le interazioni tra le diverse strategie di mitigazione nella valutazione delle azioni di mitigazione climatica nel sistema terrestre, al fine di evitare conseguenze negative per altri aspetti dell'ambiente. Seguire un ambizioso percorso di mitigazione dei cambiamenti climatici compatibile con l'Accordo di Parigi comporta la violazione di tutti e cinque i limiti planetari valutati entro il 2100. Tuttavia, la combinazione delle misure di mitigazione del sistema terrestre incluse in questo studio ha prodotto un sostanziale spostamento verso uno spazio operativo sicuro per l'umanità.

Introduzione
La produzione agricola globale e l'uso del suolo nella loro forma attuale hanno conseguenze dannose per l'ambiente e causano notevoli emissioni di gas serra (GHG), contribuendo al cambiamento climatico. 1,2
A livello globale, il settore dell'agricoltura, della silvicoltura e di altri usi del suolo (AFOLU) è responsabile del 13-21% delle emissioni totali di gas serra di origine antropica 1 ed è un fattore chiave dell'inquinamento del suolo e dell'acqua 3 e della perdita di biodiversità. 4 Il settore AFOLU è fondamentale per la mitigazione del cambiamento climatico. 1,2
L'approvvigionamento di bioenergia dal sistema terrestre può svolgere un ruolo importante nella rimozione dell'anidride carbonica (CO_2) tramite la bioenergia con cattura e stoccaggio del carbonio. 5 Le misure dal lato dell'offerta, come la fissazione del prezzo dei gas serra nel settore terrestre, possono contribuire alla riduzione delle emissioni di CO_2 poiché incentivano la conservazione del suolo, la riforestazione e l'afforestazione e la riduzione delle emissioni non CO_2 (ad esempio, metano [CH_4] e protossido di azoto [N_2O]) dalle attività agricole. 2 Dal lato della domanda, i cambiamenti nella dieta e la riduzione degli sprechi alimentari che riducono i requisiti di produzione agricola possono contribuire notevolmente al raggiungimento di ambiziosi obiettivi climatici .

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio
A partire dalle pubblicazioni chiave identificate tramite una ricerca su Google Scholar del 25 febbraio 2025, con i termini di ricerca "planetary health diet and planetary boundaries", "EAT Lancet diet and planetary boundaries" e "land-based climate change mitigation, planetary boundaries, dietary change", con un intervallo di pubblicazione compreso tra gennaio 2009 e febbraio 2025, abbiamo rintracciato i collegamenti con ricerche precedenti, successive e simili tramite ResearchRabbit.
Abbiamo trovato diversi studi che hanno esaminato portafogli di misure di mitigazione basate sul territorio e le loro sinergie e compromessi rispetto a vari indicatori (ad esempio, gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile). Uno studio si è concentrato sul ruolo del cambiamento dietetico nel raggiungimento di ambiziosi obiettivi climatici, dimostrando che i cambiamenti dietetici aumentano la fattibilità economica e fisica dei percorsi di 1,5 °C.
Altri hanno valutato (con valutazioni del ciclo di vita) se sia possibile raggiungere uno spazio operativo sicuro soddisfacendo al contempo i bisogni umani fondamentali.
Studi simili con modelli input-output statici hanno quantificato l'effetto degli interventi sul sistema alimentare su determinati confini planetari. Studi di modellizzazione dinamica dell'uso del suolo hanno dimostrato che il cambiamento dietetico può migliorare i risultati economici, sanitari e ambientali.
Le conseguenze della mitigazione dei cambiamenti climatici del sistema territoriale, sia dal lato dell'offerta che da quello della domanda, sui confini planetari relativi alla produzione agricola non sono ancora state valutate sistematicamente.

Valore aggiunto di questo studio
Andiamo oltre le valutazioni precedenti scomponendo un percorso di mitigazione del cambiamento climatico compatibile con un aumento di 1,5 °C nelle sue misure relative al sistema territoriale, sia dal lato dell'offerta che dal lato della domanda. Indaghiamo il contributo di queste misure di mitigazione alla trasgressione di cinque limiti planetari (cambiamento climatico, cambiamento del sistema territoriale, integrità della biosfera, acqua dolce e azoto) relativi alla produzione agricola e al settore fondiario, utilizzando un modello dinamico di uso del suolo.
Valutiamo le interazioni, le sinergie e i compromessi tra le diverse misure relative al sistema territoriale, sia dal lato dell'offerta (ovvero, aumento dell'offerta di bioenergia, protezione del suolo tramite la tariffazione delle emissioni e miglioramento della gestione agricola tramite la tariffazione delle emissioni diverse dalla CO_2) in un mondo con e senza una trasformazione della domanda alimentare in linea con la dieta per la salute planetaria definita dalla seconda Commissione EAT- *Lancet* .
Dato il lungo periodo di tempo (fino al 2100) necessario per valutare l'effetto della mitigazione dei cambiamenti climatici sulla trasgressione dei confini planetari, è importante utilizzare un quadro di modellizzazione dinamica dell'uso del suolo che catturi le dinamiche del sistema territoriale risultanti dai fattori socioeconomici previsti e dai cambiamenti climatici riflessi nelle condizioni biofisiche.

Implicazioni di tutte le prove disponibili
Una trasformazione della domanda alimentare, che includa la riduzione degli sprechi alimentari e un passaggio alle diete orientate alla salute planetaria, come definito dal prossimo rapporto della Commissione EAT- *Lancet* 2.0, riduce la pressione sul sistema territoriale (come dimostrato anche da studi precedenti) e migliora tutti e cinque i limiti planetari valutati in questo studio.
Inoltre, attenua i compromessi derivanti dalla mitigazione del sistema territoriale dal lato dell'offerta (ad esempio, l'aumento del consumo di acqua dolce dovuto alla crescente pressione sulle risorse idriche, unitamente a misure di mitigazione del sistema territoriale che aumentano la competizione per la terra).
I compromessi tra il sistema territoriale e le singole misure di mitigazione (come quelle osservate in seguito all'aumento dell'offerta di bioenergia) vengono attenuati se combinati con la fissazione del prezzo dei gas serra nel settore territoriale.
Una combinazione di tutte le misure relative al sistema territoriale (sia dal lato della domanda che da quello dell'offerta) porta a un sostanziale spostamento verso lo spazio operativo sicuro. Ciononostante, il percorso di mitigazione dei cambiamenti climatici compatibile con 1,5 °C stimato lascia i limiti planetari valutati oltrepassati entro la fine del XXI secolo.

https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(25)00087-7/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email

THE LANCET
Planetary Health

Un appello all'adattamento basato sulle prove: mitigare il crescente onere sanitario globale del caldo estremo

Tiantian Li, Yirong Liu, Peng Du, Wenjia Cai e Yuming Guo

Gli sforzi di mitigazione del cambiamento climatico sono essenziali per evitare gli effetti peggiori del cambiamento climatico; 1 tuttavia, le emissioni storiche di gas serra ci hanno già obbligato a continui cambiamenti climatici nei prossimi decenni. 2 Pertanto, dobbiamo adattarci agli inevitabili cambiamenti climatici, intensificando al contempo gli sforzi di decarbonizzazione.

L'enfasi globale sull'adattamento sanitario ai cambiamenti climatici si è intensificata. 3 Nel maggio 2025, l'Assemblea Mondiale della Sanità ha adottato il Piano d'azione globale sui cambiamenti climatici e la salute, 4 che definisce l'obiettivo generale di promuovere strategie di adattamento per mitigare i rischi per la salute.

La risoluzione ha inoltre evidenziato la necessità di attingere sia alla ricerca scientifica che alla conoscenza esperienziale per chiarire le correlazioni tra cambiamenti climatici, misure di risposta e risultati sanitari. Rafforzare l'integrazione delle evidenze scientifiche e tradizionali è essenziale per stabilire una solida base di conoscenze. 4

Nonostante la crescente attenzione internazionale, permangono lacune metodologiche e probatorie, in particolare per quanto riguarda la guida di strategie efficaci di adattamento al caldo. Per colmare queste lacune, è stata esaminata una raccolta di documenti per concentrarsi sulla pressante necessità di spunti concreti e approcci basati sull'evidenza.

Questa raccolta di articoli si concentra sull'adattamento al caldo, abbracciando un ampio spettro di ricerche: dalla pianificazione urbana a livello macro e dalle modifiche delle politiche socioeconomiche agli interventi comportamentali a livello comunitario, alla progettazione di sistemi di allerta precoce e alle valutazioni dell'efficacia degli interventi. La raccolta mira a generare solide evidenze scientifiche e innovazione metodologica per rafforzare l'adattamento della popolazione alla salute in risposta ai cambiamenti climatici.

I contributi chiave della raccolta includono la creazione di un sistema metrico completo per l'adattamento al caldo che considera i rischi per la salute correlati al clima, il progresso di modelli e strumenti di allerta precoce e l'implementazione di valutazioni e proiezioni basate su scenari di strategie di adattamento alla salute in scenari climatici futuri. La raccolta riflette una prospettiva decisamente globale.

Utilizzando dati provenienti da 830 località in 53 paesi, Wu e colleghi hanno stimato che un aumento del 30% dell'indice di vegetazione migliorato fosse associato a una riduzione di 0,19 °C delle temperature medie ponderate per la popolazione globale durante la stagione calda e che l'aumento avrebbe evitato 1,16 milioni di morti rispetto ai decessi verificatisi con l'attuale area di vegetazione urbana.

I risultati suggeriscono che preservare ed espandere il verde sono potenziali strategie di adattamento per ridurre gli impatti sulla salute dell'esposizione al calore. 5

Inoltre, Zhao e colleghi hanno valutato i turni di lavoro provinciali in Cina e hanno riferito che lo scenario SSP2-4.5 potrebbe ridurre le perdite di produttività del lavoro legate al calore esterno del 26,2% nel 2100 (perdita residua del prodotto interno lordo in calo dal 4,3 al 3,8%) e che lo scenario SSP1-2.6, che rappresenta basse emissioni di carbonio e un aumento della temperatura globale inferiore a 2 °C entro il 2100, potrebbe ridurre la perdita di produttività del lavoro del 31% (perdita del prodotto interno lordo del 2,0%).

I risultati evidenziano gli aggiustamenti dell'orario di lavoro come strategia efficace per mitigare le perdite di produttività legate al caldo, con chiare sinergie con gli sforzi di mitigazione e il potenziale per ridurre i divari di sviluppo interprovinciali in Cina. 6

Johar e colleghi hanno esaminato gli interventi di adattamento al caldo a livello di comunità e hanno sottolineato l'integrazione strategica di quadri teorici comportamentali, tra cui il modello delle convinzioni sulla salute e la teoria del comportamento pianificato, per informare la progettazione dell'intervento, rafforzando così la rilevanza culturale e la fattibilità a lungo termine degli interventi di adattamento al caldo. 7

Il commento di Nairn propone che un sistema di allerta precoce multi-disastro possa concettualizzare efficacemente le ondate di calore come eventi meteorologici misurati in base all'intensità per migliorare le

previsioni basate sull'impatto e gli avvisi tempestivi su scale temporali sia stagionali che a breve termine, offrendo così un mezzo per alleviare il peso sulla salute associato all'esposizione al caldo estremo. 8 Parallelamente, Song e colleghi hanno sottolineato la necessità di strategie dipendenti dal contesto in mezzo a risultati inconcludenti sugli esiti dell'intervento.
Lo studio integra informazioni provenienti da ricerche epidemiologiche e sperimentali, promuovendo così un quadro integrativo che incorpora l'adattamento a livello di popolazione insieme alle soglie fisiologiche per supportare un'interpretazione più sfumata dei rischi per la salute correlati al calore .
I risultati della raccolta evidenziano l'importanza dell'espansione degli spazi verdi, della modifica degli orari di lavoro e dei sistemi di allerta precoce come componenti essenziali dell'adattamento alla salute pubblica; tuttavia, persistono diverse carenze fondamentali nella base di dati a supporto dell'adattamento sanitario ai cambiamenti climatici. In primo luogo, la valutazione della capacità adattiva rimane poco sviluppata.
Stabilire parametri di base è fondamentale per progettare strategie basate sull'evidenza per gestire i rischi per la salute, compresi quelli derivanti dal caldo estremo. Tuttavia, le valutazioni attuali rimangono in gran parte nell'ambito di quadri concettuali, prive di indicatori standardizzati e metodologie solide.
La disponibilità di dati comparabili a livello globale sulla capacità di adattamento clima-salute consentirebbe un processo decisionale informato e aiuterebbe nell'allocazione strategica delle risorse. Le risposte del settore sanitario ai rischi indotti dal clima sono spesso non supportate dai dati empirici richiesti. In secondo luogo, la quantificazione degli esiti sanitari associati a specifici interventi di adattamento rimane limitata.
Nonostante l'implementazione di misure come i sistemi di allerta precoce per le ondate di calore, le iniziative di controllo dei vettori e le modifiche infrastrutturali, persistono notevoli incertezze riguardo ai loro impatti misurabili sulla salute.
Attualmente, non esistono sistemi standardizzati per valutare sistematicamente specifici benefici per la salute, come la riduzione della mortalità e della morbilità, né metodologie rigorose per quantificare potenziali rischi, come il rapporto costo-efficacia, le implicazioni in termini di equità e le conseguenze indesiderate.
Questa lacuna probatoria limita la fattibilità di condurre valutazioni costi-benefici integrate e ostacola la formulazione di priorità basate sull'evidenza e di strategie di allocazione delle risorse.
Inoltre, i dati empirici sull'adattamento per regioni e popolazioni sensibili al clima rimangono inadeguati.
La ricerca finora si è concentrata principalmente su aree come l'Asia orientale, l'Europa meridionale e gli Stati Uniti, e gli studi pertinenti condotti in paesi a basso e medio reddito, regioni remote e piccoli stati insulari in via di sviluppo – aree con una maggiore vulnerabilità climatica e sanitaria – sono estremamente limitati.
Questo squilibrio nelle evidenze limita la comprensione delle esigenze di adattamento specifiche per regione e impedisce lo sviluppo di strategie mirate per gli eventi climatici. Inoltre, lo sviluppo di strumenti individualizzati di adattamento clima-salute rimane sottosviluppato.
Gli strumenti esistenti sono in gran parte generici; Ad esempio, i sistemi di allerta precoce sui rischi per la salute in genere diffondono avvisi uniformi basati sulle medie regionali di temperatura, qualità dell'aria e indicatori correlati. 11 Tali strumenti offrono solo avvisi generali e non considerano la variabilità specifica della popolazione o della malattia, risultando quindi inadeguati nell'affrontare le diverse esigenze di protezione della salute degli individui in condizioni climatiche mutevoli.
Per promuovere l'attuazione del Piano d'azione globale sui cambiamenti climatici e la salute, colmare le cruciali lacune nelle evidenze scientifiche sull'adattamento clima-salute rimane una priorità urgente. Gli sforzi di ricerca multidisciplinare dovrebbero essere indirizzati verso quattro aree chiave. In primo luogo, è essenziale un progresso sistematico nella valutazione delle capacità di adattamento regionali.
Lo sviluppo di quadri scientifici standardizzati può consentire un'accurata identificazione dei rischi per la salute legati al clima e delle corrispondenti esigenze di adattamento in diversi contesti geografici, rafforzando così il fondamento probatorio della governance clima-salute. In secondo luogo, è fondamentale stabilire un quadro completo di valutazione dei benefici degli interventi di adattamento.
Questo quadro richiede l'integrazione di metriche multidimensionali – tra cui risultati sanitari, spesa economica ed equità sociale – in un modello quantitativo che supporti la valutazione empirica e informi la definizione delle priorità delle strategie di adattamento e l'efficiente distribuzione delle risorse. In terzo luogo, la ricerca deve concentrarsi sulle regioni e sulle popolazioni vulnerabili progettando strategie di adattamento sanitario specifiche per il contesto. Questa strategia implica l'identificazione dei bisogni localizzati sulla base

di fattori ambientali e socioeconomici e la formulazione di piani di risposta personalizzati in linea con le condizioni regionali e le caratteristiche della comunità.
Infine, l'innovazione negli strumenti di adattamento personalizzati e nei sistemi di allerta precoce dei rischi dovrebbe essere perseguita sfruttando tecnologie come i sensori indossabili e l'analisi dei big data.
Queste tecnologie possono migliorare la precisione e la tempestività degli avvisi a livello individuale, promuovere la modificazione comportamentale e consentire interventi mirati, rafforzando così la capacità di adattamento sia a livello individuale che comunitario.
Riteniamo che promuovere queste priorità mirate e basate sull'evidenza sia essenziale per accelerare l'attuazione del Piano d'Azione
Globale e mitigare i crescenti rischi per la salute globale associati all'esposizione al caldo estremo.

https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(25)00165-2/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email

THE LANCET
Planetary Health

L'effetto delle politiche di mitigazione e adattamento climatico sulla salute e sulle disuguaglianze sanitarie: una revisione sistematica

Annika Hjelmskog , Jennifer Boyd , Amy Stevenson , Roxana Pollack , Corinna Elsenbroich , Prof. Alison Heppenstall , et altri

Riepilogo
Questa revisione sistematica si concentra sugli effetti delle azioni di adattamento e mitigazione climatica nei paesi ad alto reddito sulla disuguaglianza sanitaria. L'articolo esamina le evidenze esistenti (158 studi) sul potenziale delle azioni climatiche per ridurre o ampliare le disuguaglianze sanitarie e identifica i meccanismi attraverso i quali tali effetti potrebbero manifestarsi.
L'entità delle evidenze è altamente variabile e distribuita tra diverse discipline scientifiche. In alcuni ambiti dell'azione per il clima (come trasporti più ecologici e infrastrutture blu e verdi) le evidenze sugli effetti sulla disuguaglianza sanitaria per diversi gruppi di popolazione sono ben sviluppate.
In altri ambiti (come la conservazione marina e la biodiversità), sono state identificate lacune significative nelle evidenze. Esiste una notevole variabilità nel livello di dettaglio che spiega i diversi meccanismi.
Sono stati riscontrati possibili effetti sia positivi che negativi sulla disuguaglianza sanitaria, suggerendo l'importanza di quest'area di ricerca nel sostenere la giustizia climatica. Un approccio interdisciplinare più coerente consentirebbe di trarre conclusioni solide sull'effetto di specifici interventi.

Introduzione
Affrontare la crisi climatica è una priorità urgente, con crescenti preoccupazioni circa la possibilità che l'obiettivo dell'accordo di Parigi, che è quello di limitare l'aumento della temperatura media globale a 1,5 gradi, rimanga raggiungibile. 1
L'attuazione di strategie per ridurre rapidamente le emissioni di gas serra è attualmente una necessità urgente, in particolare nei paesi ad alto reddito che storicamente sono stati responsabili di livelli sproporzionati di emissioni. 2, 3

Nel 2023, la COP28 è stata la prima Conferenza delle Parti ad avere una Giornata della Salute dedicata, a indicare che la questione della salute sta diventando una priorità tra le preoccupazioni climatiche e che le prove su questo argomento sono ora una necessità urgente.
La crisi climatica è un problema cruciale di salute pubblica per la disuguaglianza, che ha dimostrato non solo di portare a danni sproporzionati per i gruppi svantaggiati, ma anche di contribuire al peggioramento del collasso climatico stesso. [4]
Oltre alle strategie di mitigazione, sono necessarie azioni di adattamento per rispondere a come il clima è già cambiato e continuerà a cambiare le condizioni di vita (pannello 1). [5,12]
Molte azioni di mitigazione e adattamento hanno il potenziale per portare a benefici collaterali diretti per la salute della popolazione, ad esempio attraverso una migliore qualità dell'aria, un aumento degli spostamenti attivi e il passaggio a diete più sane e sostenibili. [13,14]
Quando tali benefici vengono sperimentati tra le popolazioni più svantaggiate, che sono quelle che ne traggono i maggiori benefici, allora le azioni di adattamento e mitigazione del clima potrebbero contribuire a ridurre le disuguaglianze sanitarie. Tuttavia, tali azioni potrebbero anche portare a risultati negativi per la salute.
Ad esempio, una maggiore biodiversità potrebbe introdurre animali selvatici portatori di malattie; i beni che promuovono la salute (ad esempio, alloggi o cibo di buona qualità) potrebbero diventare meno accessibili, esacerbando così le disuguaglianze sanitarie esistenti;
Alcuni settori lavorativi potrebbero subire un declino senza la disponibilità di opportunità di impiego alternative; inoltre, la crescente domanda finanziaria di investimenti per il clima potrebbe limitare i finanziamenti per altri servizi pubblici correlati alla salute, come istruzione, welfare o assistenza sanitaria. [15]
La letteratura su questo argomento è frammentata e spesso isolata, considerando l'effetto di un solo tipo di azione di mitigazione o adattamento, con ricerche distribuite su numerose discipline scientifiche.

Pannello 1

Le azioni politiche di mitigazione e adattamento ai cambiamenti climatici comunemente implementate (o sostenute) nei paesi ad alto reddito possono essere classificate nelle seguenti ampie categorie [5]

Mitigazione [6,7]

- Riduzione del consumo energetico (ad esempio, implementazione di programmi per migliorare l'efficienza energetica nelle abitazioni e applicazione della tassazione del carbonio)
- Promuovere politiche sulle energie rinnovabili (ad esempio, sussidi per le aziende che utilizzano energie rinnovabili e disincentivi per l'uso di combustibili fossili industriali)
- Sviluppo e conservazione di pozzi di carbonio (ad esempio, sostenendo progetti di carbonio per boschi e torbiere)
- Promuovere trasporti a basse emissioni (ad esempio, incoraggiando l'uso di veicoli a basse emissioni e metodi di trasporto attivi)
- Migliorare la gestione dei rifiuti (ad esempio, implementando misure per aumentare il riciclaggio o il riutilizzo e ridurre lo smaltimento nocivo)
- Promuovere l'uso sostenibile del territorio (ad esempio, sostenendo la silvicoltura e riducendo le emissioni attraverso l'agricoltura [ad esempio attraverso un minore utilizzo di fertilizzanti])

Adattamento [8–11]

- Preparazione o risposta alle inondazioni e ai cambiamenti costieri
- Rispondere alle temperature più elevate
- Gestione delle risorse naturali, compresa l'acqua
- Migliorare la resilienza delle infrastrutture
- Rafforzare la resilienza agricola e la sicurezza alimentare
- Monitoraggio e risposta ai parassiti e alle malattie emergenti

Il potenziale delle politiche e delle azioni climatiche di influenzare la salute e le disuguaglianze sanitarie è stato suggerito in precedenti lavori accademici, rapporti e documenti strategici prodotti da e per i responsabili

politici internazionali. 16–23 Sebbene i rapporti *Lancet* Countdown del 2023 e del 2024 abbiano trovato poche prove di progressi verso l'utilizzo di interventi climatici per generare effetti positivi sulla salute, 24,25 in alcune aree, la base di evidenze è piuttosto avanzata.
Ad esempio, in termini di politiche di mitigazione, il miglioramento dell'isolamento delle case può portare a un migliore comfort termico, a un miglioramento della salute mentale e a una ridotta incidenza di malattie respiratorie e cardiovascolari. 21
Nel 2023, la *Lancet* Pathfinder Commission ha anche pubblicato stime di co-impatti sulla salute per azioni di mitigazione che portano a una riduzione dell'inquinamento atmosferico; un maggiore consumo di diete sane e sostenibili; e un maggiore utilizzo di trasporti attivi e pubblici. 26
Per quanto riguarda l'adattamento, i rischi associati al mancato adattamento a eventi estremi come le inondazioni (ad esempio, stipulando un'assicurazione contro i rischi di inondazione) o all'aumento dell'incidenza di ondate di calore e altri eventi meteorologici estremi hanno molteplici implicazioni sulla salute. 27,28 Tuttavia, una discussione approfondita e le prove del possibile effetto sulle disuguaglianze sanitarie, o l'effetto specifico sulle popolazioni vulnerabili, sono in gran parte mancanti. 29,30
Inoltre, l'enfasi prevalente dei governi e degli scienziati per quanto riguarda i risultati dello sviluppo sostenibile è più sulla sostenibilità economica, sociale e ambientale che sulla salute umana. 31,32
Tale ricerca è importante perché il cambiamento climatico e i suoi impatti non sono percepiti in modo uniforme e le disuguaglianze si verificano anche all'interno dei singoli paesi. 33
La risposta al cambiamento climatico (sia attraverso l'adattamento che la mitigazione), pertanto, deve tenere conto di questa disuguaglianza. Gli effetti del cambiamento climatico sulla salute si manifestano lungo le linee di disuguaglianza esistenti, 34 e le risposte politiche hanno il potenziale, se progettate consapevolmente, di minimizzare o prevenire gli effetti diseguali. Senza tale progettazione intenzionale, tuttavia, le misure di adattamento e mitigazione potrebbero perdere preziose opportunità di ridurre o invertire le disuguaglianze sanitarie o, in alcuni casi, ampliarle inavvertitamente.
I decisori devono comprendere meglio e rispondere agli effetti dell'azione per il clima sulla disuguaglianza sanitaria, adottare politiche climatiche che abbiano il massimo potenziale per offrire benefici collaterali per la salute e la disuguaglianza sanitaria e tenere conto o mitigare le possibili conseguenze negative indesiderate.
Le revisioni esistenti hanno esplorato gli effetti delle misure di mitigazione e adattamento climatico sulle disuguaglianze senza considerare specificamente le disuguaglianze sanitarie, 35,36 o hanno valutato gli effetti sulla salute senza considerare la distribuzione equa o iniqua di tali effetti. 20,26,36,37
, vi è la necessità di una sintesi completa delle prove, in particolare in relazione agli effetti delle misure di mitigazione e adattamento climatico sia sulla salute che sulle disuguaglianze sanitarie.
revisione di approfondimento del 2023 ha evidenziato la necessità di una migliore comprensione delle implicazioni di queste aree politiche sulla disuguaglianza sanitaria. 20
In questa revisione, cerchiamo di colmare questa lacuna nella letteratura di ricerca esaminando le prove sparse tra le discipline, riconoscendo che ci si aspetta che molte diverse aree di azione delle politiche climatiche siano cruciali sia per la salute che per le disuguaglianze sanitarie, ma devono ancora essere considerate in modo completo come una questione coerente e unitaria.
Abbiamo anche mirato a riassumere i tipi di mitigazione o adattamento climatico inquadrati come influenti sulla salute e sulle disuguaglianze sanitarie; per identificare i tipi di risultati in materia di salute e disuguaglianze sanitarie e le misure utilizzate per rilevarli; per esplorare i meccanismi tra l'azione per il clima e le disuguaglianze sanitarie che sono stati testati o proposti; e per comprendere le azioni di mitigazione o adattamento al clima che non sono considerate nel contesto della salute e delle disuguaglianze sanitarie.
Questa revisione è la prima a fornire una sintesi completa di quanto attualmente noto in un ampio spettro di azioni per il clima e risultati in materia di uguaglianza sanitaria.
Sebbene la ricerca su questo argomento sia rilevante a livello globale, questa revisione si concentra sui paesi ad alto reddito, per prestare particolare attenzione alle disuguaglianze sanitarie interne ai singoli paesi e alle ingiustizie sanitarie riscontrate tra i diversi gruppi di popolazione.
Nei paesi ad alto reddito, i gruppi più svantaggiati sono quelli che hanno contribuito meno a causare la crisi climatica, ma sono più vulnerabili ai suoi effetti; pertanto, la questione di risposte eque di adattamento e mitigazione è di fondamentale importanza in questo contesto. L'obiettivo principale di questa revisione è

acquisire una migliore comprensione delle relazioni tra questi tipi di azioni politiche e la salute e le disuguaglianze sanitarie nei contesti ad alto reddito.

Discussione

La revisione ha individuato ampie prove sugli effetti di alcuni tipi di interventi climatici, prevalentemente nei settori delle infrastrutture blu e verdi, dei trasporti più ecologici e dell'energia più pulita o della riduzione delle emissioni, sulla disuguaglianza sanitaria. Tuttavia, altri studi hanno rilevato che le prove attualmente disponibili per alcune categorie, come biodiversità, imprese e industria, rifiuti e silvicoltura, sono insufficienti. 26,64

È degna di nota la scarsità di studi sugli effetti di soluzioni basate sulla natura, come la creazione di foreste o il ripristino delle torbiere, sulla disuguaglianza sanitaria, poiché spesso si sostiene che queste abbiano co-benefici, 65 sebbene specifici co-benefici sulla salute e sulla disuguaglianza sanitaria sembrino essere in gran parte assenti dalla letteratura. Inoltre, nonostante l'elevato numero di articoli qui esaminati, manca un focus specifico, e quindi un'assenza di prove coerenti in tutta la letteratura, sull'effetto delle azioni di mitigazione o adattamento climatico sulle disuguaglianze sanitarie nel loro complesso.

Questa osservazione supporta i risultati di Luyten e colleghi, che hanno evidenziato un'inadeguata considerazione degli effetti sull'uguaglianza in materia di salute negli studi sull'adattamento e la mitigazione dei cambiamenti climatici. 20

Il contesto di un intervento, o il processo di implementazione, è costantemente identificato come importante nell'influenzare la natura o l'entità dei suoi effetti particolari sulla disuguaglianza sanitaria. 13,66 Ad esempio, gli interventi che promuovono un aumento degli spostamenti attivi hanno maggiori probabilità di ridurre le disuguaglianze sanitarie quando includono misure per rimuovere le barriere sociali, finanziarie e culturali che escludono alcuni gruppi da attività come il ciclismo. 67,68

Anche la distribuzione delle infrastrutture verdi e blu può influire sulle disuguaglianze sanitarie in modo positivo o negativo: ad esempio, la necessità sia di rivolgersi alle comunità più esposte ai rischi per la salute del caldo urbano (spesso residenti a basso reddito o anziani) sia di proteggere queste comunità dai possibili effetti della gentrificazione (ad esempio, spostamento fisico e culturale, aumento dell'inaccessibilità) che possono accompagnare i miglioramenti dei quartieri. 69,70

Questi risultati supportano gli approcci di sanità pubblica che suggeriscono che gli interventi a livello di popolazione, a monte o strutturali (ad esempio, servizi pubblici universali, tassazione progressiva) sono i più adatti sia per migliorare i risultati complessivi sia per ridurre le disuguaglianze sanitarie. 71,72

Tuttavia, la tipologia di misure di mitigazione utilizzata per informare questa revisione non includeva politiche progettate per affrontare gli interessi economici acquisiti delle industrie dei combustibili fossili e di altre industrie dannose, la cui esclusione rischia di trasformare la crescente attenzione alla salute dell'azione per il clima in un mero healthwashing. 24 La tipologia di misure è stata inizialmente derivata dalla politica del governo del Regno Unito, suggerendo un'azione politica insufficiente in questo influente settore, con conseguenze di vasta portata per la disuguaglianza sanitaria.

La letteratura qui esaminata è altamente interdisciplinare e metodologicamente varia, evidenziando sia la complessità e la diffusa rilevanza di questo tema, sia l'inadeguato allineamento tra i vari metodi delle scienze ambientali o delle scienze della salute pubblica, o entrambi, rendendo così difficile la comparabilità delle valutazioni dei diversi interventi.

L'assenza di prove convincenti e armonizzate sugli effetti sulla salute della mitigazione è stata segnalata altrove come un potenziale ostacolo a un'azione politica significativa. 17 Esiste un elevato grado di complessità nei meccanismi identificati e, per diverse categorie di interventi, sono possibili esiti sia positivi che negativi sulla disuguaglianza in salute. Questi meccanismi complessi o sovrapposti suggeriscono che i meccanismi che determinano gli esiti della disuguaglianza in salute non sono lineari, ma più probabilmente emergono da molteplici co-impatti interagenti. Contesti e contingenze specifici sono, pertanto, altamente rilevanti e molto probabilmente influenzano l'attivazione o l'amplificazione di co-benefici positivi per la salute (o di compromessi negativi) nel corso di azioni di mitigazione o adattamento. 73

L'importanza del contesto deve essere considerata quando si cerca di identificare quali interventi potrebbero facilitare l'equigenesi o migliorare l'uguaglianza sanitaria attraverso la progettazione, 74 e sono necessarie ulteriori ricerche su questo argomento. Nonostante le difficoltà nel valutare con precisione la portata di questi

effetti, Ürge-Vorsatz e colleghi sostengono che informazioni sulla probabile direzione dei co-impatti siano preziose per informare il processo decisionale. [75]
Questi risultati rafforzano la richiesta di un maggiore utilizzo di approcci sistemici per valutare queste complesse interazioni in modo più completo. [76]
Per quanto a nostra conoscenza, questa revisione sistematica è la prima progettata per comprendere gli effetti delle misure di adattamento e mitigazione climatica nei paesi ad alto reddito dell'OCSE sulle disuguaglianze sanitarie. La revisione supporta la diffusa consapevolezza che l'azione per il clima è altamente rilevante per i risultati in salute e fornisce spunti di riflessione sulla questione aperta di come implementare al meglio le politiche in modo da produrre risultati tangibili in termini di uguaglianza sanitaria. [77]
I numerosi meccanismi complessi identificati rendono questi risultati rilevanti per il lavoro che esplora la gestione dei compromessi nell'azione per il clima, sebbene questo lavoro si concentri spesso sui co-benefici e sui compromessi ambientali. [78,79] Sosteniamo qui che l'uguaglianza sanitaria è un risultato cruciale, sebbene poco considerato, che altre ricerche hanno identificato come necessario per facilitare una transizione giusta. [36,66,80]
Ad esempio, gli effetti di diversi interventi di decarbonizzazione o elettrificazione sulla disuguaglianza sanitaria mostrano la possibile ingiustizia spaziale delle misure di riduzione dell'inquinamento atmosferico, che spesso portano a uno spostamento del danno verso diverse comunità (anche a livello globale verso i paesi a basso e medio reddito) o generano benefici per la salute che sono avvertiti prevalentemente nelle popolazioni ad alto reddito (o altrimenti meno svantaggiate), o entrambe le cose.
La ricerca bibliografica ha inoltre restituito numerosi studi sulla mitigazione che hanno preso in considerazione l'ecologizzazione del settore sanitario o dei servizi sanitari (ad esempio, chirurgia ecologica, anestesia ecologica, radiologia ecologica, più visite a distanza, riduzione dei rifiuti).
Questa attività di decarbonizzazione rappresenta un'importante area di ricerca, dato che il sistema sanitario è responsabile di quasi il 5% delle emissioni globali di gas serra. [81] Tuttavia, solo uno di questi studi ha soddisfatto i criteri di inclusione in questa revisione, discutendo gli effetti della mitigazione dei cambiamenti climatici sulla disuguaglianza sanitaria in un contesto clinico. [82]
La comunità sanitaria, in quanto principale sostenitrice della decarbonizzazione, [83] ha il potenziale per esercitare un'influenza in quest'area; pertanto, identifichiamo la necessità di prove più solide su come il sistema sanitario stesso possa contribuire sia alla mitigazione dei cambiamenti climatici sia alla giustizia climatica in ambito sanitario.
Dato l'elevato numero di studi restituiti dalla nostra ricerca iniziale, abbiamo dovuto adottare criteri di inclusione ed esclusione rigorosi. Tuttavia, nel corso della nostra ricerca sono stati individuati numerosi articoli che studiavano esempi e contesti OCSE a basso reddito. [84,85]
Valutare sistematicamente gli effetti degli approcci di mitigazione e adattamento sulla disuguaglianza sanitaria rimane un'esigenza impellente nel contesto dei paesi a basso reddito. [16,24,86] Inoltre, le azioni per il clima intraprese dai paesi ad alto reddito hanno talvolta implicazioni sulla disuguaglianza sanitaria globale che si riscontrano altrove (ad esempio, i livelli globali di inquinamento atmosferico potrebbero aumentare o diminuire a seconda che le emissioni di gas serra vengano completamente eliminate o semplicemente ricollocate); quest'area non è stata trattata da questa revisione e necessita di ulteriori studi.
Un'ulteriore limitazione del documento è che, contrariamente alla nostra intenzione originale, non è stata effettuata una valutazione della qualità, dato che solo alcuni dei 158 documenti inclusi (n=29) avrebbero potuto essere valutati in questo modo (utilizzando lo strumento di valutazione per studi trasversali, il programma qualitativo di competenze di valutazione critica [CASP], la revisione sistematica CASP e le checklist dello studio di coorte CASP). [87,88] Poiché questa revisione si concentra sulla letteratura scientifica in questo campo, una potenziale limitazione potrebbe essere quella di non aver incluso i dibattiti in evoluzione e le prove che informano le politiche pubbliche e le azioni governative, che potrebbero essere ulteriormente catturate nella letteratura grigia.
In conclusione, sono necessarie ulteriori ricerche sugli effetti di alcune azioni di mitigazione o adattamento (di cui non vi sono prove sufficienti o inesistenti) sulla disuguaglianza sanitaria, e raccomandiamo che più studi integrino un'analisi coerente dell'uguaglianza sanitaria nelle loro valutazioni. Tali indagini sono importanti non solo per i risultati in materia di disuguaglianza sanitaria in sé, ma anche per il circolo vizioso

identificato tra disuguaglianza e cambiamento climatico, in cui ognuno rafforza l'altro (illustrato dall'esempio dell'aria condizionata come azione di adattamento). 4
La natura eterogenea degli studi e dei metodi inclusi evidenzia anche alcune delle disparità tra pratiche e competenze disciplinari. Gli strumenti sviluppati per colmare alcune lacune conoscitive, che gli scienziati del clima, dell'ambiente e della salute pubblica possono utilizzare tutti, per semplificare la valutazione significativa di diversi interventi (che coinvolgono una vasta gamma di meccanismi complessi), rappresentano la necessità del momento per un'area tematica così interdisciplinare. 17
Ad esempio, l'uso di indici di vulnerabilità sociale potrebbe essere appropriato per la ricerca che abbraccia sia le scienze del clima che quelle della salute. 89 Un'inclusione più completa e sistematica della salute, e in particolare delle disuguaglianze sanitarie, nell'ampio campo degli studi sul clima potrebbe, quindi, portare a spunti che consentano alle comunità scientifiche e politiche di compiere progressi più rapidi ed efficaci verso il raggiungimento di un mondo giusto e sostenibile.

https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(25)00141-X/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email

sanità informazione

Microplastiche nella placenta e nelle ovaie: un nemico invisibile minaccia la fertilità femminile

Vaccari (FNOPO): "Un rischio sottovalutato. Ostetriche in prima linea per la prevenzione"

Redazione

È un rischio invisibile, ma concreto. Un nemico silenzioso che si insinua nel corpo femminile e minaccia la salute riproduttiva, proprio là dove si genera la vita. Le microplastiche – un tempo simbolo dell'inquinamento ambientale – oggi entrano a pieno titolo tra le emergenze sanitarie, soprattutto per le donne. A dimostrarlo è la scienza. La prima allerta era arrivata già nel 2020, dal dott. **Antonio Ragusa**, in quegli anni primario di ostetricia e ginecologia dell'Ospedale Fatebenefratelli-Isola Tiberina di Roma. Lo studioso con il suo team, in collaborazione con il Politecnico delle Marche, aveva trovato frammenti di plastica in sei placente di donne sane. Oggi, una nuova ricerca, coordinata da **Luigi Montano** e condotta su donne sottoposte a tecniche di procreazione medicalmente assistita, rilancia l'allarme: 14 pazienti su 18 presentavano microplastiche nel fluido follicolare. Una contaminazione potenzialmente in grado di alterare la qualità degli ovociti, disturbare l'equilibrio ormonale e compromettere la fertilità.

Tutelare la fertilità e la salute riproduttiva della donna

Secondo **Silvia Vaccari**, presidente della FNOPO (Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Ostetrica), "questi dati scientifici rappresentano un campanello d'allarme che non possiamo più ignorare. Le microplastiche sono entrate nel nostro corpo senza che ce ne accorgessimo, e lo stanno facendo proprio lì dove si sviluppa la vita. Tutelare la fertilità e la salute riproduttiva della donna è oggi una priorità assoluta di sanità pubblica. È necessario monitorare, informare e prevenire l'esposizione, specialmente nelle fasce più vulnerabili come le donne in gravidanza o in età fertile".

Il caldo estivo aumenta il pericolo

Con l'arrivo dell'estate, l'esposizione involontaria cresce. Le alte temperature favoriscono il rilascio di sostanze tossiche dai materiali plastici, un fenomeno noto come desorbimento. "Con il caldo il rischio cresce, perché **il calore favorisce il passaggio delle microplastiche** dagli oggetti al nostro organismo", avverte ancora Vaccari.

Bottiglie d'acqua lasciate al sole, contenitori riscaldati nel microonde, bustine da tè o tazze di carta cerata sono veicoli comuni di contaminazione, spesso ignorati.

Cosa possono fare le ostetriche

Di fronte a questa emergenza ambientale e sanitaria, le ostetriche rappresentano una risorsa cruciale per l'educazione e la prevenzione. "Il loro ruolo non si limita più alla sola assistenza durante gravidanza e parto: diventa sempre più un presidio attivo per la tutela della salute femminile nel suo complesso – spiega la Presidente Vaccari -. **Le ostetriche possono informare le donne** sulle principali fonti di esposizione alle microplastiche e spiegarne i potenziali effetti sullo sviluppo fetale e sulla fertilità. "Limitare il consumo di cibi confezionati nella plastica, preferire materiali come vetro e carta soprattutto con alimenti caldi, scegliere prodotti per l'igiene privi di microplastiche: sono gesti quotidiani che possono fare la differenza", sottolinea Silvia Vaccari. Anche nella scelta dei detergenti e degli indumenti è importante prediligere soluzioni naturali. "Le microfibre rilasciate dai capi sintetici durante il lavaggio si trasformano in microplastiche – spiega ancora Vaccari – e alcune sostanze presenti in frutti di mare, miele, zucchero o sale possono accumularsi nel nostro organismo. Alimentazione e stile di vita sono oggi elementi chiave per proteggere la fertilità". Compito delle ostetriche, aggiunge, è offrire supporto mirato alle donne in età fertile o in gravidanza, guidandole verso scelte che tutelino la loro salute e quella del nascituro.

Ostetriche: un lavoro educativo, continuo e aggiornato

Ma il ruolo delle ostetriche va ben oltre i consigli pratici. È un lavoro educativo, continuo e aggiornato. "Dobbiamo spiegare come le microplastiche entrano nel corpo: attraverso ciò che mangiamo, beviamo, respiriamo o spalmiamo sulla pelle. Serve informazione, non allarmismo", afferma Vaccari. Le ostetriche possono consigliare soluzioni concrete, **come ridurre la plastica monouso,** scegliere alimenti freschi e integrali, utilizzare cosmetici naturali e installare filtri per l'acqua che riducano la contaminazione. Non solo: "Siamo chiamate a promuovere anche una cultura ecologica, che parte dalla corretta raccolta differenziata e arriva fino alle scelte di consumo consapevole", sottolinea. "Infine – conclude Vaccari – dobbiamo restare aggiornate sugli sviluppi scientifici, per offrire alle donne strumenti efficaci e sicuri per proteggere la loro salute riproduttiva. La plastica è ovunque, ma insieme possiamo limitarne gli effetti più dannosi. La salute ambientale è, a tutti gli effetti, salute femminile".

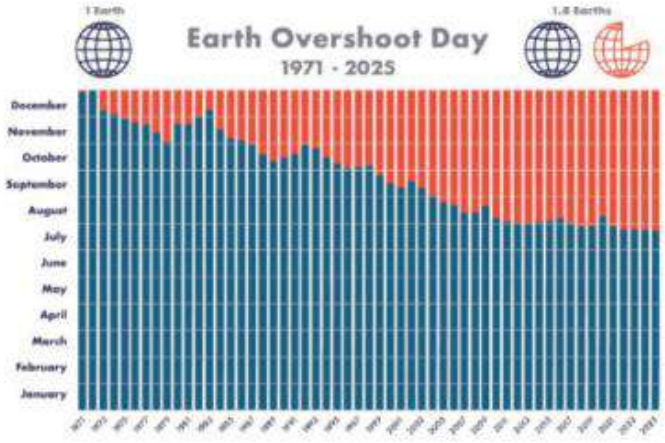
L'ecologia entra nel percorso nascita

"Non possiamo più parlare di salute femminile senza considerare i fattori ambientali", conclude Silvia Vaccari. "Le ostetriche sono pronte a fare la loro parte con un approccio educativo e preventivo, spiegando alle donne come ridurre l'esposizione e riconoscere i rischi. L'ecologia deve entrare a pieno titolo nel percorso nascita". D**ai mari alla placenta, dalle bottiglie alle ovaie**, la plastica ha ormai colonizzato anche i luoghi più intimi del corpo femminile. Sta ora alla sanità pubblica, alla ricerca e alle professioni sanitarie rispondere, prima che sia troppo tardi. Come ricorda Vaccari: "Se non agiamo adesso, rischiamo di compromettere il futuro riproduttivo di un'intera generazione. E in estate, più che mai, abbiamo il dovere di informare le donne e proteggerle. Perché la salute ambientale è salute femminile".

https://www.sanitainformazione.it/microplastiche-nella-placenta-e-nelle-ovaie-un-nemico-invisibile-minaccia-la-fertilita-femminile/

IL REPORT

Il 24 luglio è l'Earth overshoot day: «Siamo a credito, la Terra ha finito le risorse del 2025»



di Silvia Morosi

Attualmente la popolazione mondiale consuma l'equivalente di 1,8 Pianeti ogni anno. Wwf: «Da questa data viviamo a credito, consumando le risorse più velocemente di quanto la Terra sia in grado di rigenerarle»

Pandemia in essere e in arrivo

THE LANCET
Infectious Diseases

Un appello ad andare oltre l'impostazione incentrata sugli MSM nella ricerca sull'MPOX

Camila H Coelho, Rory D de Vries, Carolina Lucas e Jason Zucker

La recrudescenza dell'MPOX pone urgenti sfide per la salute pubblica e la comunità scientifica si è mobilitata in modo ammirevole per comprenderne la trasmissione, l'immunità e le possibilità terapeutiche. 1,2
Tuttavia, il linguaggio che utilizziamo nella comunicazione scientifica ha un peso che va ben oltre i nostri laboratori. Nel corso della storia, la denominazione e l'inquadramento delle malattie infettive hanno spesso contribuito allo stigma, sia collegando i patogeni a specifici animali (ad esempio, il virus dell'influenza suina o il virus del vaiolo delle scimmie [MPXV]), regioni (ad esempio, l'influenza spagnola, la sindrome respiratoria mediorientale da coronavirus, il virus Zika o il virus Ebola) o gruppi sociali (ad esempio, inquadrando l'HIV/AIDS come una malattia che colpisce gli uomini che hanno rapporti sessuali con uomini [MSM]).
Queste etichette, sebbene talvolta fondate su prime osservazioni epidemiologiche, hanno ripetutamente portato a disinformazione, capri espiatori e danni alla salute pubblica.
Gli orthopoxvirus non fanno eccezione: la malattia che oggi chiamiamo mpox era precedentemente nota come vaiolo delle scimmie, nonostante le scimmie non ne fossero il serbatoio naturale, il che ha spinto l'OMS a rinominarla nel 2022 per ridurre lo stigma.

Nel 2024, un altro orthopoxvirus è stato rinominato virus del vaiolo boreale, sostituendo un nome geograficamente correlato per evitare preoccupazioni simili.
Nonostante queste misure correttive, in gran parte della letteratura l'mpox rimane inquadrato come una malattia che colpisce principalmente gli MSM o gli MSM gay, bisessuali e di altro tipo (GBMSM), un modello emerso durante l'epidemia globale del 2022. Sebbene questa terminologia iniziale sia stata originariamente implementata negli anni '90 e intendesse descrivere un gruppo a rischio epidemiologico basato sui primi modelli di trasmissione nella ricerca sull'HIV, il termine ora rafforza le narrazioni stigmatizzanti, in particolare poiché le nuove epidemie rivelano modelli di trasmissione più ampi tra sessi e popolazioni.
Questa stigmatizzazione richiede una rivalutazione del linguaggio utilizzato nella ricerca sull'mpox per garantire sia l'accuratezza scientifica che la responsabilità sociale.
Fin dalle prime fasi dell'epidemia del 2022, sono stati rilevati numerosi casi di mpox nella comunità GBMSM. Nel 2022, queste osservazioni si sono rivelate epidemiologicamente rilevanti, in particolare per orientare interventi precoci di sanità pubblica, come la vaccinazione con il vaccino Vaccinia Ankara-Bavarese Nordico Modificato (MVA-BN).
Tuttavia, quasi 3 anni dopo, questa impostazione persiste nella maggior parte delle pubblicazioni, nonostante la sorveglianza globale abbia documentato un aumento dei casi di mpox in donne, bambini e donne in gravidanza. Attualmente vengono segnalate diverse infezioni pediatriche e perinatali e la trasmissione per contatto diretto, che si verifica al di fuori dell'esposizione sia omosessuale che eterosessuale, è stata ripetutamente osservata. 3,4
Insistere su MSM o GBMSM come categorie epidemiologiche nella ricerca sull'MPOX travisa la biologia della trasmissione e trascura la diversità dei cladi di MPXV e i loro modelli epidemiologici. Ancora più importante, questa enfasi su categorie epidemiologiche ristrette rischia di restringere la percezione sia del pubblico che degli operatori sanitari di chi è a rischio.
Sebbene il contatto sessuale possa facilitare la trasmissione, l'MPXV si diffonde anche attraverso il contatto pelle a pelle o superfici contaminate (inclusa la trasmissione domestica) 3 – vie che non sono limitate dal sesso o dall'orientamento sessuale. Queste altre vie di trasmissione sono state evidenti in recenti epidemie in Sierra Leone 5 e nella Repubblica Democratica del Congo [6] , dove rispettivamente il 45% e il 48% degli individui infetti erano di sesso femminile.
L'attuale inquadramento non solo distorce il più ampio panorama dei rischi, ma potrebbe anche ostacolare un'efficace comunicazione di salute pubblica, in particolare poiché le epidemie continuano a emergere al di fuori delle comunità di GBMSM. Inoltre, l'attuale inquadramento riecheggia capitoli dolorosi della storia della salute pubblica, quando i GBMSM furono ingiustamente considerati capri espiatori durante i primi anni dell'epidemia di HIV/AIDS.
Quel trauma continua a risuonare e la perpetuazione accademica di questo linguaggio lo aggrava.
La nostra intenzione non è quella di ignorare l'importante contesto epidemiologico, ma di prevenire la stigmatizzazione delle popolazioni colpite. Invitiamo autori, revisori e redattori a rivedere l'uso predefinito di MSM come etichetta epidemiologica, in particolare nelle sezioni introduttive o di contesto della ricerca sull'MPox che non descrivono direttamente la coorte dello studio.
A meno che questa designazione non sia essenziale per rispondere a uno specifico quesito di ricerca, dovrebbe essere evitata.
Piuttosto, sosteniamo una terminologia che si riferisca più accuratamente agli uomini quando appropriato, o che si concentri sulle specifiche vie di trasmissione, come il contatto diretto, l'esposizione alle mucose o le goccioline respiratorie, per riflettere meglio la natura globale e in evoluzione dell'epidemia.
La scienza dovrebbe guidare con precisione, empatia e responsabilità.
Più che mai, le parole sono importanti, non solo per trasmettere dati, ma anche per plasmare gli atteggiamenti della società.
Non permettiamo che etichette obsolete compromettano i nostri sforzi nella lotta contro il virus e lo stigma che alimenta.

https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(25)00413-X/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email

THE LANCET Regional Health Europe

Efficacia in termini di costi delle strategie di vaccinazione per il controllo di future epidemie di Mpox in Inghilterra: uno studio di modellizzazione

Xu-Sheng Zhang [a]·Siwaporn Niyomsri [b]·Sema MandalHamish Mohammed,
Miranda Mindlin [d]·Bennet Dugbazah [g]· et al.

Riepilogo

Sfondo

Nel 2022, si è verificata un'epidemia globale di mpox tra uomini gay e bisessuali che hanno rapporti sessuali con altri uomini (GBMSM). In Inghilterra, l'epidemia è stata controllata grazie alla riduzione dei comportamenti sessuali a rischio e alla vaccinazione dei GBMSM ad alto rischio. Tuttavia, l'mpox continua a circolare, con un'epidemia in espansione in Africa. Abbiamo valutato la strategia vaccinale più conveniente per ridurre al minimo le future epidemie di mpox tra i GBMSM in Inghilterra.

Metodi

È stato sviluppato un modello matematico di trasmissione del virus Mpox tra i pazienti con GBMSM per stimare i costi per anno di vita corretto per la qualità (QALY) guadagnato per diverse strategie vaccinali a partire dal 2024 (orizzonte temporale di 10 anni; tasso di sconto del 3,5%; soglia di disponibilità a pagare £ 20.000/QALY). Le strategie di vaccinazione reattiva (solo durante le epidemie) e/o di vaccinazione preventiva (routine continua) mirate al GBMSM ad alto rischio sono state confrontate con l'assenza di vaccinazione. Le proiezioni di base hanno ipotizzato l'importazione di nuovi casi di Mpox e un'efficacia del vaccino dopo 1/2 dosi del 78%/89% per 5/10 anni a £ 160/dose. Sono stati stimati i costi per la gestione dei casi, la vaccinazione e le risposte di sanità pubblica durante un'epidemia.

Risultati

Tutte le strategie di vaccinazione hanno ridotto le epidemie future, aumentato i QALY e ridotto i costi rispetto all'assenza di vaccinazione. La vaccinazione preventiva continua (dose giornaliera di 54 dosi) con vaccinazione reattiva (dose giornaliera di 81 dosi) in caso di epidemia è stata la più conveniente, con un risparmio di 8,8 milioni di sterline e un guadagno di 108,6 QALY in 10 anni. La vaccinazione rimane conveniente se il vaccino costa meno di 330 sterline/dose. La vaccinazione preventiva con vaccinazione reattiva rimane la strategia preferita in molte analisi di sensibilità, con la sola vaccinazione preventiva a una dose più elevata che diventa la strategia preferita in alcune analisi di sensibilità. La sola vaccinazione reattiva diventa la strategia preferita solo quando non si includono i costi di risposta per la salute pubblica, e in questo caso il vaccino deve costare meno di 110 sterline per dose affinché la vaccinazione sia conveniente.

Interpretazione

La vaccinazione contro il GBMSM ad alto rischio potrebbe rappresentare una strategia economica per prevenire future epidemie di mpox.

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

La trasmissione in corso di mpox in Africa e le continue importazioni di mpox in Inghilterra hanno sollevato preoccupazioni circa la possibilità che si verifichino nuove epidemie di mpox tra uomini gay e bisessuali che hanno rapporti sessuali con uomini (GBMSM) in Inghilterra, soprattutto se i livelli di protezione indotta dal vaccino si riducono nel tempo. Abbiamo effettuato una ricerca su PubMed, bioRxiv e medRxiv per articoli pubblicati da inizio maggio 2022 al 28 giugno 2024 con le seguenti parole chiave: ((“monkeypox” OR “mpox” OR “mpx”) AND (“model” OR “modelling” OR “modeling”) AND (“vaccine” OR “vaccination” OR “cost-

effectiveness" OR "cost-effective")). La ricerca ha identificato numerosi articoli che includevano modelli di trasmissione che valutavano l'impatto degli interventi sulla trasmissione di mpox, ma solo otto consideravano le misure necessarie per prevenire future epidemie e nessuno valutava il rapporto costo-efficacia della vaccinazione. Analisi di modelli esistenti hanno dimostrato che future epidemie potrebbero essere controllate vaccinando i contatti stretti dei casi e gli individui appartenenti a grandi reti sessuali, nonché vaccinando preventivamente gli individui ad alto rischio prima che si verifichino epidemie. Tuttavia, nessuna di queste analisi ha effettuato una modellazione dettagliata specifica per sito. Altre modellazioni più dettagliate per contesti specifici (Stati Uniti, Canada, Paesi Bassi e Inghilterra) hanno dimostrato che i livelli di vaccinazione esistenti dopo l'epidemia del 2022 potrebbero aver ridotto le epidemie future, comprese potenziali epidemie di mpox del clade I, ma queste analisi non hanno modellato le future strategie di vaccinazione. L'unica analisi economica per mpox ha confrontato i costi della vaccinazione con quelli della mancata vaccinazione per la popolazione generale a Jeddah, in Arabia Saudita. Sfortunatamente, questa analisi economica ha utilizzato dati non plausibili (tassi di contatto con infezioni respiratorie) per simulare la trasmissione di mpox e ha utilizzato pochi dati sui costi sanitari della malattia da mpox.

Valore aggiunto di questo studio

Combinando un modello precedentemente convalidato di infezione da mpox tra i GBMSM in Inghilterra con dati reali sui costi delle cure per mpox, vaccinazione e risposta di sanità pubblica, abbiamo valutato la strategia vaccinale più conveniente per prevenire future epidemie di mpox. Abbiamo modellato strategie vaccinali reattive (vaccinare solo durante le epidemie) e preventive (vaccinazione di routine indipendentemente dalle epidemie) mirate al GBMSM ad alto rischio. Le nostre analisi mostrano che la vaccinazione è probabilmente economicamente vantaggiosa rispetto alla non vaccinazione, con la vaccinazione preventiva continua (dose giornaliera di 54 dosi) combinata con la vaccinazione reattiva (dose giornaliera di 81 dosi) in caso di epidemia che rappresenta la strategia più conveniente. Sebbene una strategia combinata sia ottimale in molte analisi di sensibilità, la sola vaccinazione preventiva a una dose più elevata rappresenta talvolta una strategia più conveniente, mentre la sola vaccinazione reattiva è preferibile se non si includono i costi di risposta di sanità pubblica.

Implicazioni di tutte le prove disponibili

L'espansione delle epidemie di mpox in Africa e la continua importazione di casi di mpox in paesi non endemici implicano che i paesi debbano essere preparati a future epidemie di mpox. Le nostre analisi forniscono solide prove del fatto che la continuazione della vaccinazione contro l'mpox sia una strategia economica per ridurre al minimo la probabilità di future epidemie di mpox tra i pazienti con GBMSM in Inghilterra e in paesi comparabili. Questi risultati sono stati utilizzati come prova per raccomandare un programma di vaccinazione tra i pazienti con GBMSM ad alto rischio in Inghilterra. Altri paesi dovrebbero prendere in considerazione strategie simili per prevenire future epidemie tra i pazienti con GBMSM.

https://www.thelancet.com/journals/lanepe/article/PIIS2666-7762(25)00156-5/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email

quotidianosanità.it

Mpox. L'Oms conferma lo stato di emergenza sanitaria internazionale

La trasmissione del virus, alimentata da diversi cladi, persiste soprattutto in Africa ma con casi anche a livello internazionale. Le campagne vaccinali avanzano lentamente a causa di carenze logistiche e finanziarie. L'Oms raccomanda il rafforzamento delle misure non farmacologiche, un maggiore supporto internazionale e l'integrazione della risposta mpox nei sistemi sanitari, in particolare nei Paesi con alta prevalenza di Hiv.

11 LUG - Durante la quarta riunione del Comitato d'Emergenza del Regolamento Sanitario Internazionale (IHR, 2005), svoltasi il 5 giugno 2025, l'Organizzazione mondiale della sanità ha ribadito che l'attuale recrudescenza del vaiolo delle scimmie (mpox) continua a costituire un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale (PHEIC). Il Direttore Generale dell'Oms, in linea con il parere unanime del Comitato, ha confermato lo stato di allerta il 9 giugno 2025, accompagnandolo con nuove raccomandazioni temporanee ai Paesi.

Situazione epidemiologica globale

Negli ultimi 12 mesi, la maggior parte dei casi è stata segnalata in Africa, dove circolano diversi cladi del virus MPXV. In particolare, in RDC e Sierra Leone si osservano focolai sostenuti dei cladi Ib, Ia e IIb. Al di fuori del continente africano, il clade IIb continua a essere trasmesso principalmente tra uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini (MSM), con una media mensile di 500-1000 casi.

Nonostante alcuni segnali incoraggianti, come la stabilizzazione dei casi in RDC e il calo in Burundi e Uganda, permangono sfide significative legate alla sorveglianza, all'accesso ai test diagnostici e alle limitazioni logistiche e finanziarie.

Vaccinazioni e interventi non farmacologici

Attualmente sono state distribuite circa 2,9 milioni di dosi di vaccino in Africa, principalmente in RDC, ma solo 724.000 sono state somministrate. Il ritardo è dovuto a carenze di risorse, formazione del personale e difficoltà nella distribuzione. Alcuni Paesi, tra cui Burundi, hanno dimostrato progressi rilevanti grazie a strategie non farmacologiche come la sorveglianza sensibile, il tracciamento dei contatti e l'impegno comunitario.

Rischi e criticità

L'Oms segnala il rischio di trasmissioni non rilevate in diverse aree, come in Thailandia, dove un'infezione da clade Ib è stata collegata a un caso esportato in Australia. Particolare preoccupazione desta l'aumento di casi pediatrici nelle province orientali della RDC, non ancora completamente spiegato.

Altro nodo critico riguarda il coinvolgimento delle persone con HIV: in Uganda, il 55% dei decessi da mpox si verifica tra soggetti HIV positivi.

Emergenza confermata e raccomandazioni

Il Comitato ha concluso che l'emergenza mpox è "straordinaria", con rischi transnazionali elevati e necessità di una risposta internazionale coordinata. Le raccomandazioni puntano a rafforzare le azioni non farmacologiche, migliorare la distribuzione del vaccino, e integrare l'assistenza mpox nei sistemi sanitari, specialmente nei contesti con alta prevalenza di HIV.

Prossimi passi

L'Oms ha annunciato l'intenzione di organizzare un incontro tecnico informale per aiutare i Paesi a prioritizzare le risposte in base ai contesti epidemiologici locali. Il rapporto finale della riunione sarà completato entro metà giugno 2025.

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=130873

quotidianosanità.it

Pandemie. “La prossima non sarà fra 100 anni”.

Appello esperti: “Malattie infettive non rispettano confini. Sistemi siano flessibili per attuare politiche al di là delle frontiere”

Se ne è parlato nel corso dell’incontro ECOSOC si è svolto in parallelo al Forum Politico di Alto Livello (HLPF) sullo Sviluppo Sostenibile, durante il quale è stato valutato l’avanzamento verso i 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDG).

22 LUG -

La minaccia di una nuova pandemia globale non è più una semplice ipotesi ma un’inevitabilità sempre più vicina, e non accadrà fra 100 anni. A lanciare l’allarme è il professor **Ibrahim Abubakar**, docente di malattie infettive presso l’University College London, durante un incontro del Consiglio Economico e Sociale delle Nazioni Unite (ECOSOC).

“Non è una questione di se, ma di quando”, ha dichiarato, sottolineando come i sistemi sanitari mondiali siano ancora pericolosamente frammentati.

Una frammentazione che, secondo Abubakar, rende i sistemi attuali inadeguati ad affrontare un fenomeno come le pandemie, per loro natura transnazionali. “Le malattie infettive non rispettano i confini.

Di conseguenza, i sistemi sanitari devono garantire equità, dignità e accesso universale, ma anche avere la flessibilità necessaria per attuare politiche al di là delle frontiere,” ha affermato.

L’incontro ECOSOC si è svolto in parallelo al Forum Politico di Alto Livello (HLPF) sullo Sviluppo Sostenibile, durante il quale è stato valutato l’avanzamento verso i 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDG). Mentre i primi 16 obiettivi affrontano tematiche specifiche – dalla povertà al cambiamento climatico – il 17° mira a rafforzare le partnership globali.

“Dobbiamo ripensare la cooperazione, non come un’azione transazionale, ma come un partenariato dinamico, inclusivo e proiettato al futuro,” ha dichiarato il vicepresidente dell’ECOSOC, **Lok Bahadur Thapa**.

Ma questa visione è ancora ben lontana dalla sua piena realizzazione. Secondo le Nazioni Unite, il divario finanziario per raggiungere gli SDG supera ormai i 4.000 miliardi di dollari all’anno. **Dima Al-Khatib**, direttrice dell’Ufficio per la Cooperazione Sud-Sud dell’ONU (UNOSSC), ha ribadito l’urgenza di alleanze trasversali: “Dobbiamo creare partenariati realmente trasformativi, che superino i tradizionali compartimenti stagni: governi, società civile, settore privato e istituzioni multilaterali devono collaborare in una coalizione inclusiva per lo sviluppo sostenibile”.

Abubakar ha criticato l’approccio ancora prevalentemente reattivo dei sistemi sanitari globali. Anche se gli Stati membri hanno adottato un trattato sulla prevenzione pandemica, l’implementazione procede a rilento. L’accordo punta a ridurre il rischio di future crisi sanitarie, spostando l’attenzione dalla risposta all’anticipazione.

Un approccio che deve valere per tutte le sfide sanitarie, ha aggiunto **Mandeep Dhaliwal**, direttrice del settore Salute presso il Programma di Sviluppo delle Nazioni Unite (UNDP). “È importante investire tanto nella prevenzione quanto nella cura, ed è più conveniente, perché… si agisce alla fonte,” ha detto.

Tuttavia, ha riconosciuto una difficoltà: “Quando la prevenzione funziona bene, i risultati tangibili spesso non si vedono”. Per Dhaliwal e Abubakar, la salute non può essere considerata separatamente dagli altri ambiti. “La salute non è un comparto isolato… i fattori che la influenzano si trovano spesso al di fuori del settore sanitario,” ha osservato Dhaliwal, citando ad esempio l’inquinamento atmosferico.

Anche **Tony Ott**, professore di scienze agrarie alla Pennsylvania State University, ha ribadito il concetto: “Troppo spesso abbiamo trattato la salute come una conseguenza, qualcosa che migliora solo se tutto il resto funziona. Ora sappiamo che invece è il punto di partenza”.

Questo approccio richiede alleanze intersettoriali forti, in cui la salute venga considerata in tutte le politiche: dall’istruzione all’ambiente, dalla casa all’occupazione.

Con oltre 123 milioni di migranti e sfollati nel mondo, le persone in movimento restano spesso escluse dai servizi di prevenzione e sono tra le più colpite dalle debolezze dei sistemi.

“Le migrazioni e gli sfollamenti, siano essi causati da conflitti, cambiamenti climatici o fattori economici, sono fattori determinanti per la salute,” ha affermato Abubakar. Ha poi ammonito: “Escludere qualsiasi comunità, a prescindere dallo status legale, crea un anello debole che può compromettere la protezione di tutti.”
Infine, Abubakar ha lanciato un appello a includere le comunità nei processi decisionali. “Il futuro che immagino è fatto di partnership globali, senza distinzioni di reddito, coinvolgendo pubblico e privato, mondo accademico e società civile. E in questo quadro, le comunità devono essere al centro… non solo come beneficiarie, ma come co-creatrici delle soluzioni”.
Mentre il mondo affronta crisi sovrapposte – sanitarie, ambientali, sociali – proprio le comunità potrebbero rappresentare la chiave per una trasformazione reale.

https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=131109

sanità informazione

Superbatteri: entro 2050 milioni di morti in più e 2.000 miliardi di dollari all’anno

Entro il 2050 i superbatteri potrebbero causare la morte di milioni di persone in tutto il mondo e costare all'economia globale poco meno di 2.000 miliardi di dollari all'anno. A fare questa stima è una ricerca condotta dal Center for Global Development

di Valentina Arcovio

Entro il 2050 i **superbatteri** potrebbero causare la morte di milioni di persone in tutto il mondo e costare all’economia globale poco meno di 2.000 miliardi di dollari all’anno. A fare questa stima è una ricerca condotta dal think tank Center for Global Development. I risultati mostrano che, senza un’azione concertata, l’aumento dei tassi di **resistenza antimicrobica** potrebbero comportare perdite annuali di PIL globale pari a 1,7 trilioni di dollari nel prossimo quarto secolo. Le economie più colpite sarebbero quelle di Stati Uniti, Regno Unito e Unione Europea, inasprendo le polemiche circa i recenti **tagli drastici agli aiuti**.

Timori per i tagli aiuti esteri da parte di Usa, Regno Unito e Unione Europea
La scorsa settimana il governo del Regno Unito ha annunciato la sospensione dei finanziamenti per il Fleming Fund, che combatte la **resistenza antimicrobica** nei Paesi a basso e medio reddito, nell’ambito di una più ampia riduzione degli aiuti. L’amministrazione Trump ha confermato tagli di 9 miliardi di dollari al bilancio per gli **aiuti esteri**, mentre diversi Paesi europei hanno ridotto la spesa destinata allo stesso scopo. “Quando abbiamo condotto la nostra ricerca sugli **impatti economici** della resistenza antimicrobica, ci aspettavamo che i tassi di resistenza avrebbero continuato a seguire i trend storici”, dichiara **Anthony McDonnell**, autore principale della ricerca e ricercatore presso il Center for Global Development. Tuttavia, i tagli potrebbero far aumentare i tassi di resistenza in linea con lo scenario più pessimistico della ricerca.

Bisogna proteggere i programmi di contrasto all’antimicrobico resistenza
Anche i paesi che sono riusciti a tenere sotto controllo i tassi di **resistenza antimicrobica** non possono permettersi di abbassare la guardia. Secondo i ricercatori, se i programmi di contrasto all’**antimicrobico resistenza** non saranno protetti, i tassi di resistenza in tutto il mondo aumenteranno probabilmente a un ritmo in linea con quello dei paesi più colpiti. “Ciò si tradurrebbe in milioni di morti in più in tutto il mondo, compresi i paesi del G7”, dice McDonnell. “Investire ora nel trattamento delle **infezioni batteriche** salverà vite umane e genererà miliardi di profitti economici a lungo termine”, aggiunge

L'impatto economico e sanitario su 122 paesi

La ricerca ha calcolato l'**impatto economico e sanitario** della resistenza agli antibiotici su 122 paesi e ha previsto che, nello scenario più pessimistico, entro il 2050 le perdite di PIL in Cina potrebbero raggiungere poco meno di 722 miliardi di dollari all'anno, negli Stati Uniti 295,7 miliardi di dollari, nell'UE 187 miliardi di dollari, in Giappone 65,7 miliardi di dollari e nel Regno Unito 58,6 miliardi di dollari. Secondo l' Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), si prevede che i decessi dovuti alla **resistenza antimicrobica** aumenteranno del 60% entro il 2050: si prevede che 1,34 milioni di persone negli Stati Uniti e 184.000 nel Regno Unito moriranno ogni anno a causa di **batteri resistenti agli antibiotici**, mentre si prevede un aumento anche del numero di persone che si ammalano gravemente a causa di batteri resistenti ai farmaci.

Le infezioni resistenti sono circa il doppio più costose da curare

I superbatteri aumentano il numero di **ricoveri ospedalieri** e comportano degenze più lunghe e intensive, trattamenti di seconda linea più costosi e cure più complesse, il che significa che le **infezioni resistenti** sono circa il doppio più costose da curare rispetto a quelle per cui sono efficaci gli antibiotici. Lo studio stima che i costi sanitari globali per il trattamento della **resistenza antimicrobica** potrebbero aumentare di poco meno di 176 miliardi di dollari all'anno, mentre nel Regno Unito passerebbero da 900 milioni di dollari a 3,7 miliardi di dollari e negli Stati Uniti da 15,5 miliardi di dollari a poco meno di 57 miliardi di dollari. Secondo lo studio, tassi più elevati di **batteri resistenti** comporterebbero anche una riduzione della forza lavoro nel Regno Unito, nell'Unione Europea e negli Stati Uniti rispettivamente dello 0,8%, dello 0,6% e dello 0,4%.

I benefici economici della lotta ai superbatteri

Ma se i paesi investono di più nella **lotta ai superbatteri**, aumentando l'accesso a nuovi **antibiotici** e a trattamenti di alta qualità per queste infezioni, l'economia degli Stati Uniti crescerà di 156,2 miliardi di dollari all'anno e quella del Regno Unito di 12 miliardi di dollari (9,3 miliardi di sterline) entro il 2050. "Oggi la minaccia della **resistenza antimicrobica** – spiega **Mohsen Naghavi**, professore presso l'IHME – è in aumento e, senza un'azione immediata da parte di tutte le parti interessate, i medicinali a cui abbiamo accesso ora potrebbero smettere di essere efficaci, trasformando potenzialmente una semplice infezione in qualcosa di mortale". Questo comporterebbe cambiamenti politici da parte dei governi degli Stati Uniti, dell'Europa e del Regno Unito, lo sviluppo di nuovi **farmaci** e la garanzia che tutti capiscano che gli antibiotici sono inefficaci contro i virus.

https://www.sanitainformazione.it/superbatteri-entro-2050-milioni-di-morti-in-piu-e-2-000-miliardi-di-dollari-allanno/

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Effetto globale dei fattori di rischio cardiovascolare sulle stime della durata della vita

The Global Cardiovascular Risk Consortium

Pubblicato il 30 marzo 2025
N inglese J Med 2025 ; 393 : 125 - 138
DOI: 10.1056/NEJMoa2415879

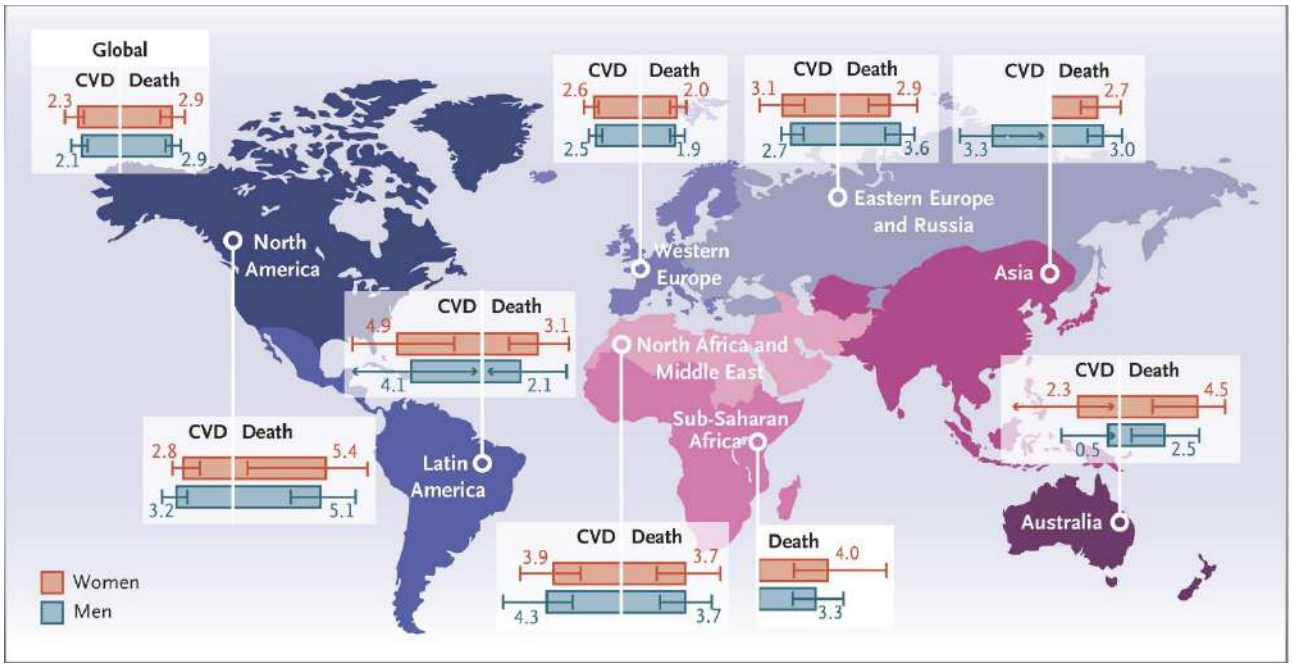
Astratto

Sfondo
Cinque fattori di rischio rappresentano circa il 50% del carico globale di malattie cardiovascolari.
Non è ancora chiaro come la presenza o l'assenza dei classici fattori di rischio influenzi le stime di malattie cardiovascolari e di mortalità per qualsiasi causa nel corso della vita.

Metodi
Abbiamo armonizzato i dati a livello individuale di 2.078.948 partecipanti di 133 coorti, 39 paesi e 6 continenti.
Il rischio di malattie cardiovascolari e morte per qualsiasi causa nel corso della vita è stato stimato fino a 90 anni di età, in base alla presenza o assenza di ipertensione arteriosa, iperlipidemia, sottopeso e sovrappeso oppure obesità, diabete e fumo a 50 anni.
Sono state inoltre stimate le differenze nella durata di vita (in termini di anni di vita aggiuntivi senza malattie cardiovascolari o morte per qualsiasi causa) in base alla presenza o assenza di questi fattori di rischio.
Le traiettorie dei fattori di rischio sono state analizzate per prevedere le differenze nel corso della vita in base alla variazione dei fattori di rischio.

Risultati
Il rischio di malattie cardiovascolari nel corso della vita era del 24% (intervallo di confidenza [CI] al 95%, 21-30) tra le donne e del 38% (CI al 95%, 30-45) tra gli uomini per i quali erano presenti tutti e cinque i fattori di rischio.
Nel confronto tra i partecipanti senza alcun fattore di rischio e quelli con tutti i fattori di rischio, il numero stimato di anni di vita aggiuntivi senza malattie cardiovascolari era di 13,3 (CI al 95%, 11,2-15,7) per le donne e 10,6 (CI al 95%, 9,2-12,9) per gli uomini; il numero stimato di anni di vita aggiuntivi senza decesso era di 14,5 (CI al 95%, 9,1-15,3) per le donne e 11,8 (CI al 95%, 10,1-13,6) per gli uomini.
Rispetto all'assenza di cambiamenti nella presenza di tutti i fattori di rischio, la modifica dell'ipertensione da un'età compresa tra 55 e meno di 60 anni è stata associata al maggior numero di anni di vita aggiuntivi senza malattie cardiovascolari, mentre la modifica del fumo da un'età compresa tra 55 e meno di 60 anni è stata associata al maggior numero di anni di vita aggiuntivi senza decesso.

Conclusioni
L'assenza di cinque fattori di rischio classici a 50 anni è stata associata a un'aspettativa di vita superiore di oltre un decennio rispetto alla presenza di tutti e cinque i fattori di rischio, in entrambi i sessi. Le persone che hanno modificato l'ipertensione e il fumo nella mezza età hanno registrato rispettivamente il maggior numero di anni di vita aggiuntivi senza malattie cardiovascolari e decessi per qualsiasi causa. (Finanziato dal Centro tedesco per la ricerca cardiovascolare [DZHK]; numero ClinicalTrials.gov, NCT05466825).



Differenza stimata nell'arco di vita rispetto all'ipertensione arteriosa, in base alla regione geografica.

I valori mostrati indicano il numero di anni di vita aggiuntivi senza malattie cardiovascolari (CVD) o morte per qualsiasi causa tra i partecipanti senza ipertensione, ma con tutti gli altri fattori di rischio, rispetto a quelli con tutti e cinque i fattori di rischio. L'ipertensione è stata selezionata come il fattore di rischio che contribuisce alla più alta frazione attribuibile alla popolazione a livello globale allo sviluppo di malattie cardiovascolari. I risultati sono mostrati a un'età indice di 50 anni e separatamente per donne (rosso) e uomini (blu). Le stime e gli intervalli di confidenza al 95% (barre di errore) si riferiscono a un punteggio di deviazione standard regionale dicotomizzato (<2 vs. ≥2) per la pressione arteriosa sistolica e si basano su previsioni ricalibrate da modelli di Weibull, inclusi punteggi di deviazione standard regionale dicotomizzati (<2 vs. ≥2) per la pressione arteriosa sistolica, il livello di colesterolo non-HDL e l'IMC come covariate, insieme a diabete e fumo. L'utilizzo di punteggi di deviazione standard regionali consente di utilizzare diversi valori limite regionali. Gli intervalli di confidenza troncati sono indicati con frecce. Per l'Africa subsahariana, i dati disponibili per le malattie cardiovascolari erano insufficienti. Per l'Asia, non viene mostrata alcuna differenza nell'arco della vita per le malattie cardiovascolari nelle donne, poiché i valori non potevano essere stimati a causa dell'elevata aspettativa di vita.

PNRR e sua implementazione

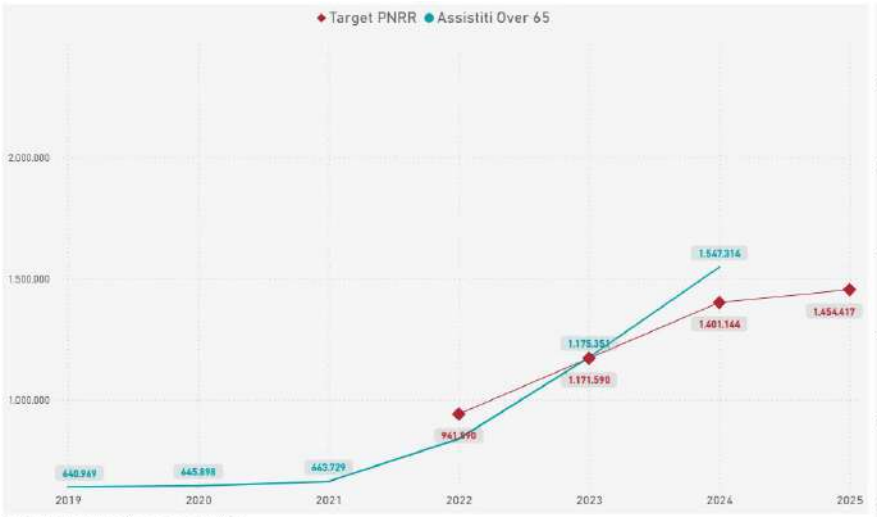
quotidianosanità.it

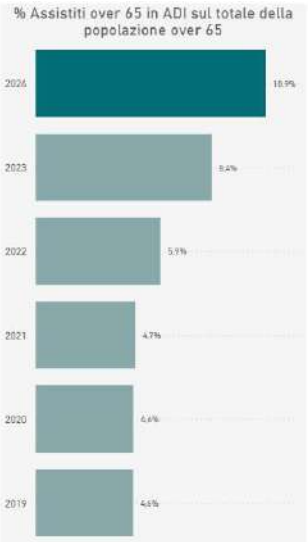
Assistenza domiciliare in volata. Già oltre 1,5 milioni gli over 65 presi in carico, +119% sull'obiettivo 2024. Superato il target Pnrr 2025

di E.M.

Nel 2024 assistiti 1.546.443 over 65 rispetto agli 1.401.144 assistiti attesi. Raggiunta e superata la soglia del 10% della popolazione over 65, in linea con gli standard europei. Boom di performance in Piemonte, Umbria e Trento. Molto bene anche Basilicata e Campania. I dati del monitoraggio 2024 di Agenas

28 LUG -
L'Adi ingrana la marcia e taglia il traguardo con largo anticipo un anno. Il numero di over 65 presi in carico con almeno una prestazione domiciliare ha toccato quota 1.546.443 assistiti, superando non solo il target 2024 (1.401.144) ma anche quello previsto per fine 2025, fissato a 1.454.417 pazienti.
Un salto in avanti significativo, pari a un +119,2% rispetto all'obiettivo annuale, che proietta l'Italia al di sopra del benchmark europeo del 10% di copertura della popolazione anziana. Il dato 2024 segna infatti un tasso di presa in carico pari al 10,9%, rispetto all'8,4% del 2023 e al 4,6% del 2019, quando gli assistiti erano poco più di 640mila.
È quanto emerge dal Monitoraggio 2024 (rilevazione marzo 2025) pubblicato da Agenas, relativo all'investimento 1.2.1 della Missione 6 – Salute del PNRR, dedicato a reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Un'attività di verifica, ricorda l'Agenzia, che si basa sugli indicatori del flusso informativo ministeriale SIAD, con validazione da parte della Direzione generale del Ministero della Salute.





Fonte: Elaborazione Agenas su dati NSIS

Monitoraggio 2024

Regione	Assistiti over 65 - 2024	Obiettivo Assistiti ADI (over 65) - 2024*	Obiettivo Intermedio Assistiti - 2024	Baseline 2019	Incremento Assistiti over 65 - 2024**	% Incremento Assistiti over 65 - 2024
PIEMONTE	160.697	112.571	55.594	56.977	103.720	186,6%
UMBRIA	29.105	21.276	11.748	9.528	19.577	166,6%
PROV. AUTON. TRENTO	14.239	12.002	5.461	6.541	7.698	141,0%
BASILICATA	16.361	13.794	7.345	6.449	9.912	134,9%
CAMPANIA	131.931	107.129	78.396	28.733	103.198	131,6%
VENETO	138.646	131.039	42.441	88.598	50.048	117,9%
LAZIO	136.308	121.905	90.906	30.999	105.309	115,8%
PUGLIA	93.182	84.225	63.445	20.780	72.402	114,1%
LOMBARDIA	234.297	216.818	124.267	92.551	141.746	114,1%
MOLISE	8.740	8.263	3.643	4.620	4.120	113,1%
LIGURIA	43.036	39.885	24.247	15.638	27.398	113,0%
ABRUZZO	35.221	32.904	18.238	14.666	20.555	112,7%
MARCHE	38.367	35.896	21.317	14.579	23.788	111,6%
EMILIA ROMAGNA	125.569	122.038	30.647	91.391	34.178	111,5%
FRIULI VENEZIA GIULIA	34.597	33.097	15.989	17.108	17.489	109,4%
TOSCANA	109.282	106.419	31.018	75.401	33.881	109,2%
CALABRIA	42.739	39.998	31.765	8.233	34.506	108,6%
SICILIA	113.721	110.298	60.324	49.974	63.747	105,7%
PROV. AUTON. BOLZANO	10.720	10.191	9.830	361	10.359	105,4%
VALLE D'AOSTA	2.855	2.789	2.562	227	2.628	102,6%
SARDEGNA	26.830	38.606	26.370	12.236	14.594	55,3%
ITALIA	**1.546.443**	**1.401.144**	**755.554**	**645.590**	**900.853**	**119,2%**

Fonte: Elaborazione Agenas su dati NSIS

**Obiettivo Assistiti ADI (over 65) - 2024: (Baseline 2019+ Obiettivo intermedio Assistiti - 2024)*
***Incremento Assistiti ADI over 65 - 2024: ((Assistiti over 65- 2024) - Baseline 2019))*

La geografia dell'assistenza: Piemonte e Sud in forte crescita Tra le regioni che nel 2024 hanno migliorato maggiormente le performance rispetto all'anno precedente, spicca il Piemonte (+186,6% e 14,3% della

popolazione totale over 65 assistita), seguito da Umbria (+166,6% e 12,7% della popolazione anziana totale assistita) e dalla Provincia di Trento (+141% e 11,3%), che mostra però un leggero rallentamento rispetto al 2023. Ma anche la Basilicata (+135% e 12,2% della popolazione totale) e la Campania (+131,6%) conquistano incrementi rilevanti. In particolare la Campania fa un importante balzo in avanti passando dal 5,4% all'11,5% del totale degli anziani assistiti. Tutte le altre regioni, pur superando gli obiettivi 2024, si collocano sotto la media nazionale del 119,2%.

https://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=131248

quotidianosanità.it

PNRR. Al 2° trimestre 2025 rispettate tutte le scadenze formali. Ma a un anno dal traguardo, almeno 5 target su 14 sono in ritardo. L'analisi di Gimbe

Al 30 giugno 2025, la Missione Salute del PNRR ha rispettato tutte le scadenze previste, ma secondo la Fondazione Gimbe l'avanzamento reale è lento e diseguale tra le Regioni. Dei 14 obiettivi da raggiungere entro giugno 2026, cinque sono in forte ritardo (tra cui Case e Ospedali di Comunità), cinque non sono valutabili per mancanza di dati e solo quattro risultano completati o quasi. Con l'82% delle risorse ancora da spendere, Gimbe chiede uno sforzo congiunto di Governo, Regioni e ASL per evitare ritardi, disuguaglianze e sprechi.

29 LUG - "Al 30 giugno 2025 – dichiara **Nino Cartabellotta**, Presidente della Fondazione Gimbe – per la Missione Salute del PNRR sono state raggiunte le quattro scadenze previste entro la fine del 2° trimestre di cui due europee. Tuttavia, a un anno dalla rendicontazione finale, al di là del rispetto formale delle scadenze e dell'incasso delle rate, la spesa effettiva delle risorse e l'avanzamento reale degli obiettivi procedono con estrema lentezza e con inaccettabili diseguaglianze tra le Regioni. In particolare, delle 14 misure da completare entro giugno 2026, almeno 5 presentano criticità di attuazione, mentre per 5 le informazioni pubblicamente disponibili non sono sufficienti per valutarne lo stato di avanzamento. 4 misure risultano quasi completate o già raggiunte".
Secondo i dati pubblicati sul portale del Ministero della Salute, che monitora l'attuazione della Missione Salute del PNRR, al 30 giugno 2025 sono state raggiunte le due scadenze europee sul finanziamento di progetti di ricerca e tutte le precedenti. "Tuttavia – spiega il Presidente – il rispetto delle scadenze formali, necessario per il via libera all'erogazione delle rate, non rappresenta in questa fase finale un indicatore affidabile sul reale stato di avanzamento dei progetti".
Per tale ragione, a un anno dalla scadenza, il monitoraggio indipendente dell'Osservatorio GIMBE sull'attuazione della Missione Salute del PNRR si è focalizzato sul reale status di avanzamento dei 14 obiettivi europei ancora da raggiungere: 3 entro dicembre 2025 e 11 entro giugno 2026. "Riteniamo fondamentale – commenta Cartabellotta – offrire ai cittadini un quadro chiaro basato su dati oggettivi, al riparo strumentalizzazioni politiche. Al tempo stesso, esortiamo Governo, Regioni e ASL a condividere le responsabilità, facendo convergere gli sforzi su una volata finale che sarà una corsa contro il tempo".

Roadmap al 30 giugno 2026

Risorse da spendere. Secondo la Relazione sullo Stato di Attuazione del PNRR della Corte dei Conti, pubblicata lo scorso 15 maggio, al 31 dicembre 2024 risultavano ancora da spendere € 12,81 miliardi, pari all'82% delle risorse assegnate. Una percentuale che colloca la Missione Salute al penultimo posto per spesa sostenuta (18%), davanti solo alla Missione 5 (Inclusione e Coesione) ferma al 15,9%. "Questi numeri – commenta Cartabellotta – documentano che serve un impulso decisivo per completare i progetti e trasformare in servizi le risorse da spendere, senza alcun margine per ritardi o inerzie". Infatti, secondo la Corte dei Conti, per completare l'attuazione finanziaria delle Missioni 5 e 6, in assenza di slittamenti, sarà necessario tra gennaio

2025 e giugno 2026 un ritmo di spesa oltre sette volte superiore rispetto a quello dell'intero triennio 2022-2024.

Target da raggiungere entro il 30 giugno 2026. Il sito del Ministero della Salute, in occasione del pagamento della VII e VIII rata, riporta che per completare la Missione Salute devono essere raggiunti 13 target e 1 milestone: 3 target entro il 31 dicembre 2025 ai fini dell'erogazione della IX rata; 10 target e 1 milestone entro il 30 giugno 2026 per incassare la X rata. "Il vero nodo – spiega Cartabellotta – è che il 30 giugno 2026 non segna solo il completamento formale dei target, ma coincide con la consegna reale di tutte le strutture e i servizi finanziati dal PNRR, che dovrebbero tradursi in un concreto miglioramento dell'assistenza sanitaria".

La Fondazione Gimbe, nell'impossibilità di un pubblico accesso al sistema ReGis, ha analizzato lo status di avanzamento degli obiettivi da raggiungere entro giugno 2026 utilizzando tutte le fonti istituzionali disponibili al 28 luglio 2025: Corte dei Conti, Ufficio Parlamentare di Bilancio, Ministero della Salute, Dipartimento per la Trasformazione Digitale, Agenas. "È verosimile – commenta Cartabellotta – che alcuni progetti siano più avanti di quanto riportato. Ma allo stesso tempo è poco realistico immaginare che, anche per i dati aggiornati a dicembre 2024, in soli sei mesi siano stati compiuti exploit tali da recuperare i ritardi accumulati, soprattutto nelle Regioni più indietro»"

Target in netto ritardo (n. 3). Oltre al potenziamento dei posti letto in terapia intensiva e semi-intensiva, è la riorganizzazione dell'assistenza territoriale l'obiettivo più critico. Infatti, i dati del Monitoraggio Agenas, aggiornati al 20 dicembre 2024, documentano ritardi sostanziali nella piena attivazione di Case e Ospedali di Comunità.

Case della Comunità. Il target prevede che entro il 30 giugno 2026 siano pienamente operative almeno 1.038 Case della Comunità, dotate di servizi e personale sanitario. Tuttavia, a dicembre 2024, solo 164 strutture (15,8%) avevano attivato tutti i servizi previsti e, tra queste, appena 46 (4,4%) disponevano di personale medico e infermieristico. In 485 strutture (46,7%) risultava attivo un solo servizio, mentre le rimanenti 389 Case di Comunità (37,5%) non risultavano aver attivato alcun servizio. "Al di là dei ritardi nel completamento strutturale e tecnologico – avverte Cartabellotta – preoccupano la grave carenza di infermieri e il mancato accordo con i medici di famiglia per lavorare nelle Case di Comunità. Così la grande sfida della riforma territoriale rischia di essere rimanere una colossale opera di edilizia sanitaria o di essere affidata ai privati".

Ospedali di Comunità. Entro giugno 2026 dovrebbero essere pienamente funzionanti almeno 307 Ospedali di Comunità, le strutture intermedie per accogliere i pazienti dimessi dagli ospedali per acuti. Ma al 20 dicembre 2024, solo 124 strutture (40,4%) dichiaravano almeno un servizio attivo e non è riportata alcuna informazione sul personale sanitario. "È evidente – commenta il Presidente – che l'attivazione degli Ospedali di Comunità è ancora più in ritardo e l'obiettivo di rafforzare le cure intermedie rischia di naufragare".

Posti letto in terapia intensiva e semi-intensiva. Il PNRR prevede l'attivazione, entro giugno 2026, di 2.692 posti letto di terapia intensiva e 3.230 di semi-intensiva. Tuttavia, al 21 marzo 2025, risultano attivati solo 890 letti di terapia intensiva (33,1%) e 1.199 di semi-intensiva (37,1%). "È surreale – chiosa il Presidente – che, nonostante la drastica revisione al ribasso degli obiettivi iniziali, a cinque anni dalla pandemia l'Italia non sia ancora riuscita a completare un'infrastruttura essenziale per fronteggiare future emergenze sanitarie".

Target con ritardi significativi (n. 2). Nonostante gli avanzamenti, altri 2 target mostrano ritardi sulla tabella di marcia.

Interventi di antisismica. Per mettere in sicurezza almeno 84 ospedali, il PNRR ha finanziato interventi antisismici in tutto il Paese. A febbraio 2025 risultavano attivi o conclusi 86 cantieri, ma la spesa effettivamente sostenuta era ferma all'11% del totale, con una media ancora più bassa nel Mezzogiorno (6%).

Adozione del FSE in tutte le Regioni. Entro giugno 2026, tutte le Regioni dovrebbero adottare e utilizzare il FSE. Tuttavia, a marzo 2025 solo 6 documenti su 16 risultano disponibili in tutte le Regioni (lettera di dimissione ospedaliera, referti di laboratorio e di radiologia, prescrizione farmaceutica e specialistica e verbale di pronto soccorso). Inoltre, solo il 42% dei cittadini ha fornito il consenso alla consultazione dei propri dati. "Senza informare i cittadini sull'utilità del FSE – avverte Cartabellotta – e rassicurarli sulla sicurezza dei dati, nonostante il raggiungimento del target PNRR le potenzialità di questo strumento rischiano di essere vanificate dal mancato consenso dei cittadini".

Target in via di completamento o già completati (n. 4). Risultano in fase avanzata di attuazione o completati in anticipo quattro target.

Progetti di ristrutturazione e ammodernamento degli ospedali (ex art. 20): erogazione di almeno il 90% di € 250 milioni. Al 21 marzo 2025, risultano finanziati 127 progetti per un totale di € 458,1 milioni. "Il superamento della soglia teorica di finanziamento certificherebbe il raggiungimento del target – sottolinea Cartabellotta – ma è in corso una ricognizione perché non è chiaro quanti progetti rientrino nel perimetro del PNRR".

Assistenza domiciliare integrata (ADI) negli over 65. L'obiettivo prevede di aumentare i pazienti in ADI di almeno 842.000 unità rispetto al 2019. Il dato di fine 2024 certifica il superamento del target ben 18 mesi prima della scadenza, con 900.853 pazienti in più presi in carico.

Grandi apparecchiature sanitarie. Dei 3.223 macchinari previsti, al 31 gennaio 2025 ne risultavano ordinati 3.126 (97%), consegnati 2.578 (80%) e collaudati 2.482 (77%). Il target, riferito al collaudo delle apparecchiature, è quindi prossimo al completamento.

Contratti di formazione specialistica. A partire dall'anno accademico 2020-21 sono stati stanziati € 538 milioni per i 4.200 contratti di formazione medico-specialistica previsti dall'obiettivo. Il target risulta formalmente completato.

Target non valutabili per dati non disponibili (n. 5). Per alcuni target non sono state identificate fonti pubblicamente disponibili aggiornate, rendendo impossibile valutarne lo stato di attuazione. "Riteniamo indispensabile – commenta Cartabellotta – che tutti i dati relativi all'avanzamento dei progetti del PNRR debbano essere resi pubblicamente disponibili. In un Paese democratico, la trasparenza non è un dettaglio tecnico, ma il primo strumento di rendicontazione pubblica e di fiducia tra istituzioni e cittadini".

Almeno 300.000 persone assistite con strumenti di telemedicina. La scadenza è fissata al 31 dicembre 2025, ma ad oggi non sono disponibili dati ufficiali sul numero di pazienti presi in carico con strumenti di telemedicina. Nel primo trimestre del 2025 è stata avviata la raccolta dei dati tramite la Piattaforma Nazionale di Telemedicina e sono state completate le gare per infrastrutture e postazioni.

Digitalizzazione di 280 strutture ospedaliere sede di DEA. Anche questo target ha come scadenza il 31 dicembre 2025. Non esistono dati pubblici sugli ospedali già digitalizzati, mentre al 25 febbraio 2025 risultano aggiudicati tutti gli appalti. Tuttavia, l'importo fatturato a livello nazionale si attesta appena al 21% del totale.

Alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG). Entro il 31 dicembre 2025, l'85% dei MMG dovrebbe alimentare regolarmente il FSE. Tuttavia, non esistono dati pubblici per valutare il rispetto di questo obiettivo. L'unica informazione disponibile è che il 95% di MMG e Pediatri di Libera Scelta (PLS) ha effettuato almeno un accesso al FSE nell'ultimo trimestre monitorato. "Senza dati puntuali sull'alimentazione del FSE – osserva Cartabellotta – è impossibile valutare il ruolo attivo dei medici di famiglia. In particolare, rispetto al Profilo Sanitario Sintetico (cd. Patient Summary), il documento dove il MMG riassume e mantiene aggiornata la storia clinica del paziente per favorire la continuità di cura".

Tessera sanitaria elettronica e interoperabilità del FSE. Entro giugno 2026 il sistema dovrà essere pienamente operativo. A inizio 2025 sono state attivate le infrastrutture tecniche per l'interoperabilità dei dati sanitari tra le Regioni e, a marzo, è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il decreto che istituisce il nuovo Ecosistema dei dati sanitari.

Formazione su competenze e abilità di management e digitali per 4.500 professionisti sanitari. Anche per questo obiettivo, da raggiungere entro giugno 2026, non sono disponibili dati pubblici sul numero di professionisti che hanno già completato la formazione. "La volata finale della Missione Salute – commenta Cartabellotta – non può trasformarsi in un terreno di scontro politico perché le responsabilità ricadono su tutti: sul Governo Conte che, complice la ristrettezza dei tempi e la pandemia in corso, non ha previsto un monitoraggio più rigoroso e ravvicinato di vari target; sul Governo Meloni, che ha prima tentennato sull'utilità reale di alcune misure (es. Case di Comunità) e poi si è limitato a celebrare l'incasso delle rate, senza esercitare una pressione costante su Regioni e ASL, i "soggetti attuatori" chiamati a portare a termine i progetti. La responsabilità della volata finale è collettiva e impone una convergenza di sforzi, senza spazio per giocare a scaricabarile"."A 11 mesi dalla rendicontazione finale della Missione Salute del PNRR – conclude Cartabellotta – 5 dei 14 target presentano ritardi di attuazione, di cui 2 particolarmente critici (Case e Ospedali di Comunità), mentre per 5 target è impossibile effettuare una valutazione indipendente per mancanza di dati pubblici. La Fondazione Gimbe invoca una stretta collaborazione tra Governo, Regioni e ASL al fine di completare con successo il percorso ed evitare tre rischi che il Paese non può permettersi. Il primo, assolutamente da scongiurare, è di non raggiungere i target europei e dover restituire il contributo a fondo perduto. Il secondo, difficile da neutralizzare, è di raggiungere il target nazionale senza ridurre le diseguaglianze regionali e territoriali, aumentando ulteriormente il divario Nord-Sud. Il terzo, il più paradossale, è di incassare le rate senza generare alcun beneficio per cittadini e pazienti, lasciando in eredità alle future generazioni strutture vuote, tecnologie digitali non integrate nel Ssn e, last but not least, un pesante indebitamento. Sprecando un'occasione irripetibile per rafforzare la sanità pubblica".

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=131253

quotidianosanità.it

Quando le Regioni cambiano idea dopo anni: chi investirà ancora nella sanità?

Luca Pallavicini
Presidente Nazionale Confcommercio Salute, Sanità e Cura

28 LUG -
Gentile Direttore,
C'è un punto che viene prima di tutto: la parola data dalle istituzioni deve valere.
Se una Regione può revocare in autotutela (cioè annullare da sola) una delibera dopo anni, chiedendo persino indietro soldi già spesi per garantire servizi pubblici, la fiducia si spezza. E senza fiducia, il sistema sociosanitario non sta in piedi: non investono le imprese, non assumono le strutture, non si riducono le liste d'attesa. Alla fine pagano i cittadini.
Non entro nel dettaglio del caso specifico. Il problema è più ampio: può diventare un metodo. Oggi tocca a qualcuno, domani può toccare a chiunque. È questo il messaggio che spaventa chi lavora ogni giorno nella cura: le regole possono cambiare anche dopo che hai fatto la tua parte.
Perché è grave? In primis perché salta la certezza del diritto: se un accordo firmato e rispettato si può cancellare a posteriori, non c'è più base su cui programmare. Da lì, a effetto domino, gli investimenti si fermano: chi mette risorse, assume personale, compra tecnologie, se non sa se verrà pagato o peggio se dovrà

restituire? Ecco che aumentano i contenziosi e, soprattutto, si incrina il rapporto pubblico-privato accreditato: un pezzo fondamentale del servizio sanitario regionale, che lavora con regole, budget e controlli pubblici.

Non è ideologia. È organizzazione.
Il privato accreditato non sostituisce il pubblico ma lo aiuta a garantire le prestazioni: è dentro il perimetro pubblico, con tariffe fissate dalla Regione, con controlli e responsabilità. Trattarlo come un "nemico" significa indebolire il servizio nel suo insieme.
Chi ha tenuto aperti i servizi nei momenti più difficili, ha rispettato gli accordi e ha fatto la sua parte, vive questi atti come una vera e propria "violenza istituzionale". È la sensazione che la parola data non valga più, che le regole possano cambiare quando i bilanci scricchiolano. Da qui nasce una sfiducia profonda, che non si sana con una riunione tecnica: serve infatti una scelta politica chiara.

Cinque cose concrete, da fare subito:

1. Clausole di stabilità negli accordi: se la PA revoca dopo anni, indennizza l'affidamento leso, salvo dolo o frode.
2. Regola del "no surprise": niente cambi retroattivi. Le modifiche economiche si applicano solo dal futuro, con un preavviso certo.
3. Arbitrato terzo e rapido per le controversie tra Regioni e accreditati, prima del giudice amministrativo.
4. Trasparenza totale su spesa, prestazioni, esiti clinici e tempi d'attesa: stesse metriche per pubblico e privato, così si discute sui fatti e non sulle ideologie.
5. Linee guida nazionali su quando e come usare l'autotutela in sanità, per evitare che ogni territorio scriva, e riscriva, le regole da solo.

Se l'autotutela diventa lo strumento per far quadrare i conti a posteriori, il prezzo lo pagheremo tutti: meno investimenti, meno servizi, più contenziosi, più liste d'attesa. Servono regole stabili, chiare, rispettate da tutti.
Non per proteggere "le imprese" in astratto, ma per proteggere il diritto alla cura delle persone.
Scriviamo insieme regole che valgano domani, senza cancellare ieri.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=131242

Ospedale che cambia

24 OreSalute

Visite ed esami in intramoenia: nel 53% dei casi si aspetta meno di 10 giorni, la maggioranza studia una stretta

Nel Ddl prestazioni sanitarie del Governo già approvato dal Senato spunta una vera e propria stretta su questa attività extra orario dei medici
Marzio Bartoloni

Le visite più gettonate in libera professione negli ospedali pubblici - la cosiddetta intramoenia - sono quelle cardiologiche, ginecologiche ed ortopediche.
Tra gli esami più richiesti invece c'è l'elettrocardiogramma, l'ecografia all'addome e l'ecografia alla mammella o la mammografia. In oltre metà dei casi (53%) il tempo di attesa per chi prenota in intramoenia è minore di 10 giorni mentre solo nel 16% delle prenotazioni si aspetta oltre i 30-60 giorni.

Come dire che se si mette mani al portafogli anche nel pubblico non si aspetta troppo, come invece avviene in molti casi quando la prestazione è targata Servizio sanitario nazionale e si attendono anche diversi mesi.
Tra l'altro gli ultimi dati trasmessi pochi giorni fa al Parlamento nella relazione sull'intramoenia del ministero della Salute confermano che l'attività dei medici in libera professione è in crescita in unanno di oltre il 10% e ha sfiorato nel 2023 gli 1,3 miliardi (1268 milioni).
Diminuiscono di poco i medici che scelgono di fare la libera professione in ospedale: sono circa 43800, il 37,9% sul totale dei medici e il 41,9% se si considera solo chi ha scelto il rapporto esclusivo.
Ora alla Camera dove oggi riprende l'esame sul Ddl prestazioni sanitarie del Governo già approvato dal Senato, un provvedimento nato per combattere le liste d'attesa, spunta una vera e propria stretta su questa attività extra orario dei medici.
In particolare alcuni emendamenti a firma di **Ylenia Lucaselli**, deputata di Fdi tra i più attivi sul fronte della Sanità, prevedono una sorta di giro di vite proprio per evitare che l'intramoenia impatti sull'attività ordinaria del Ssn allungando le liste d'attesa. In particolare le modifiche presentate che potrebbero essere votate prima della pausa estiva prevedono che le prestazioni in intramoenia possano essere attivate solo quando le agende istituzionali siano sature e contemplando anche la sospensione in caso di superamento di un tetto di ore (deve essere rispettato un rapporto di uno a tre).
Si introduce anche il divieto di destinare spazi, tecnologie e personale sanitario alla libera professione nei giorni e nelle fasce orarie in cui vi siano prestazioni inevase per carenza di disponibilità, ponendo precisi limiti e controlli, garantendo trasparenza sulla pubblicazione dei dati e sulla compatibilità con i livelli essenziali di assistenza.
“Al netto di quello che ha già fatto il Governo sulle liste d'attesa che è importante credo che servano delle regole di ingaggio sull'intramoenia molto chiare e rigorose”, spiega Lucaselli. Che ricorda alcuni dati della Ragioneria generale dello stato che mostrano come in alcune Regioni “si superi questo perimetro. Noi chiediamo anche più controlli sulle prenotazioni se poi già oggi si rispettano i limiti va bene così, ma è indubbio che se vogliamo affrontare il nodo delle liste d'attesa dobbiamo fare i conti anche sulla gestione attuale dell'intramoenia”.

https://www.ilsole24ore.com/art/visite-ed-esami-intramoenia-53percento-casi-si-aspetta-meno-10-giorni-maggioranza-studia-stretta-AHaGMKhB?cmpid=nl_sanita24

quotidianosanità.it

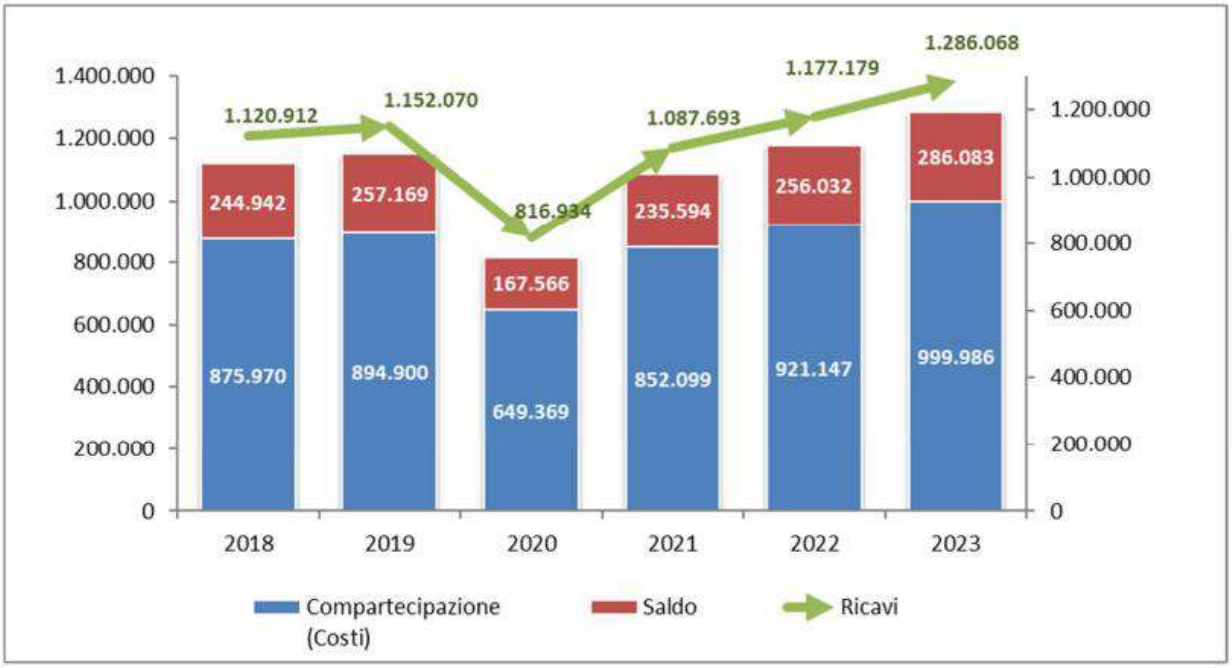
Intramoenia in crescita: nel 2023 guadagni per oltre 286 mln, +11,7% sul 2022. La Relazione del Ministero al Parlamento

A tanto ammonta la differenza tra i ricavi (1,286 miliardi di euro) e i costi sostenuti dalle aziende per erogare le prestazioni in Alpi (poco meno di 1 miliardo). Continuano a diminuire i medici che esercitano l'Alpi, 43.800 circa, pari al 37,9% se si considera il totale dei medici e al 41,9% se si considerato i medici con rapporto esclusivo. La visita cardiologica con ECG è la prestazione più erogata. La maggiore spesa pro-capite si registra in Emilia-Romagna (37,8 euro, 21,8 la media italiana. Ma la Regione che ha incassato di più nel 2023 è la Lombardia: 73 milioni.

10 LUG - Dopo la dura flessione (-28%) del 2020, anno del Covid, si conferma il trend in crescita per l'attività intramoenia in Italia. Lo mostra la Relazione annuale del ministero della Salute sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria per l'anno 2023 che il ministero della Salute ha trasmesso martedì al Parlamento. Se già nel 2021 il trend tornava in linea con gli anni precedenti e i ricavi totali risultano superavano il 1 milione di euro (1,087 mld di euro per la precisione), con un incremento rispetto all'anno precedente del 33%, nel 2022 si è assiste a un ulteriore salto avanti e nel 2023 i ricavi hanno

raggiunto il valore di 1.286 milioni di euro, con un saldo a fine anno di oltre 286 milioni di euro (una volta tolte le spese sostenute dalle aziende per erogare le prestazioni in Alpi, pari a poco meno di 1 miliardo) pari a quasi il 12% in più del 2022. In pratica, i costi per le aziende rappresentano circa il 78% dell'Alpi.

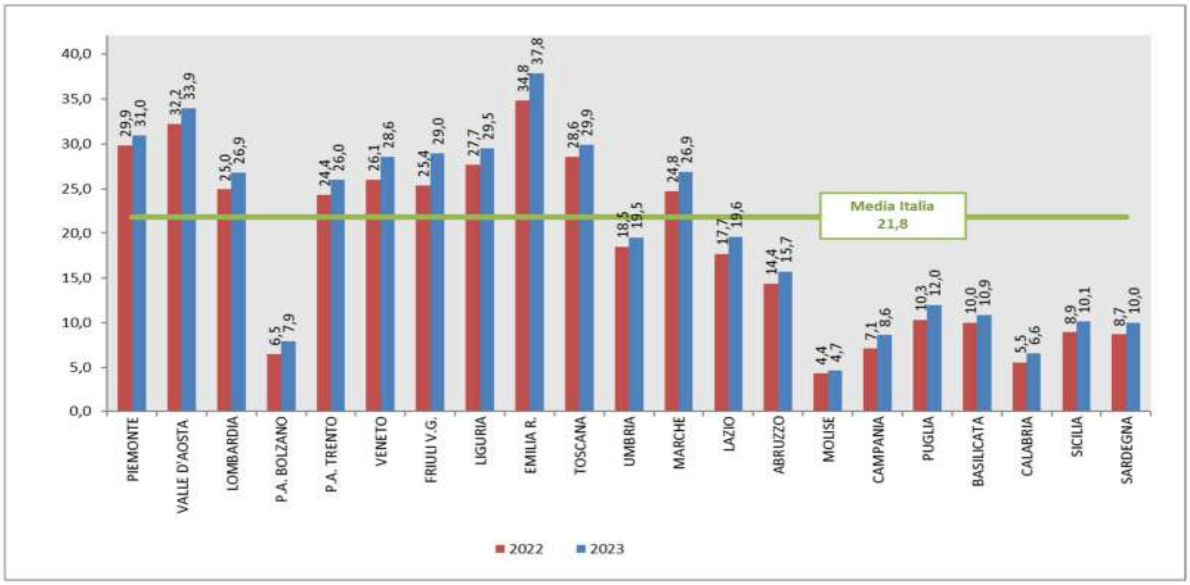
Graf.1 Ricavi e Costi ALPI (valori in migliaia di euro)



Fonte: Sistema Informativo Sanitario, dati a consuntivo modello CE

In termini di spesa pro-capite, l'intramoenia nel 2023 vale 21,8 euro per ogni cittadino residente in Italia (contro i 20 del 2022), ma la situazione è estremamente variegata sul territorio nazionale con forti discrepanze tra Nord e Sud del Paese. In particolare, nel 2023, i picchi maggiori si registrano nelle Regioni Emilia-Romagna (37,8 euro pro-capite/anno), Valle d'Aosta (33,9 euro/anno), Piemonte (31 euro /anno) mentre la spesa pro-capite per prestazioni in ALPI è minima in Molise (4,4 euro/anno), in Calabria (6,6 euro/anno) e nella P.A. di Bolzano (7,9 euro/anno), ed in generale significativamente inferiore alla media nazionale nelle Regioni meridionali (pur essendo cresciuta in tutte le Regioni rispetto all'anno precedente).
La Regione che ha comunque guadagnato di più dalle prestazioni in intramoenia è la Lombardia, con un saldo nel 2023 pari a 73,4 milioni di euro, seguita dall'Emilia Romagna (40,6 mln) e dalla Toscana (32,1 mln). A livello nazionale, la parte più consistenti dei ricavi per l'attività di intramoenia proveniente dall'area delle prestazioni specialistiche, che si attesta nel 2023 a quasi il 70%. La quota di attività libero professionale intramuraria afferente all'area ospedaliera rappresenta il 19,5% (il restante è "Altro": sanità pubblica, consulenze, ecc.).
Le visite più prenotate in intramoenia sono la visita cardiologica, la visita ginecologica e la visita ortopedica. Per quanto riguarda le prestazioni strumentali, quelle maggiormente richieste sono state l'elettrocardiogramma, l'ecografia all'addome inferiore, superiore e completo, l'ecografia monolaterale e bilaterale della mammella, l'eco (color) dopplergrafia cardiaca e la mammografia monolaterale e bilaterale della mammella.
Circa il 53% delle prenotazioni ha un tempo di attesa inferiore ai 10 giorni; il 31% viene fissato tra gli 11 e i 30/60 giorni (a seconda che si tratti di una visita specialistica o di una prestazione strumentale); solo per il 16% delle prenotazioni si deve attendere oltre i 30/60 giorni.

Graf.3 Spesa pro-capite per prestazioni in Intramoenia €/anno, 2022 vs 2023



Fonte: Sistema Informativo Sanitario. Spesa calcolata su popolazione residente al 1° gennaio, fonte ISTAT

Ma quanti sono i dirigenti medici che esercitano la libera professione intramuraria? . Nel corso degli ultimi anni, il numero complessivo è diminuito sia in termini assoluti sia in termini percentuali (rispetto al totale dirigenti dipendenti di Aziende del Servizio Sanitario Nazionale). Nel 2023 la Relazione conta 43.804 medici (mancano i dati del Molise ma, come spiega il ministero nel documento, "trattandosi di una regione con un numero contenuto di Dirigenti medici, tale carenza informativa non impatta significativamente sugli andamenti generali del fenomeno"), rispetto ai 44.791del 2022 (in 10 anni il decremento è stato di oltre il 15%). In termini percentuali, nel 2023 esercitava l'Alpi il 37,9% dei medici in forza al Ssn e il 41,9% del totale dei medici con rapporto di lavoro esclusivo.

	2015	2016	2018	2019	2020	2021	2022	2023
% MEDICI ALPI SU TOT. MEDICI	43,8%	43,3%	40,8%	40,6%	38,9%	38,6%	38,5%	37,9%
% MEDICI ALPI SU MEDICI RAPP.ESCLUSIVO	47,8%	47,3%	45,4%	44,8%	42,9%	42,7%	42,3%	41,9%

L'84,1% dei Dirigenti medici nel 2023 ha esercitato l'Alpo esclusivamente all'interno degli spazi aziendali (inclusi gli spazi in locazione che, ai fini della rilevazione, erano da considerarsi propriamente spazi aziendali), il 7,4% circa esercita al di fuori della struttura ed l'8,5% svolge attività libero professionale sia all'interno che all'esterno delle mura aziendali (ad esempio attività in regime ambulatoriale svolta presso il proprio studio professionale ed attività in regime di ricovero svolta all'interno degli spazi aziendali). La quota di medici che esercita la libera professione esclusivamente all'interno degli spazi aziendali è cresciuta dal 78,6% dell'anno 2015 a 84,1% dell'anno 2023.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=130863

sanità informazione

Nasce la Piattaforma Nazionale per le Liste di Attesa (PNLA): come orientarsi tra tempi, priorità e (domani) strutture sanitarie

E' online la prima versione della Piattaforma Nazionale per le Liste di Attesa (PNLA) che permette a cittadini e associazioni di conoscere i tempi di attesa per visite ed esami, prestazioni urgenti incluse. Un'opportunità per informarsi e accedere meglio ai servizi sanitari

Corrado De Rossi Re

In un'epoca in cui l'accesso tempestivo ai servizi sanitari è diventato un tema centrale per milioni di cittadini, il Ministero della Salute ha messo a disposizione uno strumento pubblico e gratuito per consultare in modo semplice i tempi di attesa delle prestazioni sanitarie in Italia: la Piattaforma Nazionale per le Liste di Attesa (PNLA), disponibile all'indirizzo https://www.portaletrasparenzaservizisanitari.it/pnla.
Il portale nasce per aumentare la trasparenza, favorire una maggiore equità nell'accesso e rendere le informazioni sulle prestazioni più comprensibili e confrontabili. È uno strumento utile per tutti: cittadini, operatori sanitari, decisori pubblici e anche associazioni di pazienti che vogliono comprendere meglio i tempi e le modalità di accesso alle cure nei vari territori.

Che cos'è la PNLA e cosa si può consultare

La PNLA è un sistema informativo nazionale che raccoglie e aggrega i dati forniti periodicamente da tutte le Regioni italiane. Attraverso il portale è possibile consultare, al momento, i dati aggregati sui tempi di attesa per alcune prestazioni sanitarie, suddivisi per classi di priorità (urgente, breve, differibile, programmata).
Successivamente, quando sarà completa l'interoperabilità con le relative Piattaforme regionali, sarà probabilmente possibile monitorare:

- la disponibilità delle prestazioni in regime istituzionale e in attività libero-professionale intramuraria;
- i confronti dettagliati tra strutture e territori;
- la possibilità per l'utente di selezionare una prestazione e una Regione per ottenere l'elenco delle strutture con i relativi dati di attesa.

Dove i tempi si allungano: dati esemplificativi

Secondo i dati disponibili nel portale, i tempi di attesa per alcune prestazioni risultano superiori agli standard previsti. Le normative nazionali stabiliscono tempi massimi entro cui le prestazioni devono essere erogate, in base alla priorità clinica indicata dal medico prescrittore.
Ecco una tabella che riassume alcuni esempi rilevati:

Prestazione	Priorità	Tempo massimo previsto	Tempo medio registrato
Visita cardiologica	Breve	10 giorni	15 giorni
Visita oculistica	Differibile	30 giorni	45 giorni
Risonanza magnetica (RM)	Programmata	60 giorni	75 giorni
Visita neurologica	Differibile	30 giorni	50 giorni

Questi valori sono indicativi: per alcune Regioni e strutture, le tempistiche possono essere anche significativamente inferiori, mentre in altre si registrano tempi molto più lunghi. Per questo il portale può aiutare a identificare criticità ma anche buone pratiche organizzative da valorizzare.

Il caso delle urgenze: priorità "U" sotto osservazione
Una sezione importante del portale riguarda le prestazioni classificate come urgenti, per le quali la tempistica raccomandata è di massimo 72 ore (3 giorni solari). Anche qui, il monitoraggio dei dati restituisce un quadro a tratti disomogeneo.
Ecco alcuni esempi esemplificativi:

Prestazione urgente	Tempo massimo previsto	Tempo medio registrato
Colonscopia con sospetto sanguinamento	3 giorni	5 giorni
TC encefalo per sospetto ictus	3 giorni	4,8 giorni
RM midollo spinale	3 giorni	6 giorni
Visita pneumologica con dispnea acuta	3 giorni	5,2 giorni
Ecografia addominale urgente	3 giorni	4,5 giorni
Visita cardiologica per dolore toracico	3 giorni	4,2 giorni

Se il tempo medio supera anche di poco le 72 ore, il rischio è che l'urgenza clinica non riceva una risposta tempestiva. Questi scostamenti possono essere legati a picchi di richiesta, carenza di personale, assenza di agende dedicate o altri fattori organizzativi.

Cosa significa "tempo medio registrato" nella PNLA
Nel contesto della PNLA, il tempo medio registrato rappresenta la media aritmetica dei giorni effettivamente intercorsi tra:

- la **data di prenotazione della prestazione**, e
- la **prima disponibilità offerta dalla struttura sanitaria** per l'esecuzione della prestazione stessa.

In altre parole, indica quanti giorni di attesa, in media, un cittadino ha dovuto attendere **dal momento della prenotazione all'effettiva esecuzione dell'esame o visita**, per una certa prestazione e una certa priorità (es. urgente, breve, differibile).
Il tempo medio registrato:

- **Non tiene conto del momento della prescrizione**, ma solo della prenotazione.
- **Non rappresenta un valore massimo** né garantito per legge.
- **Non è necessariamente quello che accade oggi**: si tratta di un dato aggregato, spesso calcolato su base mensile o trimestrale.

A che cosa serve già oggi

- **Per i cittadini**
  Consultare il cruscotto consente di capire se le proprie attese si discostano – in meglio o in peggio – dalla media nazionale. Sapere, per esempio, che una risonanza magnetica programmata richiede in media 80 giorni può orientare le aspettative o spingere a chiedere soluzioni alternative (presa in carico in altra struttura, eventuale spostamento di sede, ecc.).
- **Per le associazioni di pazienti**
  Anche senza il dettaglio regionale, i numeri offrono argomenti utili per rapportarsi con assessorati e direzioni sanitarie: mostrano quanta parte delle richieste si concentra nelle classi "urgente" o "breve" e permettono di monitorare se, nel tempo, aumentano o diminuiscono i giorni di attesa medi. Si tratta di elementi preziosi per proporre ampliamenti di orario, potenziamenti di personale o riorganizzazioni delle agende.

I limiti attuali

1. **Niente zoom regionale o per struttura** – chi vuole sapere quanto si aspetta in un ambulatorio specifico deve ancora rivolgersi ai portali regionali, se esistono, o chiedere direttamente alla propria ASL.
2. **Mancanza del confronto SSN / intramoenia** – il PNGLA prevede la pubblicazione dei dati ALPI, ma la funzione non è stata rilasciata.

3. **Copertura temporale ristretta** – per ora solo gennaio-maggio 2025. AGENAS ha annunciato che aggiornerà il cruscotto con cadenza mensile, ma serviranno alcuni cicli di invio per tracciare stagionalità e trend annuali.
4. **Assenza di open-data scaricabili** – i grafici sono visualizzabili sul sito, ma non esportabili in formato tabellare.

Cosa attendersi dalle prossime release
Secondo le linee guida ministeriali, la roadmap prevede:

- integrazione dei flussi ALPI per misurare l'offerta libero-professionale;
- filtri geografici per Regione, ASL e singola struttura;
- indicatori di performance (percentuale di prestazioni erogate entro i tempi previsti, scostamento dalle soglie PNGLA);
- download in formato aperto per analisi indipendenti.

Quando queste funzioni saranno operative, sarà finalmente possibile confrontare, per esempio, i tempi di un ospedale pubblico con quelli di un ambulatorio privato convenzionato nella stessa area, o verificare se l'intramoenia assorbe quote significative di domanda rispetto al regime istituzionale.
La PNLA, in sinetsi, non è ancora lo "specchio completo" delle liste d'attesa italiane, ma rappresenta la prima banca dati nazionale pubblica e centralizzata sui ritardi sanitari. In questa fase inaugurale offre un termometro imprescindibile per capire l'andamento generale del sistema e avviare un confronto basato su numeri condivisi.
Come ogni cantiere aperto, richiede pazienza e spirito critico: i cittadini devono sapere che il tempo medio non coincide con il proprio caso personale, e le associazioni devono considerare che i dati, finché restano aggregati, non spiegano tutte le disuguaglianze territoriali.
Ma è proprio da qui – dalla disponibilità di un dato pubblico, per quanto ancora grezzo – che passa la possibilità di costruire politiche più mirate e di rendere la sanità italiana un po' più prevedibile e accessibile per tutti.

https://www.sanitainformazione.it/nasce-la-piattaforma-nazionale-per-le-liste-di-attesa-pnla-come-orientarsi-tra-tempi-priorita-e-domani-strutture-sanitarie/

quotidianosanità.it

Posti letto ospedalieri. Prosegue il taglio in tutta Europa. Italia tra i Paesi con il minor numero

Lo rende noto Eurostat, che evidenzia come nel 2023 erano disponibili nella Ue 2,29 mln di posti letto pari a 511 per 100mila abitanti. Un numero in calo rispetto a 10 anni prima, quando i Posti letto erano 2,46 mln e il rapporto era di 557 ogni 100 mila abitanti. L'Italia si colloca nella parte bassa della classifica con 179 mila letti (-20 mila rispetto al 2013) e un rapporto di 304.

Nel 2023, l'UE disponeva di 511 posti letto ospedalieri ogni 100.000 persone, in leggero calo rispetto ai 516 registrati nel 2022. Questa riduzione è più marcata rispetto al 2013, quando la media UE era di 557. Lo rende noto Eurostat che evidenzia come nel 2023 erano disponibili nella Ue 2,29 mln di posti letto parti a 511 per 100mila abitanti. Un numero in calo rispetto a 10 anni prima quanto i Pl erano 2,46 mln e il rapporto era di 557 ogni 100 mila abitanti. "Nell'analizzare questa evoluzione – sottolinea Eurostat -, è importante notare che gli sviluppi scientifici e tecnologici hanno ridotto la durata media della degenza per molte procedure ospedaliere o le hanno sostituite con alternative ambulatoriali o di day hospital".

Tra i paesi dell'UE, la Bulgaria ha registrato il rapporto più elevato rispetto alla sua popolazione, con una media di 864 posti letto ospedalieri ogni 100.000 persone, seguita da Germania (766), Romania (728), Austria (660) e Ungheria (651).
Al contrario, 7 paesi dell'UE avevano meno di 300 posti letto ospedalieri ogni 100.000 persone, segnando i rapporti più bassi: Svezia (187), Paesi Bassi (231), Danimarca (233), Finlandia (260), Spagna (288), Irlanda (289), Cipro (298) e Italia con 304 (ovvero un totale di 179 mila letti, -20 mila rispetto al 2013).

TIME	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
GEO (Labels)												
European Union - 27 countries (from 2020)	2.461.106,00	2.448.289	2.440.749	2.426.447,00	2.414.893,00	2.401.666,00	2.374.280,00	2.354.518,00	2.342.111,00	2.310.325,00	2.290.991,00	:
Belgium	66.148,00	65.590,00	65.753,00	65.314,00	64.423,00	64.248,00	63.962	63.847	63.634	63.572	63.507	63.544
Bulgaria	49.522,00	51.505,00	51.933,00	51.816,00	52.744,00	53.173,00	53.997,00	54.216,00	54.491,00	54.707,00	55.724,00	:
Czechia	70.922,00	70.738,00	70.794,00	70.903,00	70.698,00	70.807,00	70.711,00	69.990,00	70.029,00	69.821,00	69.601,00	:
Denmark	16.867,00	:	:	14.461,00	14.621,00	14.713,00	14.476,00	14.485,00	14.111,00	14.020,00	13.845	13.264
Germany	667.560,00	666.337,00	664.364,00	663.941,00	661.448,00	661.880,00	657.662,00	650.167,00	645.620,00	642.107,00	638.354,00	:
Estonia	6.462	6.439,00	6.342,00	6.166,00	6.068,00	5.995,00	6.011,00	5.934,00	5.849,00	5.663,00	5.640,00	:
Ireland	11.637,00	11.989,00	13.730	14.042,00	14.279,00	14.475,00	14.213	14.412,00	14.567,00	15.009,00	15.372,00	:
Greece	46.510,00	46.160,00	45.945,00	45.273,00	45.267,00	45.053,00	44.518,00	44.921,00	44.794,00	44.468,00	44.133,00	:
Spain	138.153,00	137.877,00	137.964,00	137.866,00	138.581,00	139.061,00	138.861,00	139.977,00	140.397,00	140.551,00	139.286	:
France	412.788	410.649,00	407.875,00	403.908,00	399.255,00	395.316,00	390.703,00	385.973,00	380.607,00	373.873,00	369.363,00	:
Croatia	24.933,00	25.019,00	23.409,00	22.917,00	22.878,00	22.960,00	23.040,00	22.923,00	22.414,00	22.514,00	21.806,00	:
Italy	199.474,00	195.189,00	194.065,00	192.315,00	192.548,00	189.753,00	188.909,00	189.351,00	184.724,00	182.210:00	179.372,00	:
Cyprus	2.938,00	2.912,00	2.895,00	2.918,00	2.833,00	2.769,00	2.747,00	2.826,00	2.802,00	2.857,00	2.856,00	:
Latvia	11.673,00	11.279,00	11.261,00	11.208,00	10.812,00	10.587,00	10.379,00	10.045,00	9.732,00	9.451,00	9.312,00	:
Lithuania	21.628,00	21.300,00	20.236,00	19.193:00	18.548,00	18.025,00	17.733,00	16.802,00	16.957,00	16.085,00	15.747,00	:
Luxembourg	2.810,00	2.811,00	2.825,00	2.804,00	2.780,00	2.740,00	2.644	2.644,00	2.652,00	2.609,00	2.625,00	:
Hungary	69.621,00	68.910,00	68.843,00	68.713,00	68.702,00	67.947	67.494,00	65.886,00	65.887,00	64.166,00	62.431,00	:
Malta	2.034,00	1.994	2.041,00	2.127,00	2.099,00	2.088,00	2.068,00	2.259,00	2.149,00	2.158,00	2.196,00	:
Netherlands	62.051,00	59.795,00	59.117	58.090,00	56.136,00	54.871,00	52.398,00	50.777,00	51.763	43.355	41.310,00	:
Austria	64.825,00	64.815,00	65.138,00	64.838,00	64.805,00	64.285,00	63.838,00	62.673,00	61.927,00	60.739,00	60.306,00	:
Poland	251.363,00	251.904,00	252.029,00	252.136:00	251.537,00	248.239,00	234.417	234.617,00	236.743,00	231.789:00	230.066,00	:
Portugal	35.478,00	34.522,00	34.890,00	35.037,00	34.953,00	35.409,00	36.092,00	36.019,00	36.296,00	35.924,00	35.754	:
Romania	133.354,00	133.619,00	134.572,00	134.763,00	134.998,00	135.691,00	136.715,00	137.191,00	137.786,00	138.618,00	138.846,00	:
Slovenia	9.377,00	9.358,00	9.315,00	9.266,00	9.294,00	9.183,00	9.256,00	8.994,00	8.958,00	8.704,00	8.583,00	:
Slovakia	31.416,00	31.348,00	31.172,00	31.412,00	31.659,00	31.028	31.422,00	31.016,00	30.911,00	30.914,00	30.718,00	:
Finland	26.448	24.758	23.469	21.813	20.680	19.666	18.734	15.189	15.456	14.530	14.491	:
Sweden	24.894,00	24.607,00	23.905,00	23.209,00	22.247,00	21.706,00	21.280,00	21.184,00	20.855,00	19.921,00	19.747,00	:
Iceland	1.043,00	1.035,00	1.032,00	1.051,00	1.052,00	1.014,00	1.010,00	1.041,00	1.022,00	1.008,00	992,00	:
Liechtenstein	61,00	61,00	60,00	60,00	91,00	39,00	56,00	89,00	89,00	89,00	89,00	:
Norway	19.600,00	19.751,00	19.506,00	19.293,00	19.003,00	18.717,00	18.619,00	18.299,00	18.387,00	18.272,00	18.209,00	:
Switzerland	39.232,00	38.764,00	39.176,00	39.254,00	39.330,00	39.401,00	39.390,00	38.705,00	38.592,00	38.601,00	38.812,00	:
Montenegro	2.416,00	2.446,00	2.446,00	2.446,00	2.403,00	2.435,00	2.399,00	2.397,00	2.364,00	2.351,00	2.371,00	:
North Macedonia	9.177,00	9.088,00	9.084,00	9.059,00	8.879,00	8.754,00	8.853,00	8.909,00	8.769,00	:	:	:
Albania	8.366,00	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Serbia	39.396	39.395	39.584	39.458	39.377	39.399	39.516	39.337	39.405	39.241	39.903	:
Türkiye	202.031,00	206.836,00	209.648,00	217.771,00	225.863,00	231.913,00	237.504,00	251.182,00	254.497,00	262.190,00	266.594,00	:
Special value												
:	not available											
Data extracted on 15/07/2025 11:09:34 from [ESTAT]												
Dataset:	Hospital beds by function and type of care [hlth_rs_bds1__custom_17317372]											
Last updated:	15/07/2025 11:00											
Time frequency		Annual										
Unit of measure		Per hundred thousand inhabitants										
Health facility		Available beds in hospitals (HP_1)										
Health care		Total										

TIME	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
GEO (Labels)												
European Union - 27 countries (from 2020)	551,65	548,78	547,09	543,88	541,29	538,33	531,66	527,39	525,23	517,04	510,81	:
Belgium	577,43	572,56	573,99	570,15	562,38	560,85	556,72	553,33	549,22	544,27	539,11	537,73
Bulgaria	743,11	772,86	779,29	777,53	791,46	797,89	816,07	827,64	837,38	849,19	864,39	:
Czechia	665,95	664,22	664,74	665,77	663,84	664,87	662,59	660,63	666,58	654,24	640,65	:
Denmark	290,51	:	:	249,07	251,82	253,41	248,97	248,40	240,94	237,50	232,81	222,50
Germany	804,10	802,63	800,25	799,74	796,74	797,26	791,48	781,82	776,02	771,97	766,45	:
Estonia	487,76	486,03	478,71	465,42	458,02	452,51	453,01	446,33	439,47	419,10	411,59	:
Ireland	239,60	242,68	277,92	284,23	289,03	293,00	285,60	285,97	285,04	287,92	289,41	:
Greece	433,68	430,41	428,41	422,14	422,09	420,09	415,22	419,88	423,82	426,07	424,06	:
Spain	294,45	293,86	294,05	293,84	295,36	296,39	294,71	295,56	295,92	294,13	288,06	:
France	613,44	610,26	606,14	600,24	593,33	587,48	579,83	570,96	560,46	548,33	540,22	:
Croatia	628,24	630,41	589,84	577,45	576,46	578,53	583,13	585,78	578,03	583,78	565,45	:
Italy	333,48	326,31	324,43	321,51	321,90	317,22	316,28	318,56	312,39	308,76	304,10	:
Cyprus	330,04	327,12	325,21	327,79	318,25	311,06	308,48	314,27	311,21	308,23	298,21	:
Latvia	607,98	587,46	586,52	583,76	563,13	551,42	542,32	528,56	516,43	502,88	495,99	:
Lithuania	769,08	757,41	719,58	682,49	659,55	640,96	630,82	597,86	603,80	568,05	548,37	:
Luxembourg	457,73	457,90	460,18	456,76	452,85	446,33	426,45	419,40	414,33	399,48	393,89	:
Hungary	717,72	710,39	709,70	708,36	708,25	700,48	696,19	681,31	684,12	668,04	650,80	:
Malta	412,60	404,49	414,02	431,47	425,79	423,56	410,39	438,22	414,75	406,32	397,29	:
Netherlands	359,05	345,99	342,07	336,13	324,82	317,50	302,10	291,13	295,23	244,93	231,08	:
Austria	731,76	731,65	735,29	731,91	731,53	725,66	718,90	705,10	691,47	671,75	660,40	:
Poland	662,01	663,38	663,71	663,99	662,41	653,73	617,45	625,38	640,17	629,49	627,10	:
Portugal	343,33	334,08	337,64	339,06	338,25	342,66	348,57	346,84	348,74	343,15	338,00	:
Romania	686,88	688,24	693,15	694,14	695,35	698,92	709,75	712,12	720,56	727,71	728,43	:
Slovenia	450,62	449,61	447,64	445,29	446,83	441,30	443,21	427,79	424,94	412,11	404,77	:
Slovakia	576,40	575,15	571,92	576,32	580,85	569,24	576,11	568,18	567,46	569,13	566,05	:
Finland	479,31	448,68	425,32	395,31	374,78	356,40	339,29	274,69	278,94	261,51	259,51	:
Sweden	243,34	240,53	233,67	226,87	217,46	212,18	207,03	204,61	200,23	189,96	187,41	:
Iceland	292,16	289,92	289,08	294,41	294,69	284,04	280,12	284,07	274,35	263,87	257,22	:
Liechtenstein	158,95	158,95	156,34	156,34	237,12	101,62	145,22	228,79	227,15	225,36	223,36	:
Norway	367,85	370,69	366,09	362,09	356,65	351,28	348,16	340,16	339,98	334,83	329,90	:
Switzerland	459,15	453,67	458,49	459,41	460,29	461,13	459,34	448,07	443,35	442,07	436,64	:
Montenegro	388,31	393,13	393,13	393,13	386,22	391,36	385,67	385,80	381,78	380,92	382,30	:
North Macedonia	444,62	439,57	438,79	437,11	428,01	421,83	426,30	429,86	449,01	:	:	:
Albania	288,97	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Serbia	565,73	565,71	568,57	566,62	565,46	565,77	568,97	570,17	576,57	584,02	602,47	:
Türkiye	246,37	252,23	255,66	265,56	275,43	282,81	287,61	301,23	302,44	308,53	312,44	:

In termini di posti letto per l'assistenza a lungo termine nelle strutture di assistenza infermieristica e in altre strutture residenziali di assistenza a lungo termine, nel 2023, tra i 26 paesi per i quali sono disponibili i dati, i tassi più elevati sono stati registrati nei Paesi Bassi (1.400 posti letto per l'assistenza a lungo termine ogni 100.000 persone), in Svezia (1.315) e in Belgio (1.250).
La Grecia (20 posti letto in strutture di assistenza a lungo termine ogni 100.000 persone) e la Bulgaria (26) hanno registrato i tassi più bassi, seguite dalla Polonia (222). L'Italia è quintultima con 512.

TIME	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
GEO (Labels)												
Belgium	134.765	137.140,00	139.782,00	143.178,00	144.817,00	146.591,00	148.132,00	147.967,00	147.594,00	149.827,00	147.302	147.983,00
Bulgaria	3.125,00	3.158,00	2.394,00	2.193,00	2.177,00	2.084,00	1.912,00	1.933,00	1.775,00	1.679,00	1.670,00	:
Czechia	68.012,00	68.995,00	69.964,00	72.013,00	72.834,00	73.427,00	74.208,00	75.174,00	75.324,00	76.795,00	77.392,00	:
Denmark	49.527,00	49.896,00	50.367,00	51.001,00	43.264	43.169,00	43.054,00	43.454,00	43.308,00	43.554,00	43.947,00	43.806,00
Germany	902.882,00	:	928.939,00	:	952.367,00	:	999.553,00	:	984.688,00	986.820	988.951,00	:
Estonia	10.375	8.054	8.540,00	8.742,00	8.967,00	9.244,00	10.295,00	10.580,00	11.198,00	11.582,00	12.041,00	:
Ireland	27.827,00	28.705	30.106,00	30.396,00	30.732,00	31.251,00	32.071,00	32.104,00	31.842,00	31.674,00	32.155,00	32.169,00
Greece	2.580,00	2.414	2.535,00	2.490	2.201,00	2.296	2.390,00	2.331	2.272,00	2.174	2.075,00	:
Spain	371.084	377.920	381.333	383.995	386.873	391.475	399.417	399.046	407.085	407.947	406.948	:
France	634.523,00	642.168,00	649.554,00	653.013,00	656.307,00	658.713,00	660.608,00	659.416,00	664.169,00	665.058,00	666.328	:
Croatia	8.846,00	9.503,00	8.067	8.916,00	8.038,00	8.439,00	8.575,00	9.251,00	9.240,00	9.213,00	21.287	:
Italy	234.008	239.090	244.395	244.928	251.701	271.580	278.648,00	277.532,00	281.704,00	299.452,00	302.076	:
Cyprus	:	:	:	:	:	:	3.535,00	3.294,00	3.243,00	2.609,00	3.404,00	:
Latvia	7.588,00	5.603	5.398	5.374	5.326	5.184	5.209	4.879	4.887	4.865	4.641	:
Lithuania	18.893,00	18.856,00	19.155,00	20.091,00	20.543,00	20.807,00	21.252,00	21.409,00	21.463,00	21.875,00	21.431,00	:
Luxembourg	:	6.580	6.894,00	6.858,00	6.965,00	7.058,00	7.139,00	7.211,00	7.317,00	7.583,00	7.714,00	7.844,00
Hungary	83.896,00	84.016,00	84.455,00	84.155,00	84.209,00	84.598,00	84.766,00	85.369,00	84.853,00	84.630,00	84.555,00	:
Malta	4.301	4.460,00	4.635,00	4.732,00	5.097,00	5.605,00	5.676,00	6.456,00	6.675,00	6.588,00	6.617,00	:
Netherlands	239.206,00	239.887,00	235.253,00	234.372,00	234.820,00	237.125,00	239.074,00	239.609,00	255.506	251.405,00	250.330,00	:
Austria	66.045	66.461	66.690	67.265	76.108	78.349	76.560	77.867	78.456	78.898	79.058	:
Poland	68.330,00	70.277,00	71.653,00	72.460,00	74.178,00	75.200,00	76.090,00	73.684,00	76.024,00	78.632,00	81.317,00	:
Romania	27.301,00	28.049,00	37.727	38.358,00	38.902,00	39.170,00	39.904,00	40.796,00	40.523,00	43.509,00	44.433,00	:
Slovenia	20.218,00	20.224,00	20.537,00	20.602,00	20.718,00	21.063,00	21.150,00	21.321,00	21.573,00	23.584	23.932,00	:
Slovakia	35.932,00	37.536,00	40.202,00	40.676,00	40.988,00	42.150,00	42.487,00	42.436,00	43.015,00	42.528	42.886,00	:
Finland	61.575	63.111	64.705	66.140	65.547	65.983	65.287	67.427	64.298	63.505	64.972	:
Sweden	127.230	134.208	134.985,00	137.335,00	136.128,00	137.859,00	138.264,00	133.024,00	134.937,00	136.038,00	138.581,00	:
Iceland	2.503,00	2.585,00	2.596,00	2.628,00	2.634,00	2.648,00	2.893,00	2.675,00	:	:	2.988,00	2.995,00
Liechtenstein	282,00	273,00	281,00	281,00	281,00	297,00	295,00	311,00	311,00	311,00	323,00	:
Norway	41.441,00	41.310,00	40.708,00	40.494,00	40.401,00	40.126,00	39.963,00	39.615,00	39.305,00	39.337,00	39.977,00	:
Switzerland	94.600,00	95.669,00	96.563,00	97.127,00	99.242,00	99.622,00	100.356,00	100.694,00	100.856,00	100.645,00	100.727,00	:
North Macedonia	930,00	915,00	915,00	983,00	983,00	945,00	1.003,00	1.003,00	1.003,00	:	:	:
Albania	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Serbia	14.964,00	19.654	19.795,00	19.932,00	20.464,00	20.314,00	23.402,00	23.456,00	24.442,00	24.791,00	26.503,00	:
Türkiye	45.225,00	46.693,00	49.588,00	52.452,00	57.549,00	62.215,00	68.121,00	72.690,00	75.217,00	77.350,00	78.945,00	80.640

TIME	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
GEO (Labels)												
Belgium	1.176,42	1.197,15	1.220,22	1.249,86	1.264,17	1.279,65	1.289,34	1.282,36	1.273,88	1.282,74	1.250,45	1.252,28
Bulgaria	46,89	47,39	35,92	32,91	32,67	31,27	28,90	29,51	27,28	25,97	25,91	:
Czechia	638,62	647,85	656,95	676,19	683,90	689,47	695,36	709,56	716,98	719,59	712,37	:
Denmark	853,02	858,37	867,49	878,41	745,15	743,51	740,47	745,17	739,46	737,82	738,98	734,85
Germany	1.087,56	:	1.118,94	:	1.147,16	:	1.166,83	:	1.183,58	1.186,40	1.187,40	:
Estonia	783,13	607,93	644,62	659,86	676,85	697,76	775,87	795,77	841,37	868,66	878,72	:
Ireland	563,26	581,04	609,39	615,26	622,07	632,57	644,45	637,02	623,06	607,62	605,38	601,10
Greece	24,06	22,51	23,64	23,22	20,52	21,40	22,29	21,79	21,50	20,83	19,94	:
Spain	790,86	805,47	812,75	818,42	824,56	834,36	847,69	842,59	858,04	853,69	841,63	:
France	942,96	954,32	965,30	970,44	975,33	978,91	980,39	975,45	978,01	975,38	974,56	:
Croatia	222,90	239,45	203,27	224,66	202,54	212,64	217,03	236,40	238,29	238,89	551,99	:
Italy	391,21	399,70	408,57	409,46	420,79	454,02	463,17	466,92	476,39	507,43	512,13	:
Cyprus	:	:	:	:	:	:	394,39	366,32	360,19	281,48	355,43	:
Latvia	395,21	291,83	281,15	279,90	277,40	270,00	272,18	256,73	259,33	258,86	247,20	:
Lithuania	671,82	670,51	681,14	714,42	730,50	739,88	756,01	761,79	764,25	772,52	746,31	:
Luxembourg	:	1.071,85	1.123,00	1.117,13	1.134,56	1.149,71	1.151,45	1.143,84	1.143,17	1.161,07	1.157,51	1.167,18
Hungary	864,88	866,12	870,65	857,55	868,11	872,12	874,34	882,78	881,05	881,10	881,50	:
Malta	872,47	904,72	940,22	959,90	1.033,94	1.136,99	1.126,39	1.252,40	1.288,24	1.240,42	1.197,11	:
Netherlands	1.384,12	1.388,06	1.361,25	1.356,15	1.358,74	1.372,08	1.378,36	1.373,79	1.457,28	1.420,29	1.400,28	:
Austria	745,53	750,23	752,81	759,30	859,13	881,85	862,17	873,26	876,04	872,59	865,75	:
Poland	179,94	185,07	188,70	190,82	195,35	198,04	200,42	198,41	205,57	213,55	221,85	:
Romania	140,62	144,47	194,32	197,57	200,38	201,76	205,99	211,76	211,92	228,41	233,11	:
Slovenia	971,80	971,88	986,92	990,05	995,62	1.012,20	1.012,74	1.014,12	1.023,35	1.116,63	1.128,62	:
Slovakia	659,25	688,68	737,59	746,29	752,02	773,33	778,99	777,38	789,67	782,95	790,27	:
Finland	1.115,91	1.143,75	1.172,63	1.198,64	1.187,89	1.195,80	1.182,39	1.219,40	1.160,40	1.142,98	1.163,56	:
Sweden	1.243,67	1.311,88	1.319,48	1.342,45	1.330,65	1.347,57	1.345,13	1.284,83	1.295,50	1.297,21	1.315,23	:
Iceland	701,14	724,11	727,19	736,15	737,83	741,76	746,89	729,95	:	:	774,77	780,83
Liechtenstein	682,68	711,35	732,19	732,19	732,19	773,88	764,99	799,47	793,74	787,49	810,62	:
Norway	777,77	775,31	764,01	759,99	758,25	753,09	747,27	736,41	726,75	720,84	724,27	:
Switzerland	1.107,14	1.119,65	1.130,12	1.136,72	1.161,47	1.165,92	1.170,29	1.165,69	1.158,66	1.148,68	1.133,19	:
North Macedonia	45,06	44,26	44,20	47,43	47,38	45,52	48,30	48,39	51,36	:	:	:
Albania	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Serbia	214,88	282,23	284,26	286,22	293,86	291,71	336,95	339,99	357,84	368,96	400,16	:
Türkiye	55,15	56,94	60,47	63,98	70,18	75,87	82,49	87,17	89,39	91,02	92,52	94,48
Special value												
not available												

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=130949

quotidianosanità.it

Emergenza Pronto Soccorso. In Italia mancano almeno 3.500 medici, il 17% dei turni è scoperto. L'indagine della Simeu

L'indagine nazionale della Società Italiana di Medicina d'Emergenza Urgenza rivela un quadro allarmante: coperto solo il 62% del fabbisogno di organico con medici Ssn, il resto affidato a cooperative, libero-professionisti e specializzandi. Ma un turno su sei resta del tutto scoperto. Maggiori criticità nei DEA di I livello e nei pronto soccorso periferici, con carenze superiori al 50%. Simeu: "Serve una riforma strutturale e investimenti immediati per evitare il collasso del sistema".

Carenze croniche, turni scoperti e un sistema che si regge sempre più su soluzioni tampone. Nei Pronto Soccorso italiani mancano all'appello almeno 3.500 medici, pari al 38% del fabbisogno complessivo. Di questi, il 17% non è coperto in alcun modo, con turni lasciati scoperti o affidati a pochi medici già allo stremo. Non meno di 550 medici sono del tutto assenti e non sostituiti con alcuna soluzione contrattuale. Poco più della metà delle carenze (57%) è rimpiazzata da medici con differenti fattispecie contrattuali: cooperative 18%, libero-professionisti 16%, prestazioni aggiunte 15%, specializzandi in libera professione 8%.
È il quadro allarmante che emerge dall'indagine nazionale della Società Italiana di Medicina d'Emergenza-Urgenza (SIMEU), condotta in 153 strutture di Medicina d'Emergenza Urgenza distribuite sul territorio nazionale, corrispondenti a oltre 7milioni di accessi nel 2024, pari a più del 37% del totale degli accessi di Pronto Soccorso (circa 19.000.000 nel 2024). Obiettivo: fotografare la reale situazione del personale medico che opera attualmente nei Pronto Soccorso italiani sotto il profilo quantitativo e qualitativo.
La fotografia scattata da Simeu mostra un'Italia a più velocità: nei Dea di I livello la carenza raggiunge il 43%, mentre nei Pronto Soccorso più periferici tocca il 55%. E se il Nord segna un vuoto del 36%, il Mezzogiorno sprofonda oltre il 42%. Per tenere in piedi il sistema si ricorre a cooperative, contratti libero-professionali, specializzandi e prestazioni aggiuntive, ma senza una riforma strutturale – avverte Simeu – il sistema rischia il collasso. E il conto lo pagano medici e pazienti.

Vediamo nel dettaglio i risultati emersi.
Il campione sotto la lente è composto per il 26% da DEA di II livello, per il 57% da DEA di I livello, e per il 17% da Pronto Soccorso, è rappresentativo per numerosità e qualità, ma i dati che ne emergono, avverte la Simeu, potrebbero essere sottostimati a causa della minor presenza nel campione delle strutture più piccole, più periferiche, con difficoltà operative maggiori rispetto a strutture più centrali e di maggiori dimensioni, che sono state meno raggiungibili dall'indagine.

Copertura degli organici con medici dipendenti dal Ssn
Rispetto al totale dei Dirigenti Medici necessari al corretto funzionamento dei reparti: solo il 62% è coperto con Dirigenti dipendenti del Ssn. Il restante 38% è coperto da altre figure professionali o del tutto scoperto. Proiettando i dati sul totale nazionale emerge che a fronte di circa 9mila medici necessari solo 5.500 sono presenti: mancano non meno di 3.500 Dirigenti Medici.
"Il dato è in linea con precedenti rilevazioni di Simeu ed è certamente sottostimato per varie ragioni - ha detto **Alessandro Riccardi**, Presidente nazionale Simeu - tra le principali le maggiori carenze accusate da strutture più piccole che sfuggono alla rilevazione odierna. Si osserva inoltre che le esigenze variano in funzione della presenza o meno di letti di degenza all'interno delle strutture - Medicina d'Urgenza e Terapia Semintensiva - che non sono incluse in questa indagine. Il 38% di carenze organiche è comunque un dato pesantissimo, che ripropone il tema della qualità e dell'attrattività del lavoro in Medicina d'Emergenza Urgenza."
La carenza di medici calcolata è pari a: > 25% nei DEA di II livello, > 43% nei DEA di I livello > 55% nelle strutture di Pronto Soccorso.
Inoltre il dato da non sottovalutare è che, sotto il profilo della distribuzione geografica, le carenze si rivelano pari al 36% nelle regioni settentrionali e non inferiori al 42%, con punte decisamente più alte, nel resto d'Italia.
Secondo **Mirko Di Capua**, Segretario nazionale SIMEU: "In termini assoluti le carenze maggiori si registrano nei DEA di II livello, che hanno necessità di organici ben più numerosi. Ma il dato percentuale, enorme, delle carenze nelle strutture più periferiche rivela una condizione allarmante: la rete dell'Emergenza Urgenza dovrebbe necessariamente essere capillare e molto efficiente anche in periferia, dove invece le difficoltà in termini di governo delle strutture ed erogazione del servizio si stanno rivelando tremende".
"Ancora una volta si pone un tema cruciale di equità del servizio, che coinvolge pesantemente le regioni meridionali e le aree interne". Aggiunge **Giovanni Noto** dell'Ufficio di presidenza nazionale Simeu.
Nel campione esaminato circa il 20% dei Dirigenti medici attualmente in servizio è rappresentato da specialisti in Medicina d'Emergenza Urgenza: su questo punto si segnala la verosimile sovrastima del dato, se proiettato a livello nazionale, a causa delle già descritte limitazioni.

Il 9,5% dei Dirigenti dipendenti del Ssn è costituito da specializzandi Meu assunti secondo il decreto Calabria, mentre il 2% da specializzandi assunti secondo l'articolo 2-ter.
"Il fatto che circa il 12% della forza lavoro nei Pronto Soccorso sia oggi costituito da specializzandi con contratto di dipendenza a tempo pieno dal Ssn non può più essere ignorato - ha sottolineato **Alessandra Iorfida**, Coordinatrice Area Specializzandi della società scientifica, commenta - è il segnale evidente che l'attuale modello di formazione post-laurea è superato. Serve una riforma strutturale."

Come viene coperta la carenza di medici dipendenti dal Ssn

I dati che seguono si riferiscono al totale delle **carenze del 38% dei Dirigenti Medici mancanti per il corretto funzionamento dei reparti**. Tale valore rapportato a **100 viene descritto attraverso** le soluzioni messe in campo nella tabella che segue:

Tipologie di contratti	*% carenze*	*% necessità organiche totali*
"**Equivalenti medici"** forniti da società di servizi (**cooperative**)	18%	7%
Medici con contratto libero-professionale stipulato direttamente con le Aziende	16%	6%
Prestazioni aggiuntive fornite da Dirigenti Medici strutturati	15%	6%
Specializzandi con contratto libero - professionale	8%	3%

Dall'analisi, sintetizzata nella tabella, emerge con forte evidenza che solo il 57% delle carenze (somma dei singoli valori) viene coperto attraverso soluzioni contrattuali di vario tipo, mentre non risultano soluzioni per il restante 43% delle necessità.
Questa quota - pari al 17% dei bisogni di organico totali - è coperta con turni straordinari dei Dirigenti Medici non inclusi nelle prestazioni aggiuntive o semplicemente lasciata scoperta, producendo un ulteriore aggravio di lavoro sui medici del Ssn che lavorano in turni numericamente insufficienti.
Secondo **Fabio De Iaco**, Past president Simeu: "Il dato del 17% di necessità non coperte, nonostante tutte le soluzioni messe in campo, descrive bene l'affanno nel quale continuano a operare i Pronto Soccorso nazionali. A questa condizione di base si sovrappone il noto fenomeno del boarding, che produce a sua volta un netto incremento del carico lavorativo per ogni Dirigente medico in quanto assorbe il 30% - 40% delle risorse interne ai Pronto Soccorso. Le conseguenze in termini di disagio dei pazienti e di stress psico-fisico degli operatori sono evidenti a tutti."

Cooperative e società di servizi Le società di servizi, comunemente note come Cooperative, sono presenti nel 32% del campione, diffuse su tutto il territorio nazionale: uniche regioni che non fanno ricorso a cooperative: Sicilia e Toscana.

Pur in una sensibile variabilità locale, sulla media nazionale le cooperative forniscono un numero di "equivalenti medici" – ossia numero virtuale di medici calcolato sulla base delle ore fornite - pari al 18% delle carenze e 7% del totale delle necessità di organico.
Gli "equivalenti medici" sono stati calcolati rapportando il numero di ore di turno mediamente coperto dai medici delle cooperative con l'orario di servizio di un Dirigente Medico dipendente del Ssn.
E' stato calcolato come, in ottemperanza alle attuali indicazioni, i contratti delle Aziende con le Cooperative saranno in scadenza:

- nel 42% dei casi entro i prossimi 3 mesi
- nel 26% dei casi entro i prossimi 6 mesi
- nel 32% dei casi entro i 12 mesi

La Coordinatrice nazionale Area infermieristica di Simeu **Antonella Cocorocchio** rileva: "A livello nazionale una struttura su tre fa ancora ricorso alle cooperative nonostante i correttivi apportati dal Governo. Si pone il problema - in alcuni casi urgentissimo - di capire come sopperire alle esigenze che inevitabilmente si creeranno in vista della non prorogabilità dei contratti stabilita per decreto. La scadenza dei contratti, in molti casi imminente, apre scenari di ulteriore incertezza cui sarebbe davvero necessario dare risposte in tempi brevissimi."
Altre soluzioni contrattuali I dati emersi dall'indagine, indicati nella tabella precedentemente allegata, dimostrano **la frammentazione delle soluzioni contrattuali messe in campo per fronteggiare le carenze organiche.**

- Le società di servizi (Cooperative) apportano un contributo medio (18%) che è di poco superiore ad altre due fattispecie, quella dei libero-professionisti con contratto stipulato direttamente con le aziende e quella delle prestazioni aggiuntive eseguite da Dirigenti dipendenti del SSN.
- I contratti libero-professionali provvedono alla copertura del 16% delle carenze organiche: va sottolineato che ogni singolo contratto vale mediamente, in termini orari, il 40% del servizio garantito da un Dirigente dipendente. In pratica si può affermare che, per sostituire la carenza di un Dirigente interno al SSN servono due medici e mezzo con contratto libero professionale.
- Le prestazioni aggiuntive eseguite da Dirigenti dipendenti del SSN, che provvedono a coprire il 15% delle carenze, sono garantite per il 72% da Dirigenti interni, appartenenti alla stessa struttura di Medicina d'Emergenza Urgenza, e per il 28% da esterni, provenienti da altre strutture.
- L'apporto dei medici Specializzandi in libera professione si rivela inevitabilmente inferiore, in termini orari, rispetto ad altre soluzioni, e comunque provvede alla copertura dell'8% delle carenze, corrispondente al 3% delle necessità totali. Dal nostro punto di vista la possibilità della libera professione per gli specializzandi, messa in campo da un paio d'anni, è positiva soprattutto sotto il profilo del progressivo avviamento alla professione dei medici in formazione post-laurea e andrebbe ulteriormente potenziata.

"La frammentazione delle figure professionali chiamate ad agire all'interno dei Pronto Soccorso - ha sottolineato **Mario Guarino**, Vice-presidente nazionale SIMEU, afferma che rende estremamente difficile - impossibile in molti casi - provvedere a un corretto governo delle strutture e soprattutto garantire lo stesso livello di assistenza e cura in tutti i momenti dell'attività. Pur avendo chiaro l'obiettivo di riportare l'Emergenza-Urgenza nell'esclusiva competenza degli operatori del Ssn e agli specialisti MEU, allo stato attuale in mancanza di un progetto di correzione strutturale e operativa ragionato, purtroppo non siamo in grado di privarci di nessuna delle componenti che concorrono al servizio."

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=130834

quotidianosanità.it

Boom di malattie professionali e infortuni in itinere. L'Inail traccia il bilancio 2024 e punta su prevenzione, riabilitazione e sostegno alle imprese

Le patologie lavoro-correlate crescono del 21,8%: 88mila denunce nel 2024 rispetto alle quasi 73mila del 2023, il dato più elevato degli ultimi 50 anni. Circa 58mila le persone colpite, in aumento del 18,7%. Stabili gli infortuni e i casi mortali denunciati. Crescono gli infortuni in itinere: più di quattro decessi su 10 "fuori azienda"

Nel 2024 le malattie professionali hanno raggiunto il livello più alto degli ultimi cinquant'anni, mentre gli infortuni sul lavoro restano stabili ma con un aumento significativo dei casi "fuori azienda", soprattutto nei tragitti casa-lavoro.

È il quadro che emerge dalla Relazione annuale dell'Inail, che descrive l'andamento di infortuni e malattie professionali, traccia il bilancio delle principali attività svolte dall'Istituto negli ambiti dell'assicurazione, della prevenzione, della sanità, della ricerca e degli investimenti, e identifica le sfide strategiche per il futuro. Strategie sempre più incentrare sulla promozione della salute nei luoghi di lavoro, rafforzando l'offerta di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, gli investimenti in prevenzione, riabilitazione e innovazione tecnologica.

Infortuni sul lavoro: stabili i numeri, crescono gli eventi "fuori azienda", più di quattro decessi su 10.

Nel 2024 le denunce di infortunio sono rimaste sostanzialmente stabili (+0,4%), toccando quota 593.000, con un lieve calo tra i lavoratori (-1%, da 519mila a 515mila) ma un aumento tra gli studenti (da 8 a 13), anche per effetto dell'ampliamento della copertura Inail ai percorsi scolastici PCTO. I casi mortali tra i lavoratori sono stati 1.202 stabili rispetto al 2023, con una tendenza crescente nei tragitti casa-lavoro (incidenti "in itinere"), che rappresentano oltre il 42% dei decessi. Gli infortuni in itinere sono tornati ai livelli pre-pandemia (+3,1%, da 97.939 a 101mila), un dato che richiama l'attenzione su nuovi rischi legati alla mobilità e ai cambiamenti organizzativi del lavoro.

Malattie professionali ai massimi storici: +22% in un anno

Con 88mila denunce, il 2024 segna il numero più alto degli ultimi 50 anni per patologie lavoro-correlate. Un dato in crescita del 21,8% rispetto alle quasi 73mila denunce del 2023. L'aumento, spiega Inail, è legato sia all'estensione delle malattie riconosciute che a una maggiore consapevolezza dei lavoratori. I soggetti coinvolti sono stati 58mila (+18,7%), molti dei quali colpiti da più patologie. Si conferma quindi la necessità di rafforzare la prevenzione anche su malattie di lunga latenza, come quelle muscolo-scheletriche e da esposizione prolungata a sostanze nocive.

Un sistema che premia la prevenzione e investe sul capitale umano

L'Inail ha potenziato il sistema di incentivi alle imprese virtuose con il bando ISI 2024, che ha stanziato 600 milioni di euro per progetti di salute e sicurezza sul lavoro, privilegiando le PMI, i settori strategici del Made in Italy e la bonifica dell'amianto. Oltre 30.000 imprese hanno già beneficiato di riduzioni del tasso di premio per un valore di quasi 200 milioni di euro. Parallelamente, sono stati stanziati 24 milioni per la formazione su rischi emergenti come cambiamento climatico, stress lavoro-correlato e nuova mobilità.

Prestazioni sanitarie e socio-sanitarie: una rete a supporto della fragilità

Oltre alle prestazioni economiche, l'Inail conferma un forte impegno socio-sanitario. Il network riabilitativo e protesico ha fornito nel 2024 oltre 749mila prestazioni a a poco meno di 20mila assistiti per una spesa di quasi 13 milioni di euro, due in più rispetto al 2023. Rafforzata la rete dei punti assistenza con l'attivazione del centro di Cagliari che si aggiunge al Centro protesi Inail di Vigorso di Budrio, alle filiali di Roma e Lamezia Terme, al Centro di riabilitazione motoria di Volterra e agli ambulatori di fisiokinesiterapia. Erogate circa 163mila prestazioni riabilitative, più di cinquemila prestazioni di assistenza protesica e oltre quattromila prestazioni di fornitura di ausili per la mobilità e altri dispositivi tecnici.Il valore delle prestazioni socio-sanitarie è stato

sottolineato anche dal presidente Inail Fabrizio D'Ascenzo come "vera identità del nuovo Inail", sempre più orientato alla protezione integrata della persona.

Reinserimento e disabilità da lavoro: 20.000 i lavoratori coinvolti nei progetti

Nel 2024 sono proseguiti i programmi per l'abbattimento delle barriere architettoniche e l'adattamento dei posti di lavoro, ma anche le iniziative per la riqualificazione professionale. La seconda edizione del bando per la formazione ha raccolto ampia adesione, coinvolgendo 19.600 destinatari. Al fianco del Comitato Italiano Paralimpico, l'Inail ha sostenuto anche la promozione dell'attività sportiva per disabili da lavoro, con oltre 1.300 partecipanti.

Edilizia sanitaria e scolastica: 8,7 miliardi per progetti ad alta utilità sociale

Confermato e ampliato dal Ministero della Salute il piano per l'edilizia sanitaria, per un valore di 8,7 miliardi. Consegnati anche i primi edifici scolastici realizzati da Inail. Tra gli investimenti, anche l'acquisto di un'area dal Campus Bio-Medico di Roma dove sorgerà il nuovo dipartimento Inail di medicina del lavoro.

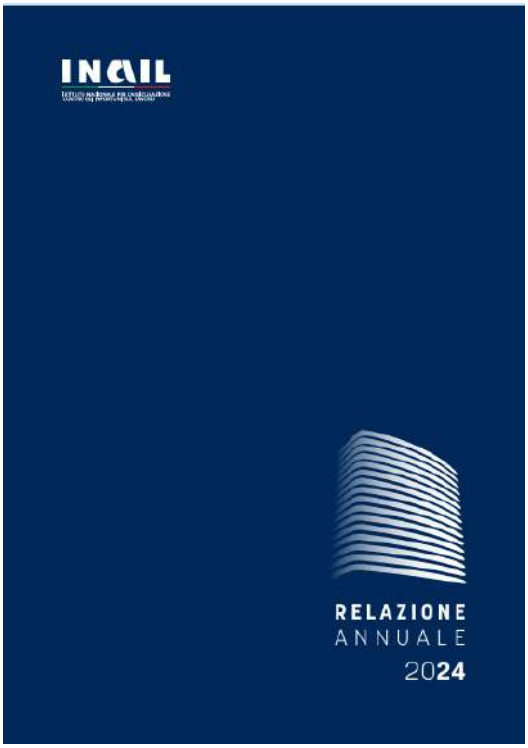
Ricerca, IA e formazione per un futuro più sicuro

L'intelligenza artificiale è ormai integrata in tutte le linee di ricerca dell'Istituto, anche nei progetti condotti in collaborazione con CNR e IIT, su temi come robotica, nanotecnologie, sensori ambientali e stress termico. La cultura della sicurezza passa anche per la scuola: nel 2025, grazie al sostegno Inail, la sicurezza sul lavoro è diventata materia di educazione civica.

Verso una nuova strategia nazionale per la prevenzione

Inail guarda avanti, con l'obiettivo di contribuire alla definizione di una strategia nazionale della prevenzione basata su un approccio a rete, potenziando organici, adeguando le prestazioni e rafforzando la cultura della sicurezza a partire dai più giovani. Con un avanzo di bilancio di oltre 2,6 miliardi di euro, l'Istituto si conferma in salute anche sul piano finanziario e pronto ad affrontare le sfide del lavoro che cambia.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=130742



https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1751612042.pdf

24 ORE Salute

Dove vanno gli italiani per le cure più complesse? Ecco i top 21 ospedali

Lo sbilanciamento incentiva i cosiddetti "viaggi della speranza", lo spostamento cioè di centinaia di migliaia di pazienti. Ma ora il ministero della Salute vuole correre ai ripari

di Marzio Bartoloni

La spina dorsale dei grandi ospedali italiani si ferma a Roma. I maxi poli di eccellenza della nostra Sanità che curano più pazienti e gestiscono i casi più complessi attirando italiani dalle altre Regioni restano concentrati al Centro Nord. Secondo l'ultima mappa messa a punto utilizzando tra le altre cose gli ultimi dati delle Sdo, le schede di dimissioni ospedaliere al 2023, su 21 "super ospedali" tra pubblici e convenzionati con il Ssn, soltanto due sono al Sud ben 12 al Nord e 7 al Centro.

Una mappa, questa, che aggiorna quella pubblicata l'anno scorso dal ministero della Salute e che utilizzando gli stessi due indicatori (complessità dei casi trattati per Drg e attrattività dei pazienti attraverso la mobilità) vede fare la parte del leone alla Lombardia con ben cinque strutture, di cui tre con i punteggi più alti e cioè il **Galeazzi**, l'**Humanitas** e il **San Raffaele** tutti di Milano e dopo l'emiliano **Sant'Orsola** spiccano anche i tre ospedali veneti (Aou **Verona**, **Sacro cuore Don Calabria** e **Aou Padova**), i tre toscani (**Aou pisana**, **Aou senese** e il **Careggi di Firenze**), i tre ospedali di Roma (**Gemelli**, **Campus Biomedico** e **San Camillo**) oltre ai due piemontesi (**Mauriziano** e Aou di **Alessandria**). Mentre sotto la Capitale si segnalano solo due super ospedali tra quelli con più dimissioni ospedaliere che eccellono in base al mix dei due indicatori (complessità dei casi e attrattività) e cioè l'**azienda ospedaliera dei Colli di Napoli** e la **Casa sollievo della sofferenza di San Giovanni Rotondo** in Puglia.

LA TOP 21 DEI GRANDI OSPEDALI

Uno sbilanciamento, questo, che incentiva appunto i cosiddetti "viaggi della speranza", lo spostamento cioè di centinaia di migliaia di pazienti che ogni anno si muovono soprattutto dal Sud al Nord in cerca delle cure specialistiche di cui hanno bisogno, un fenomeno che solo nel 2023 ha sfiorato i 3 miliardi per valore dei ricoveri fuori Regione.

Ecco perché il ministero della Salute vuole correre ai ripari riequilibrando questa sproporzione con una attesa riforma confermata nei giorni scorsi dal ministro Orazio Schillaci a Radio24: "Quando parliamo di riforma strutturale del Ssn è chiaro che va fatta, dopo 47 anni deve essere ammodernato rispettando i principi base di universalità e gratuità delle cure. Abbiamo preparato due collegati alla finanziaria, uno che presenteremo a breve e riguarda il riordino delle professioni sanitarie e l'altro sul rafforzamento della rete ospedaliera e della rete territoriale, questo serve per rendere più efficiente il sistema".

Un restyling del Ssn, quest'ultimo, che partirà appunto dalla rete ospedaliera per arrivare alla riforma dei medici di famiglia e che potrebbe vedere la luce subito dopo l'estate sotto la forma di un Ddl delega: l'obiettivo è creare una rete di «ospedali nazionali di riferimento» di terzo livello che potranno contare sulle ultime grandi attrezzature mediche d'avanguardia e sul personale sanitario di cui hanno bisogno senza paletti e tetti alle assunzioni grazie ai finanziamenti che arriveranno direttamente da Roma e non più solo dalle Regioni a cui oggi afferiscono non senza qualche problema soprattutto lì dove c'è un piano di rientro.

https://www.ilsole24ore.com/art/ecco-quali-sono-21-super-ospedali-le-cure-piu-complesse-cinque-lombardia-e-solo-due-sud-AHit31hB?cmpid=nl_sanita24

Riformare la medicina generale. Parte I

***Campagna Primary Health Care Now or Never*.**

Campagna Italiana per un nuovo modello di Cure Primarie (1).

Il *Libro Azzurro* propone di trasformare questo impianto in una vera specializzazione universitaria di medicina generale, di comunità e delle cure primarie: con *teaching practice* nei servizi territoriali, formazione interprofessionale, studio dei determinanti sociali di salute, ricerca sul campo e apprendimento riflessivo. Solo così si costruisce una medicina generale, di comunità e delle cure primarie capace di abitare la complessità, non di inseguire protocolli.

In un momento in cui la riforma della medicina generale è al centro del dibattito pubblico è fondamentale ribadire che non può essere affrontata con un intervento isolato. Va invece inserita in una più ampia visione di sistema, orientata a una trasformazione profonda dell'intera assistenza territoriale. Serve una riforma strutturale, guidata da una vera "grammatica del cambiamento": coerente, concreta e capace di rispondere in modo integrato alle sfide attuali.

Troppo spesso il dibattito si arena su formule logore e polarizzazioni sterili, che deviano l'attenzione dai veri nodi della trasformazione necessaria. Si rincorrono mantra screditanti, come: "Le Case della Comunità sono solo edifici vuoti che il PNRR vuole riempire, non hanno alcun significato", oppure si alimentano paure disorganiche, come: "Bisogna colmare i debiti orari, ma non è chiaro facendo cosa, né dove trovare altro tempo". Anche la discussione sul contratto del medico di medicina generale – tra convenzione e dipendenza – tende a ridursi a una contrapposizione ideologica, come se la scelta di uno status giuridico[1] potesse, da sola, risolvere le criticità strutturali dell'assistenza territoriale. In realtà, la riforma dello status giuridico è uno strumento, necessario ma non sufficiente, per avviare una trasformazione più ampia e sistemica.
Come Campagna *PHC Now or Never*[2], in questo articolo vogliamo evidenziare come la proposta contenuta nel *Libro Azzurro*[3] offra una visione capace di incidere concretamente sull'agire quotidiano nel territorio, con particolare attenzione al ruolo del medico di medicina generale, oggi al centro del confronto.

In un clima spesso polarizzato, i MMG rischiano di sentirsi più nel mirino che protagonisti del cambiamento. Eppure, una riforma autentica non si costruisce a colpi di slogan: richiede una nuova grammatica del lavoro sanitario, fondata su relazioni solide, organizzazione evoluta e visione sistemica dell'assistenza. Rilanciamo qui la visione delineata nel *Libro Azzurro* per affermare che una riforma reale delle Cure Primarie richiede molto di più: un ripensamento profondo dei modelli, dei ruoli, degli immaginari e, soprattutto, una trasformazione del sistema in cui tali ruoli sono inseriti, riconosciuti e messi nelle condizioni di lavorare – bene – insieme.

Il medico di medicina generale: non il centro ma snodo chiave

Nel modello proposto dal *Libro Azzurro*[3], il medico di medicina generale non è il centro della riforma, ma uno snodo fondamentale per renderla possibile. Non si può innovare l'assistenza territoriale senza ridefinire il ruolo, la formazione e il posizionamento istituzionale del MMG. La dipendenza pubblica è per noi essenziale (ne parlammo già nel 2021[4]), ma non risolutiva di per sé. Siamo favorevoli al superamento della convenzione e al passaggio alla dipendenza pubblica, non come fine, ma come strumento di sistema per:

- collocare il lavoro del MMG dentro l'organizzazione pubblica del SSN, insieme agli altri operatori/operatrici delle cure primarie

- garantire tutela del lavoratore/delle lavoratrici come MMG (es. malattia, maternità, possibilità di part-time, ferie, TFR), corresponsabilità e orizzontalità tra professioni
- superare la logica prestazionale individuale in favore di un lavoro in équipe territoriale stabile
- migliorare la governance, e quindi anche la qualità, dei servizi di salute territoriali.

La dipendenza da sola non basta ma è condizione fondamentale per attuare il DM 77 che sancisce il superamento del modello di *primary medical care* (centrato sul medico) verso la primary health care.

Formare per trasformare: l'università nel territorio, con il territorio

Non si può parlare di riforma senza affrontare il nodo cruciale della formazione. Attualmente, il percorso formativo in medicina generale non è riconosciuto nella cornice di una scuola di specializzazione medica universitaria, bensì è organizzato a livello regionale, con regole gestionali poco trasparenti, una retribuzione inadeguata e obiettivi formativi non chiaramente definiti[5-6].

A quasi quarant'anni dalla sua istituzione, manca ancora un core curriculum nazionale allineato ai principi e ai valori europei, in grado di raccogliere e tradurre in pratica le prospettive che essi aprono. In più, il programma formativo non è integrato con il mondo universitario[7-8] e alla medicina generale non è riconosciuta la stessa dignità delle altre discipline nel corso di laurea in medicina e chirurgia[9-11]. Questo la rende marginale sia nella formazione dei futuri medici, sia nella produzione di sapere e ricerca, rendendo meno attrattivo il percorso per le nuove generazioni. Tutto ciò va superato. Riformare davvero la formazione significa costruire un'alleanza stabile tra servizi, comunità e università. Le Case della Comunità e i Distretti devono diventare luoghi di ricerca e formazione situata, con il coinvolgimento strutturato del mondo accademico e un approccio prassiologico legato ai contesti reali.

Il *Libro Azzurro*[3] propone di trasformare questo impianto in una vera specializzazione universitaria di medicina generale, di comunità e delle cure primarie: con *teaching practice* nei servizi territoriali, formazione interprofessionale, studio dei determinanti sociali di salute, ricerca sul campo e apprendimento riflessivo. Solo così si costruisce una medicina generale, di comunità e delle cure primarie capace di abitare la complessità, non di inseguire protocolli.

L'équipe come unità minima della riforma

Il cuore della riforma è l'équipe di base, non il singolo professionista. La presa in cura efficace e la risolutività degli interventi nelle Cure Primarie dipende strettamente dal lavoro integrato e in équipe. Il MMG lavora assieme a agenti di comunità, infermieri, psicologi, OSS, segretari clinici, assistenti sociali e specialisti. Ogni équipe:

- opera all'interno di una microarea
- condivide strumenti, dati e obiettivi
- interagisce con altri professionisti assegnati alla stessa popolazione
- si interfaccia con i cittadini attraverso il front office della Casa della Comunità

Prendersi cura diventa un processo condiviso, superando la logica della mera prestazione.

Microarea e coorte territoriale: cambiare il modello di presa in carico

Nel *Libro Azzurro*[3], la coorte degli assistiti non è basata sulla libera scelta, intesa come libero mercato dove il paziente è cliente-consumatore di prestazioni e visite. Al contrario, ogni persona è presa in carico da un équipe di riferimento all'interno della sua microarea geografica (4.000-10.000 residenti), secondo un'organizzazione che si basa sulla lettura di bisogni e risorse locali, e che programma risposte e percorsi di presa in cura coerenti. La relazione di fiducia non nasce da una scelta individuale isolata, ma si costruisce all'interno della comunità, di cui fanno parte sia le persone che i professionisti sanitari, e si fonda sulla continuità assistenziale e informativa[12-13]. La persona può cambiare équipe per incompatibilità, ma rimane dentro il sistema della sua comunità di appartenenza. Questo modello è più coerente con la logica del SSN: universale, equo, territoriale. Non è mercato, è salute pubblica.

Tuttavia, questa spinta riformatrice si confronta con un contesto politico contraddittorio e talvolta poco favorevole. Come osservato da diversi studiosi e operatori del settore[14], le attuali politiche governative non sembrano valorizzare appieno la cornice strategica delineata dal DM 77/2022[15].
Al contrario, si è affermata una visione orientata verso una progressiva privatizzazione dei servizi territoriali, spesso accompagnata dalla retorica delle "farmacie dei servizi" e da un indebolimento strutturale dell'offerta pubblica. Questo scenario rischia di depotenziare l'opportunità trasformativa offerta dal PNRR e di relegare ulteriormente la medicina generale ai margini del Servizio Sanitario Nazionale, proprio nel momento in cui sarebbe necessaria una sua piena rifondazione.

(1) Hanno contribuito a questo articolo, in ordine alfabetico: Andrea Canini, Alice Cicognani, Martina Consoloni, Viviana Forte, Fulvio Lonati, Andrea Maurizzi, Agostino Panajia e Elena Rubatto.
NB: La Parte II di "Riformare la medicina generale" sarà pubblicata il giorno mercoledì 16 luglio

Riferimenti

1. Istituzioni del federalismo. Rivista di studi giuridici e politici. I medici di medicina generale nella trasformazione del servizio sanitario nazionale, n.4 2024
2. https://2018phc.wordpress.com/campagna/
3. . Libro azzurro per la riforma delle Cure Primarie in Italia. disponibile qui https://sites.google.com/view/il-libro-azzurro-della-phc
4. Ecco perché siamo favorevoli alla dipendenza per le Équipe delle Cure primarie. disponibile su https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=99211
5. Forte, Viviana, et al. "How are future family doctors in Italy trained? Pilot descriptive study of Postgraduate Training in General Practice." Recenti Progressi in Medicina 113.10 (2022): 601-608.
6. Nobili, A., and L. Garattini. "The European mosaic of specialty training programmes in general practice." Recenti Progressi in Medicina 113.10 (2022): 583-586.
7. Il percorso di formazione specifica in medicina generale in Italia. Disponibile su https://www.saluteinternazionale.info/2016/02/il-percorso-di-formazione-specifica-in-medicina-generale-in-italia/
8. Cegolon, Luca, et al. "Improving Italian general practice training: the role of academia." BJGP open 1.2 (2017).
9. Cure primarie e servizi territoriali. Esperienze nazionali e internazionali. A cura di Gavino Maciocco. Carocci editore (2019)
10. Forte, Viviana, et al. "Making change: the new principles of the World organization of general medicine (Wonca 2022) and territorial medicine in Italy." Recenti Progressi in Medicina 114.11 (2023): 642-646
11. Parisi, Giuseppe, et al. "Le competenze distintive metodologiche e relazionali del medico di medicina generale nelle cure primarie." *Recenti Progressi in Medicina* 114.11 (2023): 654.
12. Le Microaree di Trieste come modello di assistenza socio-sanitaria territoriale Disponibile su: https://www.saluteinternazionale.info/2018/09/le-microaree-di-trieste-come-modello-di-assistenza-socio-sanitaria-territoriale/
13. G. Gallio , M. G. Cogliati Dezza. La città che cura. Microaree e periferie della salute. Edizione Alphabeta (2018)
14. Maciocco, Gavino. "Il futuro delle cure primarie e della medicina generale." *Politiche Sanitarie* 25.3-4 (2024): 53.

https://www.saluteinternazionale.info/2025/07/riformare-la-medicina-generale-parte-i/

Riformare la medicina generale – Parte II

***Campagna Primary Health Care Now or Never*.**

Campagna Italiana per un nuovo modello di Cure Primarie.

Dipendenza pubblica, formazione universitaria integrata, lavoro in équipe, presa in carico per microarea: sono questi i cardini di una vera riforma. La riforma non è soluzionismo tecnicista, ma scelta politica verso un servizio di salute capace di produrre giustizia sociale.
Di fronte alle criticità politiche e sistemiche citate nella parte conclusiva del precedente post, è ancora più urgente chiarire come una vera riforma delle cure primarie debba poggiare su nuovi immaginari. Non si tratta solo di correggere assetti contrattuali – seppur ribadiamo necessari – ma di ridefinire in profondità i modelli organizzativi, i ruoli professionali e soprattutto le forme di relazione tra sistema sanitario e comunità. È in questa prospettiva che il Libro Azzurro[1] propone una visione capace di incidere realmente sull'agire quotidiano nel territorio.

Un'organizzazione del tempo al servizio della comunità
L'équipe di base lavora su 38 ore settimanali (come ogni lavoratore/lavoratrice), articolate tra:

- ambulatori per bisogni programmabili
- ambulatori per bisogni non differibili di cure primarie
- progettazione e interventi comunitari integrati (con altri operatori)
- attività domiciliari, sempre più importanti con il crescere della non autosufficienza nelle età avanzate.

Il front office della Casa della Comunità è l'unico punto di accesso per le persone: organizzato per microarea, con personale formato, indirizza e coordina la presa in carico. Non serve "sapere l'orario del proprio medico": il riferimento è il sistema, non il singolo professionista. Il sistema ti accoglie ed è in grado essere risolutivo dalle 8 alle 20.

Una piattaforma digitale pubblica per un sistema integrato
La cartella clinica deve diventare uno strumento essenziale di integrazione: unica su tutto il territorio nazionale, basata su un software pubblico e non commerciale, condivisa tra tutti i professionisti. Oggi, invece, i sistemi digitali variano da regione a regione (e talvolta anche all'interno della stessa), con conseguenze gravi sull'accessibilità e sull'interoperabilità dei dati – soprattutto nelle situazioni di emergenza – e sull'efficacia del monitoraggio epidemiologico e della programmazione sanitaria nazionale. Questa frammentazione genera inefficienze strutturali ben note agli operatori. Come previsto dal PNRR, è urgente rendere il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 pienamente operativo, uniforme e interoperabile su scala nazionale, garantendo la tutela dei dati personali e la loro esclusione da logiche di mercato.
La piattaforma deve:

- permettere l'accesso profilato ai dati da parte dei diversi professionisti
- gestire centralmente le agende degli appuntamenti
- facilitare la comunicazione con cittadini-farmacie-servizi
- essere l'infrastruttura digitale di un sistema sanitario relazionale (continuità informatica) integrata con tutti i servizi, compreso quello ospedaliero (per promuovere percorsi di ricovero e dimissione più efficaci).

Farmacia e specialistica: parte dell'équipe allargata
In ogni microarea, gli specialisti di riferimento (cardiologi, pneumologi, diabetologi, geriatri, ecc.) collaborano stabilmente con le équipe di base, partecipando alla co-gestione dei pazienti cronici e fragili. Il farmacista, integrato nel team, può erogare i farmaci secondo indicazioni presenti in piattaforma, con scadenze programmate, e attivare il ritorno al clinico per la revisione terapeutica. Questo modello favorisce una presa in carico proattiva e personalizzata, riduce frammentazioni e ritardi nei percorsi di cura, rende l'assistenza più sicura, tracciabile ed efficace, e libera tempo-clinico prezioso – oggi troppo spesso assorbito da attività a basso

valore (*low value care*[2]). Nella visione della Primary Health Care-Comprehensive promossa dalla Campagna[1-3], superare la logica della "prestazione isolata" e adottare un lavoro di rete basato sulla fiducia, l'integrazione e il governo condiviso della storia clinica è l'unica risposta sostenibile al crescente carico assistenziale, che grava ancora in larga parte, e in solitudine, sui medici di medicina generale.

L'Ospedale di Comunità: luogo capacitante, non parcheggio
L'Ospedale di Comunità non è un contenitore residuale né un "mini reparto": è un'estensione del territorio, non dell'ospedale. È pensato per accogliere persone con acuzie gestibili fuori dal domicilio, quando la casa non è un contesto capacitante. Deve rappresentare uno spazio protetto per le équipe territoriali, che qui possono prendersi cura senza delegare, mantenendo la regia clinica e garantendo una presa in carico sicura, continua e di prossimità. Il suo obiettivo è sostenere la continuità assistenziale e la prossimità della cura, riducendo inappropriate transizioni in setting per la gestione delle emergenze e delle acuzie complesse (DEA e degenze per acuti).

Casa come primo luogo di cura: sì, ma con nuovi strumenti
Dire che "la casa è il primo luogo di cura" non significa tornare al modello del MMG che gira da solo per le case, ma costruire nuove strategie di presa in carico domiciliare, che prevedono infermieri di comunità, caregiver, OSS, assistenti familiari, educatori, riabilitatori, ma anche adattamenti ambientali, tecnologie per il monitoraggio a distanza e di telemedicina. La prossimità va resa strutturale e professionale, non lasciata alla buona volontà.

Prossimità e Casa della Comunità: due dimensioni che si rafforzano
La microarea risolve un falso conflitto: prossimità e struttura non sono in contraddizione. L'una è il territorio vissuto, l'altra è l'infrastruttura che garantisce accesso, continuità e coordinamento. Servono entrambe, e devono parlarsi ogni giorno.

Per una nuova grammatica del cambiamento nel lavoro sanitario
Rendere abitabile il cambiamento significa andare oltre la superficie delle parole. Il rischio oggi è concreto: scambiare la riforma con un maquillage, cambiare contratti senza cambiare logiche, strutture e relazioni. Una sanità pubblica non si salva con semplificazioni o slogan. Serve una grammatica nuova, fatta di prossimità organizzata, équipe che condividono responsabilità, valori e principi, strumenti comuni, formazione sul campo. Occorre riallineare linguaggio, istituzioni e lavoro quotidiano. Dipendenza pubblica, formazione universitaria integrata, lavoro in équipe, presa in carico per microarea: sono questi i cardini di una vera riforma. La riforma non è soluzionismo tecnicista, ma scelta politica verso un servizio di salute capace di produrre giustizia sociale.
Scegliere di non cambiare equivale a difendere un sistema che non regge e che alimenta disuguaglianze. Una grammatica del cambiamento del lavoro sanitario esiste già, nei documenti[1-4-5], nelle pratiche e nelle esperienze sul campo[6]. Il passaggio decisivo adesso è trovare il coraggio di metterla alla prova insieme: non come patrimonio di alcuni, ma come strumento collettivo di trasformazione possibile.

Hanno contribuito a questo articolo, in ordine alfabetico: Andrea Canini, Alice Cicognani, Martina Consoloni, Viviana Forte, Fulvio Lonati, Andrea Maurizzi, Agostino Panajia, Elena Rubatto.

Riferimenti

1. Libro azzurro per la riforma delle Cure Primarie in Italia. disponibile qui https://sites.google.com/view/il-libro-azzurro-della-phc
1. Oakes, Allison H., and Thomas R. Radomski. "Reducing low-value care and improving health care value." *Jama* 325.17 (2021): 1715-1716.
2. Starfield, Barbara, Leiyu Shi, and James Macinko. "Contribution of primary care to health systems and health." *The milbank quarterly* 83.3 (2005): 457-502.

3. Vilaça Mendes E. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília-DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
4. DM77 La definizione degli standard organizzativi, qualitativi e tecnologici dell'assistenza territoriale https://www.camera.it/temiap/2024/01/29/OCD177-6952.pdf
5. Cure primarie, bilancio di un anno del progetto MedicInRete del Mario Negri Irccs. Ilsole24ore.com: https://www.ilsole24ore.com/art/cure-primarie-bilancio-un-anno-progetto-medicinrete-mario-negri-irccs-giovani-medici-chiedono-specializzazione-universitaria-AGQJVDqB

https://www.saluteinternazionale.info/2025/07/riformare-la-medicina-generale-parte-ii/

quotidianosanità.it

Farmacie. Più del 90% degli italiani è favorevole all'ampliamento dei servizi disponibili. Il rapporto Censis-Federfarma

Il 92,2% riconosce il sostegno dato ai più fragili, fondamentale il ruolo di presidio (per il 90,0% c'è sempre una farmacia vicina e aperta) e il contributo durante la pandemia (90,0%) che ha fatto apprezzare l'ampliamento dell'offerta di servizi di prevenzione.

08 LUG - La farmacia dopo il Covid si rafforza come punto di riferimento per l'erogazione di servizi. Da sempre punto di riferimento sanitario essenziale per i cittadini, le farmacie durante la pandemia hanno mostrato capacità di azione ed innovazione, rappresentando un presidio sanitario strategico sul territorio, in grado di fornire servizi sanitari essenziali per la diagnosi del Covid-19 e la sua prevenzione. Già da tempo le farmacie erano andate ben oltre la dispensazione del farmaco, ma un importante allargamento delle attività e delle prestazioni disponibili in farmacia, come i test e le vaccinazioni, è legato ai provvedimenti decisi proprio a seguito della pandemia. Molte delle attività legate al nuovo ruolo sono già oggetto della Sperimentazione della Farmacia dei servizi in atto nelle regioni. Il dato sulla frequenza di utilizzo conferma il fondamentale ruolo di presidio di riferimento nel campo della salute attribuito alla farmacia: la metà degli italiani (50,1%) si reca in farmacia una volta al mese e il 41,8% degli over 64 una volta alla settimana, così come il 50,6% di chi ha uno stato di salute insoddisfacente. I dati mettono in luce anche la tendenza alla fidelizzazione nei confronti di un'unica farmacia, con il 60,0% che afferma di avere una farmacia di fiducia a cui si rivolge sempre, indipendentemente da una specificità di offerta nei servizi o nei prezzi.
È quanto è emerso dal Rapporto "La nuova farmacia pilastro del Ssn. Prospettive ed opportunità" realizzato dal Censis con il supporto di Federfarma su campione di più di 1.000 adulti dai 18 anni in su.
Prevale la concezione della farmacia come presidio di assistenza sanitaria sul territorio, convenzionato con il Ssn e che fa parte del servizio pubblico (53,6%).
L'ampio riconoscimento della rilevanza del contributo fornito dalle farmacie durante la pandemia per l'attività di screening con l'effettuazione dei tamponi (55,8%) è confermata anche dai più giovani (61,3%) che, grazie a tali servizi, stanno acquisendo una maggiore familiarità con la farmacia, apprezzandone il ruolo di presidio pubblico.
D'altra parte, il 46,4%, una parte minoritaria, ma non irrilevante, considera la farmacia un punto di dispensazione di farmaci e altri prodotti per il benessere, una realtà consolidata della farmacia che risponde anche al crescente interesse degli italiani per la dimensione del benessere, sempre più presente nella nuova concezione della salute. La frequentazione della farmacia si allarga non solo tra i più giovani ma anche tra chi si dichiara in buona salute, segno che essa viene vista come un riferimento da tutti, non solo per le patologie ed i piccoli disturbi, ma anche per la promozione della salute e del benessere.

L'idea che le farmacie operino per la tutela dei cittadini appare prevalente ed un'enfasi particolare è posta proprio sul ruolo che esse possono svolgere nel garantire assistenza e supporto alla parte più fragile della popolazione. Il servizio offerto dalle farmacie è considerato utile ed irrinunciabile dal 92,6% degli intervistati e il 92,2% riconosce il sostegno importante che offrono agli anziani ed ai malati cronici. Un elemento particolarmente
sottolineato è quello della prossimità, che ne fa un punto di riferimento per la salute sempre disponibile e facilmente accessibile: c'è sempre una farmacia vicina e aperta (90%). Per queste ragioni, la quasi totalità degli intervistati (95,2%) valuta positivamente il ruolo attuale della farmacia.
Le aspettative di nuovi servizi. Gli intervistati vorrebbero che nella propria farmacia di riferimento fosse resa disponibile una ampia gamma di servizi: dal recapito a domicilio dei farmaci per persone fragili (82,7%), alla distribuzione dei farmaci e dei presidi per conto della Asl (76,4%), dalla disponibilità di test per la misurazione di colesterolo, glicemia, ecc. (73,3%) ad uno sportello per la prenotazione di visite ed esami (72,3%).
Non appaiono particolarmente informati sulla Sperimentazione della farmacia dei servizi, in atto in molte regioni (solo il 31,1% ne è a conoscenza), ma quasi due terzi (68,9%) degli intervistati segnalano, come già presente nella farmacia abituale, almeno un servizio previsto nella Sperimentazione.
E se non molti dichiarano di averne usufruito, sono decisamente più alte, invece, le percentuali di chi vorrebbe poter disporre di questa nuova gamma di servizi: prima di tutto screening di prevenzione dell'ipertensione o del diabete (82,1%), dispensazione dei farmaci e dei dispositivi medici ai pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale (81,7%); possibilità di effettuare la scelta del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta (79,6%), presenza di infermieri per medicazioni e/o altre attività (77,5%) e somministrazione ai maggiori di 12 anni di altri vaccini (non più solo quelli contro il Covid e l'antinfluenzale) (62,2%).
Si attesta al 92,5% la quota di chi si dichiara molto e abbastanza favorevole all'ampliamento dei servizi in farmacia e, nella valutazione dei vantaggi, appare di gran lunga prevalente quello del potenziamento dell'accessibilità dei servizi sanitari previsti, garantita dalla capillare distribuzione sul territorio e dalla costante presenza di una farmacia di turno (49,5%). La criticità più segnalata, invece, è relativa ad un aspetto concreto, cioè al fatto che non tutte le farmacie sono attrezzate o si possono attrezzare per garantire questi servizi (39,4%), mettendo tra l'altro in luce il rischio del mantenimento di significative differenziazioni territoriali nell'accesso ai servizi da parte del cittadino.
"Favorevoli nella stragrande maggioranza alla presenza di nuovi servizi, il 76,1% degli intervistati vede favorevolmente anche un ampliamento del ruolo della farmacia, chiamata a diventare un presidio importante della medicina territoriale, soprattutto grazie alle sue caratteristiche peculiari di accessibilità e prossimità - ha dichiarato **Ketty Vaccaro**, Responsabile Ricerca Biomedica e Salute del Censis - Qualcuno teme però che non tutte siano in grado di farlo, con il rischio di mantenere le profonde differenze di offerta sul territorio. Si tratta di una sfida importante per la farmacia, proprio per continuare a garantire la funzione di presidio pubblico per la salute che i cittadini gli riconoscono ma anche di punto di riferimento per il perseguimento del benessere complessivo, in linea con la nuova concezione della salute degli italiani". "I risultati della ricerca Censis restituiscono l'immagine di una farmacia in continua evoluzione, capace di intercettare e soddisfare i bisogni di salute e benessere dei cittadini. Bisogni che sono diversificati a seconda delle fasce di età e delle condizioni personali di ciascuno: non solo gli anziani e i cronici, ma anche i giovani e i sani, che si rivolgono alla farmacia per ricevere consigli e servizi di prevenzione e benessere» ha dichiarato il Presidente di Federfarma, **Marco Cossolo**.
«Le valutazioni positive espresse dai cittadini, ma anche le loro elevate aspettative, confermano che è ora necessario lavorare in sinergia con le istituzioni e gli altri professionisti della salute per rendere strutturale il modello della farmacia dei servizi all'interno del Ssn".

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=130796

quotidianosanità.it

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

Carenza pediatri di famiglia. Nonostante il calo delle nascite ne mancano oltre 500, tre su quattro il Lombardia, Piemonte e Veneto. L'analisi di Gimbe

Oltre mille bambini per pediatra in alcune Regioni del Nord. Entro il 2028 sono previsti quasi 2.600 pensionamenti, ma non c'è alcuna certezza sul ricambio generazionale. "Guardando ai pensionamenti attesi, nonostante il calo delle nascite, non è affatto scontato che le nuove generazioni di PLS siano sufficienti a garantire il ricambio, né tantomeno a colmare le carenze attuali, che rischiano di aggravarsi ulteriormente, in particolare nelle aree più periferiche".

02 LUG -
Mancano almeno 502 pediatri di famiglia e la maggior parte delle carenze si concentra in tre grandi Regioni del Nord: Lombardia, Piemonte e Veneto. In alcune aree si supera il massimale di 1.000 assistiti per pediatra mentre entro il 2028 ne andranno in pensione 2.598. Secondo il sito del Ministero della Salute, il pediatra di libera scelta (PLS) – cd. pediatra di famiglia – è il medico preposto alla tutela della salute di bambini e ragazzi di età compresa tra 0 e 13 anni. Ad ogni bambino, sin dalla nascita, deve essere assegnato un PLS per accedere a servizi e prestazioni inclusi nei Livelli Essenziali di Assistenza garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN).
"Le segnalazioni sulla difficoltà di accesso al PLS – dichiara **Nino Cartabellotta**, Presidente della Fondazione Gimbe – arrivano oggi da tutte le Regioni, evidenziando criticità ricorrenti: complessità burocratiche, carenza di risposte da parte delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), pediatri con un numero elevato di assistiti e impossibilità, per molte famiglie, di iscrivere i propri figli a un PLS. Una situazione che genera disagi rilevanti e richiede interventi organizzativi urgenti, per garantire la continuità dell'assistenza pediatrica, soprattutto ai più piccoli e ai più fragili".
Per approfondire le cause e le dimensioni del problema, la Fondazione Gimbe ha analizzato dinamiche e criticità che regolano l'inserimento dei PLS nel Ssn, stimando l'entità delle carenze di PLS nelle Regioni italiane.
"È importante chiarire – spiega Cartabellotta – due aspetti fondamentali della nostra analisi: innanzitutto, le stime sulle carenze dei PLS sono state effettuate su base regionale, mentre i fabbisogni reali vengono determinati dalle ASL in relazione agli ambiti territoriali carenti; in secondo luogo, non è possibile stimare il ricambio generazionale, perché non è noto quanti nuovi specialisti in pediatria scelgano la carriera di PLS anziché quella ospedaliera".

Dinamiche e criticità

Fasce di età. Sino al compimento del 6° anno di età, i bambini devono per legge essere assistiti da un PLS, mentre dai 6 ai 13 anni compresi i genitori possono optare tra il PLS e il medico di medicina generale (MMG). Al compimento del 14° anno, l'assistito viene revocato automaticamente, salvo nei casi di patologie croniche o disabilità documentate, per i quali è possibile richiedere una proroga fino al compimento del 16° anno. Secondo i dati Istat, al 1° gennaio 2024 la fascia 0-5 anni (iscrizione obbligatoria al PLS) comprendeva quasi 2,5 milioni di bambini, mentre nella fascia 6-13 anni rientravano oltre 4,1 milioni di minori, che potrebbero essere iscritti al PLS o al MMG secondo le preferenze dei genitori o, soprattutto, in base alle disponibilità locali di PLS o MMG.

Quadro demografico. Il progressivo calo delle nascite sta modificando in modo significativo la platea di assistiti dei PLS. I dati ISTAT documentano una costante riduzione dei bambini della fascia 0-5 anni, per la quale l'iscrizione al PLS è obbligatoria: tra il 1° gennaio 2019 e il 1° gennaio 2025 si contano circa 430 mila potenziali assistiti in meno per i PLS . "Di conseguenza nello stesso periodo – osserva il Presidente – il crollo delle nascite ha ridotto, su scala nazionale, il fabbisogno di PLS di oltre 500 unità in soli 6 anni". Nel 2023 si sono registrati in Italia 379.890 nuovi nati, mentre 570.894 adolescenti hanno compiuto 14 anni. Considerando che il 57,5% della fascia 6-13 anni risulta ancora iscritto ai PLS, si stima che 328.264 assistiti siano transitati dai PLS ai MMG, a fronte di quasi 380 mila nuovi nati iscritti ai PLS. Il saldo comporta un incremento netto di oltre 50.000 assistiti per i PLS, con un conseguente aumento del carico assistenziale.

Massimale di assistiti. L'ultimo Accordo Collettivo Nazionale (ACN), in vigore dal 25 luglio 2024, ha fissato a 1.000 il numero massimo di assistiti per ciascun PLS, eliminando la precedente distinzione tra scelte ordinarie e in deroga. Una volta raggiunto questo massimale, il PLS può acquisire nuovi assistiti solo ricusando contestualmente un numero equivalente di bambini appartenenti alla fascia 6-13 anni. Al di sopra della soglia dei 1.000, l'unica eccezione prevista è l'iscrizione dei fratelli di assistiti già in carico. Deroghe temporanee al massimale di 1.000 possono essere concesse dalla ASL esclusivamente per un periodo limitato, in presenza di esigenze specifiche legate al contesto locale o a criticità organizzative (es. indisponibilità di altri PLS sul territorio). "Il vero nodo – sottolinea il Presidente – è che la carenza di oltre 5.500 MMG, già evidenziata da una nostra precedente analisi, rischia di lasciare scoperti i ragazzi "ricusati" dal PLS, che potrebbero non trovare un MMG disponibile. In molti casi, quindi, l'unica soluzione resta l'estensione delle deroghe al massimale, alimentando un circolo vizioso di sovraccarico e riduzione della qualità dell'assistenza pediatrica".

Ambiti territoriali carenti. L'inserimento di nuovi PLS nel Ssn avviene previa identificazione da parte della Regione – o di un soggetto da essa individuato – degli ambiti territoriali carenti, ovvero le zone dove è necessario colmare un fabbisogno assistenziale e garantire una distribuzione capillare degli studi dei PLS sul territorio. Secondo quanto stabilito dall'ultimo ACN, la carenza viene calcolata sulla base di un rapporto ottimale di 1 PLS ogni 850 bambini, o frazione superiore a 450. In particolare, per definire il fabbisogno si sommano tutti i residenti sotto i 14 anni, detraendo quelli della fascia 6-13 anni in carico ai MMG. In assenza di accordi integrativi regionali, si considera che il 70% della popolazione tra i 6 e i 13 anni possa essere assistita dai PLS. "Sostanzialmente con il nuovo ACN – spiega il Presidente – rientrano nel calcolo del fabbisogno tutti gli assistiti in carico ai PLS, anche quelli della fascia 6-13 anni che in precedenza ne erano esclusi. Questo consente di parametrare correttamente il numero dei PLS rispetto alla popolazione effettivamente assistita".

Pensionamenti. Secondo i dati 2024 forniti dalla Federazione Italiana dei Medici Pediatri (FIMP), tra il 2024 e il 2028 andranno in pensione 2.598 pediatri di libera scelta, avendo raggiunto il limite massimo di età previsto, pari a 70 anni (salvo deroghe): dai 333 PLS del Lazio a 3 PLS in Valle d'Aosta.

Nuovi PLS. Il numero di borse di studio per la scuola di specializzazione in pediatria, rimasto stabile per un decennio, ha registrato un incremento significativo negli ultimi 6 anni: da 496 borse nell'anno accademico 2017-2018 a 853 nel 2023-2024, con un picco di 973 nell'anno accademico 2020-2021. "Tuttavia – osserva Cartabellotta – considerato che gli specialisti in pediatria possono intraprendere anche la carriera ospedaliera, non è possibile prevedere quanti sceglieranno effettivamente di diventare PLS. Di conseguenza resta incerto se le nuove leve riusciranno a garantire un ricambio generazionale adeguato e uniforme in tutte le Regioni, oltre che colmare le attuali carenze".

Stima delle carenze dei pediatri

Trend 2019-2023. Secondo l'Annuario Statistico del Ssn 2023, pubblicato dal Ministero della Salute, nel 2023 i PLS in attività erano 6.706, ovvero 702 in meno rispetto al 2019 (-9,5%). "Una riduzione - commenta Cartabellotta – solo in parte compensata dal calo demografico". A preoccupare è anche il progressivo invecchiamento della categoria: la quota di PLS con oltre 23 anni di specializzazione è passata dal 39% nel 2009 al 77% nel 2023, segno di un ricambio generazionale sempre più rallentato.

Numero di assistiti per PLS. Secondo le rilevazioni della Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati (SISAC), al 1° gennaio 2024 risultavano attivi 6.484 PLS, con in carico oltre 5,8 milioni di assistiti: il 42,5% nella fascia 0-5 anni (2,48 milioni) e il 57,5% nella fascia 6-13 anni (3,35 milioni). Complessivamente, l'81,2% della popolazione Istat tra 6 e 13 anni risulta seguita da un PLS, con marcate differenze regionali: dal 92,6% della Liguria al 60,7% della Sardegna. In termini assoluti, la media nazionale è di 900 assistiti per PLS: superano il massimale di 1.000 assistiti la Provincia Autonoma di Bolzano (1.139), il Piemonte (1.119) e il Veneto (1.008). "Con un simile livello di saturazione – spiega Cartabellotta – il principio della libera scelta viene spesso ostacolato: in molte aree del Paese diventa difficile, se non impossibile, trovare un pediatra disponibile, sia nelle zone interne o periferiche, sia nei grandi centri urbani. In altre parole, la situazione reale è spesso più critica di quanto lascino intendere i numeri".

Stima della carenza di PLS al 1° gennaio 2024. "Tutte le criticità fin qui evidenziate – spiega Cartabellotta – permettono soltanto di stimare il fabbisogno di PLS a livello regionale, poiché l'individuazione delle zone carenti da parte delle ASL dipende da molteplici variabili locali». Se l'obiettivo è garantire la qualità dell'assistenza, una distribuzione capillare coerente con la densità abitativa, la prossimità degli ambulatori e il diritto alla libera scelta, non è corretto stimare il fabbisogno di PLS facendo riferimento al massimale con deroga. Per questo motivo la Fondazione GIMBE, adottando il rapporto ottimale di 1 PLS ogni 850 assistiti e utilizzando le rilevazioni SISAC al 1° gennaio 2024, stima una carenza complessiva di 502 PLS, con forti squilibri regionali. Infatti, il 75,7% delle carenze si concentra in 3 sole grandi Regioni del Nord: Lombardia (180), Piemonte (108), Veneto (93). Al contrario, in 9 Regioni (Basilicata, Emilia-Romagna, Lazio, Marche, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia e Umbria) non si rileva alcuna carenza, poiché la media di assistiti per PLS è inferiore a 850.
"In realtà – precisa Cartabellotta – è necessario considerare due aspetti fondamentali. Anzitutto, l'ultimo ACN ha innalzato il rapporto ottimale da 600 a 850, "assorbendo" di fatto una quota consistente delle carenze registrate al 1° gennaio 2023. In secondo luogo, una stima su base regionale non intercetta le carenze localizzate, che si manifestano in territori a bassa densità abitativa, zone disagiate, aree montane". "Nonostante il calo delle nascite – spiega Cartabellotta – alcune grandi Regioni del Nord, come Lombardia, Piemonte e Veneto, registrano carenze rilevanti di PLS in termini assoluti. Al di là dei numeri, però, la distribuzione capillare sul territorio resta fortemente influenzata da variabili locali non sempre prevedibili. Per un'adeguata programmazione del fabbisogno è indispensabile che ogni Regione disponga di stime accurate sul numero di pediatri che intraprendono effettivamente la carriera di PLS, integrate con le proiezioni Istat sulla denatalità. Ma non basta: servono modelli organizzativi orientati al lavoro in team e una piena attuazione della riforma dell'assistenza territoriale prevista dal PNRR (Case di comunità, Ospedali di Comunità, assistenza domiciliare, telemedicina), accompagnata da accordi sindacali coerenti con gli obiettivi di ricambio generazionale e distribuzione capillare dei PLS, come indicato negli stessi atti di indirizzo. Perché guardando ai pensionamenti attesi, nonostante il calo delle nascite, non è affatto scontato che le nuove generazioni di PLS siano sufficienti a garantire il ricambio, né tantomeno a colmare le carenze attuali, che rischiano di aggravarsi ulteriormente, in particolare nelle aree più periferiche".

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=130691

quotidianosanità.it

Umbria verso il nuovo Piano socio sanitario regionale

Proietti: "Attraverso le 23 case della comunità, i 16 ospedali di comunità e le 9 centrali operative territoriali che andremo a realizzare, porteremo i servizi ancora più vicino ai cittadini umbri, garantendo continuità assistenziale e personalizzazione delle cure. È un cambio di paradigma –che richiede il coinvolgimento di tutti gli attori del sistema sanitario e sociale".

15 LUG - "Oggi abbiamo posto le basi per una sanità più vicina alle persone e ai loro bisogni reali – ha dichiarato la presidente della Regione Umbria, **Stefania Proietti.** Il nuovo Piano socio-sanitario territoriale rappresenta una visione strategica che mette al centro la persona, la domiciliarità e l'equità territoriale". Con queste parole la presidente della Regione Umbria, Stefania Proietti, commenta, in una nota, l'incontro "Verso il nuovo Piano socio sanitario regionale: quali strumenti per la salute nel territorio?", svolto ieri nella sede della Scuola umbra di amministrazione pubblica. Un appuntamento strategico che ha rappresentato il punto di arrivo dei lavori preparatori condotti con i professionisti delle quattro aziende sanitarie regionali e, al

contempo, il punto di partenza per lo sviluppo dei progetti territoriali che confluiranno nel Piano socio sanitario 2023-30.
Oltre alla presidente, presenti l'assessore al welfare, **Fabio Barcaioli** e la direttrice regionale Salute e Welfare **Daniela Donetti.** intervenuti anche l'amministratore unico della scuola umbra di amministrazione pubblica **Joseph Flagiello,** la sindaca di Perugia **Vittoria Ferdinandi** e **Federico Gori,** presidente di Anci Umbria. La giornata ha visto la presenza di oltre 200 professionisti del sistema sanitario regionale, enti locali e associazioni.
"Attraverso le 23 case della comunità, i 16 ospedali di comunità e le 9 centrali operative territoriali che andremo a realizzare, porteremo i servizi ancora più vicino ai cittadini umbri, garantendo continuità assistenziale e personalizzazione delle cure", prosegue Stefania Proietti. "È un cambio di paradigma – ha sottolineato la presidente – che richiede il coinvolgimento di tutti gli attori del sistema sanitario e sociale, perché solo insieme possiamo costruire il welfare del futuro".
L'assessore Fabio Barcaioli aggiunge: "Credo fermamente che non possa esistere una sanità davvero efficace se disconnessa dal sociale. È nel quotidiano delle fragilità, delle solitudini, dei bisogni educativi e relazionali che si gioca una parte decisiva della salute pubblica. Un welfare capace di ascolto, presenza e accompagnamento può ridurre in maniera significativa il ricorso ai servizi sanitari, intercettando i bisogni prima che diventino emergenza. Quando riusciamo a prenderci cura della persona nella sua interezza abbiamo già fatto un grande passo verso la prevenzione. Per questo serve un approccio integrato, in cui sanitario e sociale camminino insieme, senza gerarchie, senza compartimenti stagni. Questo incontro è un'occasione preziosa - conclude l'assessore - per immaginare strumenti, linguaggi e politiche che vadano in questa direzione.
Grande soddisfazione è stata espressa anche dall'amministratore unico della scuola umbra di amministrazione pubblica, **Joseph Flagiello,** che ha ospitato e promosso l'iniziativa nell'ambito delle attività formative regionali: "La scuola è al fianco della Regione in questo percorso strategico. Formare, coinvolgere, ascoltare è oggi più che mai essenziale per garantire politiche pubbliche efficaci e aderenti alla realtà. Il nostro obiettivo è rafforzare le competenze, creare reti tra i professionisti, rendere l'innovazione concreta. Il Piano socio sanitario regionale è una grande occasione di cambiamento, e oggi ne abbiamo posto un tassello importante", ha detto Flagiello.
A illustrare i contenuti del Piano è stata la direttrice regionale Daniela Donetti, che ha ribadito l'importanza di una pianificazione integrata e partecipata fondata su dati oggettivi. Interventi anche delle dirigenti Paola Casucci e Valentina Battiston, dei direttori di distretto Emilio Paolo Abbritti e Simonetta Antinarelli. I lavori sono proseguiti nel pomeriggio con sei tavoli tematici, strutturati con la metodologia Metaplan, per raccogliere proposte operative.
Il nuovo Piano prevede la riorganizzazione del sistema territoriale con l'implementazione delle strutture previste dal DM 77/2022 e dal D.Lgs. 62/2024. Il Distretto socio-sanitario diventa fulcro della programmazione, mentre nuove figure professionali come l'Infermiere di Famiglia, lo Psicologo di base e il Fisioterapista di comunità lavoreranno in équipe con i medici di medicina generale. Fondamentale il ruolo del Terzo Settore, coinvolto attraverso gli strumenti della co-programmazione e co-progettazione. Il sistema informativo sarà un ecosistema digitale integrato, con il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0, la telemedicina e l'Intelligenza Artificiale per migliorare presa in carico, interventi e monitoraggio.
Il convegno ha visto il contributo scientifico di ASIQUAS – Associazione italiana per la qualità dell'assistenza sanitaria e sociale – con l'intervento del segretario nazionale **Giorgio Banchieri.** Il percorso proseguirà con incontri nei territori, restituzione dei risultati dei tavoli e l'attivazione di una piattaforma digitale per la partecipazione pubblica.

https://www.quotidianosanita.it/umbria/articolo.php?articolo_id=130941

Digitalizzazione

quotidianosanità.it

Fascicolo sanitario elettronico. Gimbe: “Solo 4 documenti su 16 disponibili ovunque. Solo il 42% dei cittadini ha fornito il consenso”

La Fondazione Gimbe ha evidenziato forti disuguaglianze regionali nell’uso del Fascicolo Sanitario Elettronico: solo 4 documenti sono disponibili ovunque, il consenso alla consultazione dei dati è fermo al 42% con picchi negativi nel Sud, e l’utilizzo da parte dei cittadini è molto basso. La digitalizzazione della sanità procede a velocità diverse, minacciando l’equità del Servizio sanitario nazionale.

In occasione del 9° Forum Mediterraneo in Sanità, la Fondazione Gimbe ha presentato i dati aggiornati sulla diffusione e l’utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) nelle Regioni italiane.
L’analisi indipendente restituisce un quadro chiaro: lo strumento chiave della trasformazione digitale procede a velocità diverse, generando nuove forme di disuguaglianza.
Ad oggi, solo quattro tipologie di documenti sanitari risultano disponibili in tutte le Regioni e appena il 42% dei cittadini ha espresso il consenso alla consultazione dei propri dati, con divari abissali e percentuali irrisorie nel Mezzogiorno. Una frattura che, come ha sottolineato anche il Ministro Schillaci lo scorso 25 giugno alla Camera, “non è solo un problema tecnico, ma è una questione di equità nell'accesso alle cure”.
"Il Fascicolo Sanitario Elettronico – afferma **Nino Cartabellotta**, Presidente della Fondazione Gimbe – dovrebbe essere la chiave per migliorare accessibilità, continuità delle cure e integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari. Ma oggi, per di cittadini, resta uno strumento ben lontano dalla piena operatività. Il divario digitale tra le Regioni, se non colmato rapidamente, rischia di trasformarsi in una nuova forma di esclusione sanitaria». Infatti, i dati resi pubblici sul portale Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 del Ministero della Salute e del Dipartimento per la Trasformazione Digitale - aggiornati al 31 marzo 2025 - confermano che la disponibilità e l’utilizzo di documenti e servizi nel FSE variano in maniera molto rilevante tra le Regioni".

Completezza del Fascicolo sanitario elettronico

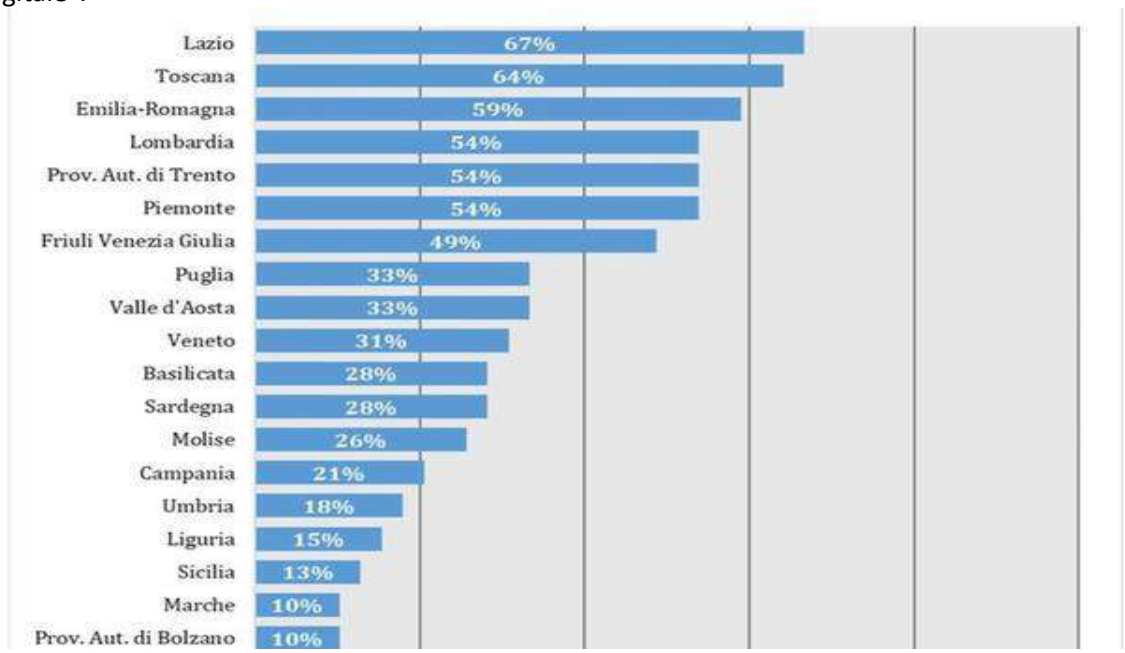
Documenti.
Il Decreto del Ministero della Salute del 7 settembre 2023 ha definito i contenuti del FSE 2.0, ma ad oggi soltanto 4 documenti su 16 monitorati sul portale pubblico – lettera di dimissione ospedaliera, referti di laboratorio e di radiologia e verbale di pronto soccorso – risultano effettivamente disponibili in tutte le Regioni.
"Un cittadino siciliano e uno veneto – commenta Cartabellotta – non hanno le stesse possibilità di accesso alla propria documentazione clinica. E questo non è accettabile in un Servizio Sanitario Nazionale che si definisce universale". La disomogeneità regionale è marcata.
Alcuni documenti fondamentali – come il profilo sanitario sintetico, le prescrizioni specialistiche e farmaceutiche, il referto specialistico ambulatoriale – sono disponibili in oltre l’80% delle Regioni.
Il certificato vaccinale e il documento di erogazione delle prestazioni specialistiche sono presenti in 15 Regioni e Province Autonome (71%), mentre il documento di erogazione dei farmaci e la scheda della singola vaccinazione compaiono nei FSE di 14 Regioni (67%).
Il referto di anatomia patologica e il taccuino personale dell’assistito sono accessibili in 13 Regioni (62%). Soltanto 6 Regioni rendono disponibile la lettera di invito per screening, vaccinazioni e altri percorsi di prevenzione, mentre la cartella clinica è resa disponibile nel FSE solo dal Veneto.
Complessivamente, a livello nazionale il FSE mette a disposizione degli utenti il 68% dei documenti monitorati sul portale del FSE 2.0 e previsti dal decreto.
Regione alimenta il FSE con tutte le tipologie documentali previste dal DM: si va dal 93% del Piemonte e del Veneto al 40% di Abruzzo e Calabria.

Servizi.
Attualmente, i FSE regionali offrono fino a 45 servizi digitali, che permettono ai cittadini di svolgere varie attività fondamentali: dal pagamento di ticket e prestazioni alla prenotazione di visite ed esami, dalla scelta del medico di medicina generale alla consultazione delle liste d'attesa. Anche su questo fronte, però, il divario tra Regioni è profondo.
Solo la Toscana (56%) e il Lazio (51%) superano la soglia del 50% dei servizi attivati. All'estremo opposto, in Calabria la disponibilità si ferma al 7%.
"È utile precisare – spiega Cartabellotta – che molti dei servizi digitali sono accessibili tramite altri canali, come portali web o app offerti dalle Regioni. Tuttavia, se questi non vengono integrati anche nel FSE, da un lato si perde l'obiettivo di creare un'unica piattaforma digitale per il cittadino, dall'altro il monitoraggio nazionale restituisce una fotografia parziale e sottostimata dell'effettiva disponibilità dei servizi offerti".

<u>Utilizzo del Fascicolo sanitario elettronico</u>

Consenso alla consultazione.
Al 31 marzo 2025 (per il Friuli Venezia Giulia i dati sono aggiornati al 31 dicembre 2024), a livello nazionale solo il 42% dei cittadini ha espresso il consenso alla consultazione dei propri dati sanitari da parte dei medici. Ma il divario tra le Regioni è enorme: si passa dall'1% in Abruzzo, Calabria e Campania al 92% in Emilia-Romagna.
Tra le Regioni del Sud, solo la Puglia (73%) supera la media nazionale (figura 4).
"Fornire il consenso è il primo passo per accedere ai benefici del FSE – sottolinea Cartabellotta – ma serve un grande sforzo informativo e culturale per rafforzare la fiducia dei cittadini, superando i timori legati alla protezione dei dati personali".

Utilizzo del FSE.
Tra gennaio e marzo 2025, appena il 21% dei cittadini ha consultato almeno una volta il proprio FSE, considerando esclusivamente chi ha avuto almeno un documento caricato. Anche in questo caso le disparità regionali sono marcate: si va dall'1% delle Marche al 65% dell'Emilia-Romagna (figura 5). Nel Mezzogiorno, l'utilizzo resta sotto l'11%. "Non basta caricare i dati nel fascicolo – spiega Cartabellotta – bisogna anche mettere le persone nella condizione di usarli. E questo significa investire seriamente in alfabetizzazione digitale".



Utilizzo da parte di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta.
Tra gennaio e marzo 2025 (ottobre-dicembre 2024 per il Friuli Venezia Giulia), il 95% dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta ha effettuato almeno un accesso al FSE. Nove Regioni raggiungono il 100% di utilizzo: Basilicata, Emilia-Romagna, Marche, Molise, Provincia Autonoma di Trento, Piemonte, Puglia, Sardegna e Umbria. Anche nelle restanti Regioni il tasso di utilizzo si mantiene elevato: Liguria (99%), Lazio e Veneto (98%), Lombardia (96%). Si collocano leggermente sotto la media nazionale Abruzzo e Friuli Venezia Giulia (94%), Calabria (93%), Sicilia (91%), Campania e Provincia Autonoma di Bolzano (88%), Toscana (80%) e Valle d'Aosta (47%).

Utilizzo da parte di medici specialisti.
Al 31 marzo 2025 (31 dicembre 2024 per il Friuli Venezia Giulia), il 72% dei medici specialisti delle Aziende sanitarie risulta abilitato alla consultazione del FSE. Anche in questo caso, le differenze tra Regioni restano marcate. Dodici Regioni e Province Autonome hanno raggiunto il 100% di abilitazioni: Lombardia, Marche, Molise, Province Autonome di Bolzano e Trento, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta e Veneto. Sotto la media nazionale si collocano Campania (61%), Lazio (60%), Abruzzo (37%), Sicilia (36%) e Calabria (26%). Fanalino di coda la Liguria, con appena il 16% di medici specialisti abilitati alla consultazione del FSE.
"In alcune Regioni – conclude Cartabellotta – il FSE è uno strumento pienamente operativo, grazie alla quantità di documenti presenti, al consenso dei cittadini ed al loro effettivo utilizzo. In altre, soprattutto nel Mezzogiorno, il FSE è spesso un contenitore semivuoto e scarsamente utilizzato anche per l'elevata diffidenza sulla sicurezza dei dati da parte della popolazione. Ma la sanità digitale non può essere un'innovazione per pochi: servono investimenti e una governance centralizzata per garantire diritti a tutte le persone indipendentemente dal luogo in cui vivono. Se vogliamo davvero attuare una sanità digitale, i dati devono essere accessibili non solo ai cittadini, ma a tutti i professionisti coinvolti nei percorsi clinico-assistenziali, perché la tecnologia è necessaria, ma non sufficiente. Ecco perché serve un patto nazionale per la sanità digitale tra Governo, Regioni e cittadini, che assicuri completezza nei contenuti del FSE e uniformità di accesso in tutte le Regioni. Altrimenti, rischiamo che la straordinaria opportunità offerta dalla trasformazione digitale, di cui il FSE costituisce la "combinazione" di accesso, finisca per generare nuove diseguaglianze".

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=130971

quotidianosanità.it

Intelligenza Artificiale e medicina tradizionale. Lanciata roadmap globale per un'integrazione sicura, etica e basata sull'evidenza

Presentato da Oms, Itu e Ompi il nuovo documento tecnico sull'applicazione dell'intelligenza artificiale nella medicina tradizionale, complementare e integrativa. L'obiettivo è valorizzare le pratiche secolari grazie a soluzioni digitali avanzate, tutelando allo stesso tempo i diritti dei popoli indigeni, la sovranità dei dati e il patrimonio culturale

11 LUG -
L'intelligenza artificiale sta inaugurando un'era di trasformazione per la medicina tradizionale, in cui i sistemi di guarigione secolari sono potenziati da tecnologie all'avanguardia per fornire cure più sicure, personalizzate, efficaci e accessibili.
In occasione del vertice globale AI for Good, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms), l'Unione Internazionale delle Telecomunicazioni (Itu) e l'Organizzazione Mondiale della Proprietà Intellettuale (Ompi)

hanno presentato un nuovo documento tecnico, *Mapping the application of artificial intelligence in traditional medicine*.
Lanciato nell'ambito dell'Iniziativa globale sull'intelligenza artificiale per la salute, il documento offre una tabella di marcia che sfrutta questo potenziale in modo responsabile, salvaguardando al contempo il patrimonio culturale e la sovranità dei dati.
Il documento è stato sviluppato sfruttando i risultati di una revisione della letteratura e integrandoli con conoscenze e input acquisiti durante il processo di concettualizzazione con esperti del Gruppo Tematico su IA e Medicina Tradizionale (TG-TM) nell'ambito del Gruppo di Studio ITU-Oms sull'Intelligenza Artificiale per la Salute (FG-AI4H).
La medicina tradizionale, complementare e integrativa (Tcim) è praticata in 170 paesi ed è utilizzata da miliardi di persone. Le pratiche Tcim sono sempre più popolari a livello globale, guidate da un crescente interesse per gli approcci olistici alla salute che enfatizzano la prevenzione, la promozione della salute e la riabilitazione.
Il nuovo documento illustra quindi le esperienze di molti paesi nell'utilizzo dell'intelligenza artificiale per aprire nuove frontiere nell'assistenza personalizzata, nella scoperta di farmaci e nella conservazione della biodiversità. Include esempi come il modo in cui la diagnostica basata sull'intelligenza artificiale viene utilizzata in Ayurgenomics; modelli di apprendimento automatico che identificano le piante medicinali in paesi come il Ghana e il Sudafrica; e l'uso dell'intelligenza artificiale per analizzare i composti della medicina tradizionale per il trattamento dei disturbi del sangue nella Repubblica di Corea.
"La nostra iniziativa globale sull'intelligenza artificiale per la salute mira ad aiutare tutti i paesi a beneficiare delle soluzioni di intelligenza artificiale e a garantire che siano sicure, efficaci ed etiche – ha affermato **Seizo Onoe,** direttore dell'ITU Telecommunication Standardization Bureau – questa partnership tra Oms, Itu e Wipo riunisce le competenze essenziali".

Data-driven innovation with ethical roots
Il brief, spiega una nota, sottolinea l'importanza di dati inclusivi e di buona qualità e di una progettazione partecipativa per garantire che i sistemi di intelligenza artificiale riflettano la diversità e la complessità della medicina tradizionale. Le applicazioni dell'IA possono contribuire a rafforzare le prove e la base di ricerca per la Tcim ad esempio attraverso la Traditional Knowledge Digital Library in India e la Virtual Health Library nelle Americhe, che utilizzano l'IA per preservare le conoscenze indigene, promuovere la collaborazione e prevenire la "biopirateria", un termine che indica l'estrazione non autorizzata di risorse biologiche e/o di conoscenze tradizionali associate dai paesi in via di sviluppo o la brevettazione di invenzioni spurie basate su tali conoscenze o risorse senza compenso.
"La proprietà intellettuale è uno strumento importante per accelerare l'integrazione dell'IA nella medicina tradizionale – ha dichiarato **Edward Kwakwa**, Vice Direttore Generale dell'Ompi – il nostro lavoro, compreso il trattato dell'Ompi sulla proprietà intellettuale, le risorse genetiche e le conoscenze tradizionali associate, recentemente adottato, supporta le parti interessate nella gestione della proprietà intellettuale per realizzare le priorità politiche, anche per le popolazioni indigene e le comunità locali".

Sovranità dei dati, empowering delle comunità
IL nuovo documento chiede un'azione urgente per sostenere la sovranità indigena dei dati (IDSov) e garantire che lo sviluppo dell'IA sia guidato dai principi del consenso libero, preventivo e informato. Presenta i modelli di governance dei dati guidati dalla comunità di Canada, Nuova Zelanda e Australia ed esorta i governi ad adottare una legislazione che autorizzi le popolazioni indigene a controllare e trarre vantaggio dai propri dati.
"L'IA non deve diventare una nuova frontiera per lo sfruttamento – ha dichiarato la dott.ssa **Yukiko Nakatani**, vicedirettore generale dell'Oms per i sistemi sanitari – dobbiamo garantire che le popolazioni indigene e le comunità locali non solo siano protette, ma siano partner attivi nel plasmare il futuro dell'IA nella medicina tradizionale".

A global call to action
Con il mercato globale della medicina tradizionale che si prevede raggiungerà quasi 600 miliardi di dollari nel 2025, l'applicazione dell'intelligenza artificiale potrebbe accelerare ulteriormente la crescita e l'impatto della

Tcim e dell'assistenza sanitaria olistica. L'attuale utilizzo e il potenziale dell'IA evidenziano molte opportunità, ma ci sono molte lacune di conoscenza e rischi.
È necessario sviluppare quadri olistici su misura per Tcim in aree quali la regolamentazione, la condivisione delle conoscenze, lo sviluppo di capacità, la governance dei dati e la promozione dell'equità, per garantire l'integrazione sicura, etica e basata sull'evidenza di tecnologie di frontiera come l'IA nel panorama Tcim.

Il nuovo brief tecnico invita tutte le parti interessate a:

- Investire in ecosistemi di intelligenza artificiale inclusivi che rispettino la diversità culturale e l'IDSov
- Sviluppare politiche nazionali e quadri giuridici che affrontino esplicitamente l'IA nella medicina tradizionale
- Costruire capacità e alfabetizzazione digitale tra i professionisti e le comunità di medicina tradizionale
- Stabilire standard globali per la qualità dei dati, l'interoperabilità e l'uso etico dell'IA; e
- Proteggi le conoscenze tradizionali attraverso repository digitali basati sull'intelligenza artificiale e modelli di condivisione dei benefici.

"Allineando la potenza dell'intelligenza artificiale con la saggezza della medicina tradizionale – conclude la nota – può far emergere un nuovo paradigma di cura; un futuro che onori il passato, dia potere al presente e dia forma a un futuro più sano ed equo per tutti"**.**

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=130872

THE LANCET
Digital Health

I cicli di feedback nei modelli prognostici delle unità di terapia intensiva: una minaccia sottovalutata alla validità clinica

Sanjiv D Mehta , Celeste G Dixon , Charlotte Z Woods-Hill , Ewan C Goligher , Wouter AC van Amsterdam , et altri

Riepilogo
I modelli prognostici sviluppati per l'uso in terapia intensiva (UTI) possono orientare le decisioni terapeutiche e migliorare l'assistenza ai pazienti. Tuttavia, nonostante le numerose ricerche, pochi modelli hanno contribuito a migliorare gli esiti incentrati sul paziente. Un limite importante è che l'influenza degli interventi terapeutici sugli esiti dei pazienti durante lo sviluppo e la convalida del modello viene spesso trascurata. Una volta implementati, i modelli prognostici possono influenzare gli interventi clinici, creando cicli di feedback che alterano la relazione tra predittori ed esiti osservati sui pazienti. Questa alterazione causata dall'intervento mediato dal modello è nota come deriva del modello. I cicli di feedback positivi rafforzano le prognosi iniziali, portando a profezie che si autoavverano, mentre i cicli di feedback negativi oscurano l'efficacia degli interventi di successo, presentandoli come apparenti imprecisioni del modello. Per mitigare questi problemi, i modelli prognostici per l'uso in terapia intensiva dovrebbero tenere conto degli effetti del trattamento e delle relazioni causali tra previsioni, interventi ed esiti. Pertanto, è necessaria la collaborazione tra data scientist, epidemiologi, ricercatori clinici e scienziati dell'implementazione per garantire che i modelli prognostici migliorino l'assistenza ai pazienti senza causare danni involontari.

Introduzione
Modelli prognostici basati sull'apprendimento automatico sono stati sviluppati e validati in un ampio spettro di attività per supportare interventi clinici basati sui dati e specifici per il paziente. Queste attività includono

la previsione di eventi futuri, come shock settico, danno renale acuto, sindrome da distress respiratorio acuto, sopravvivenza dopo ossigenazione extracorporea a membrana (ECMO) e decesso. 1–5 Molti di questi modelli proposti sono altamente accurati e ci si aspetta che guidino decisioni gestionali tempestive e specifiche per il paziente, migliorando i risultati complessivi. L'unità di terapia intensiva (UTI), associata a un'elevata mortalità e a una grande quantità di dati disponibili, rappresenta un contesto ideale per l'applicazione di modelli prognostici. Tuttavia, nonostante il loro potenziale, l'implementazione di questi modelli nei sistemi sanitari rimane limitata e le prove del loro contributo al miglioramento dei risultati sono scarse.
Gli ostacoli a un'implementazione di successo sono complessi e multifattoriali, e un fattore causale potrebbe essere il fatto che questi modelli tipicamente prevedono stati fisiologici futuri, o i loro proxy, che possono essere alterati dall'intervento del medico durante l'intervallo tra la previsione e l'esito. Influenzando le decisioni terapeutiche e modificando così l'esito effettivo, i modelli prognostici possono avere un effetto causale sul sistema; questo effetto è difficile da incorporare nel modello. 6,7 Questi cambiamenti nelle decisioni riguardanti il regime terapeutico creano cicli di feedback che modificano radicalmente la relazione tra variabili predittive (input) e esiti osservati sui pazienti, portando a un disallineamento con le previsioni del modello (output); questo processo, noto come deriva del modello, può comprometterne le prestazioni.
Harari, nel libro *Sapiens: una breve storia dell'umanità , illustra la deriva del* modello confrontando due tipi di sistemi di previsione. 8 *Un sistema di livello uno è caratterizzato da risultati che non sono influenzati dalle previsioni – un esempio è il meteo; la previsione delle* precipitazioni non influenza il verificarsi delle precipitazioni effettive.
Al contrario, le previsioni possono influenzare il risultato in un sistema di livello due. Ad esempio, un servizio giornalistico su un modello che prevede un aumento del prezzo del petrolio di 20 dollari nella settimana successiva potrebbe indurre all'acquisto immediato.
Questo acquisto potrebbe far salire il prezzo oltre la previsione iniziale, rendendo imprevedibile il prezzo futuro effettivo. Pertanto, nei sistemi di livello due, le previsioni stesse esercitano un'influenza causale e alterano la relazione tra le variabili predittive e i risultati osservati. A meno che il modello non tenga conto della propria influenza – un compito intrinsecamente complesso – il suo potere predittivo rimane basso. 9–11
Poiché i modelli prognostici utilizzati in terapia intensiva sono intrinsecamente progettati per modificare e migliorare gli esiti clinici dei pazienti, operano prevalentemente come sistemi di secondo livello e sono intrinsecamente soggetti a deriva del modello. Per i modelli predittivi utilizzati nel processo decisionale, la deriva del modello può manifestarsi sotto forma di feedback positivi o negativi, come illustrato dai seguenti esempi.

Cicli di feedback positivi (profezie che si autoavverano)
I cicli di feedback positivo nei modelli prognostici sono stati definiti "profezie che si autoavverano". 12,13
Una profezia che si autoavvera si verifica quando la previsione di un modello influenza le decisioni terapeutiche in modo da aumentare la probabilità dell'esito previsto nel tempo, creando una fonte di distorsione auto-amplificante. Tale distorsione può verificarsi quando i risultati del modello vengono utilizzati per assegnare i trattamenti sulla base del rischio di un esito previsto.
Si consideri un modello sviluppato per assegnare la candidatura all'ECMO veno-venoso sulla base del rischio di mortalità (figura 1).
Il modello è stato sviluppato sulla base del ragionevole presupposto che ai pazienti con una probabilità di sopravvivenza inferiore al 10% non dovrebbe essere offerta l'ECMO veno-venoso, una terapia ad alta intensità di risorse con un tasso di complicanze clinicamente significativo. Il modello potrebbe prevedere che i pazienti con sindrome da distress respiratorio acuto grave e quelli sottoposti a trapianto di cellule staminali abbiano una probabilità di sopravvivenza inferiore al 10%.
Dopo l'implementazione, la probabilità di sopravvivenza per i pazienti sottoposti a trapianto di cellule staminali emopoietiche (HSCT) potrebbe peggiorare a causa della loro esclusione sistematica dall'ECMO veno-venoso, una terapia potenzialmente salvavita.
i miglioramenti iterativi nella tecnologia ECMO potrebbero alterare il profilo di rischio per questi pazienti nel tempo, tali cambiamenti passerebbero inosservati a causa della rigida implementazione del modello.

Di conseguenza, i pazienti che potrebbero beneficiare dell'ECMO veno-venoso e dei progressi tecnologici potrebbero affrontare una mortalità evitabile.

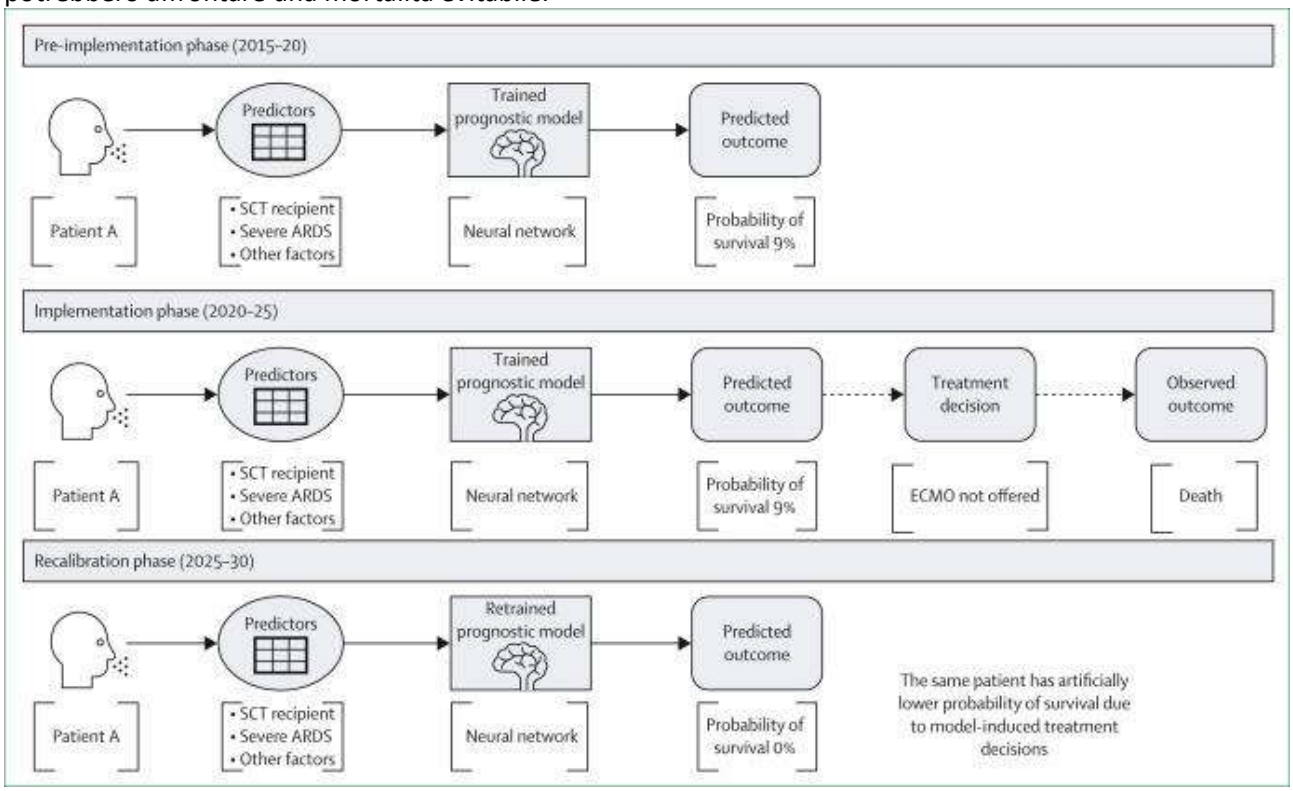


Figura 1 Ciclo di feedback positivo (profezia che si autoavvera)

In questo esempio, si verifica una profezia che si autoavvera perché il modello predittivo assegna simultaneamente i trattamenti in base al rischio di un esito (sopravvivenza) e distorce l'esito verso la propria previsione quando i medici agiscono in base ai risultati del modello. Questo intervento clinico porta a ulteriori decessi tra i pazienti sottoposti a trapianto di cellule staminali ematopoietiche (HSCT). Quando i modelli vengono aggiornati (ricalibrati) con nuovi dati, si corre il rischio di perpetuare l'ipotesi iniziale in un circolo vizioso di autoamplificazione.

Cicli di feedback negativi (vittima del proprio successo)

I cicli di feedback nei modelli di previsione degli esiti possono anche essere negativi. Un ciclo di feedback negativo, spesso descritto come il modello che diventa vittima del proprio successo, si verifica quando un esito indesiderato viene prevenuto con successo grazie all'intervento dei medici in risposta alla previsione del modello attraverso trattamenti mirati. 10,14

Si consideri un modello di previsione dello shock settico che preveda l'insorgenza di ipotensione entro le successive 6 ore nei pazienti con sepsi ricoverati in reparto di degenza (figura 2). Dopo aver osservato una previsione per un paziente con un'alta probabilità di ipotensione, i medici potrebbero intervenire somministrando boli di liquidi immediati e idrocortisone. Se questi interventi hanno successo e si previene l'ipotensione, l'esito previsto (ipotensione) potrebbe non verificarsi. Di conseguenza, quando il modello viene valutato dopo l'implementazione, l'incidenza osservata di ipotensione tra i pazienti originariamente ad alto rischio potrebbe essere inferiore al previsto, non necessariamente perché il modello ha sovrastimato il rischio, ma perché le previsioni hanno indotto interventi tempestivi che hanno migliorato gli esiti per i pazienti. Questa osservazione crea l'illusione che il modello sovrastimi il rischio, facendo apparire le sue prestazioni peggiori rispetto agli studi di validazione pre-implementazione (pre-intervento). Il problema sorge perché, durante la valutazione del modello standard, le probabilità previste vengono in genere confrontate con gli esiti osservati senza tenere costantemente conto dell'influenza degli interventi clinici. Aggiornare e ricalibrare il modello diventa complicato senza adattarlo agli effetti del trattamento, perché le relazioni tra fattori predittivi e risultati osservati sono state fondamentalmente alterate dalle azioni cliniche indotte dal modello.

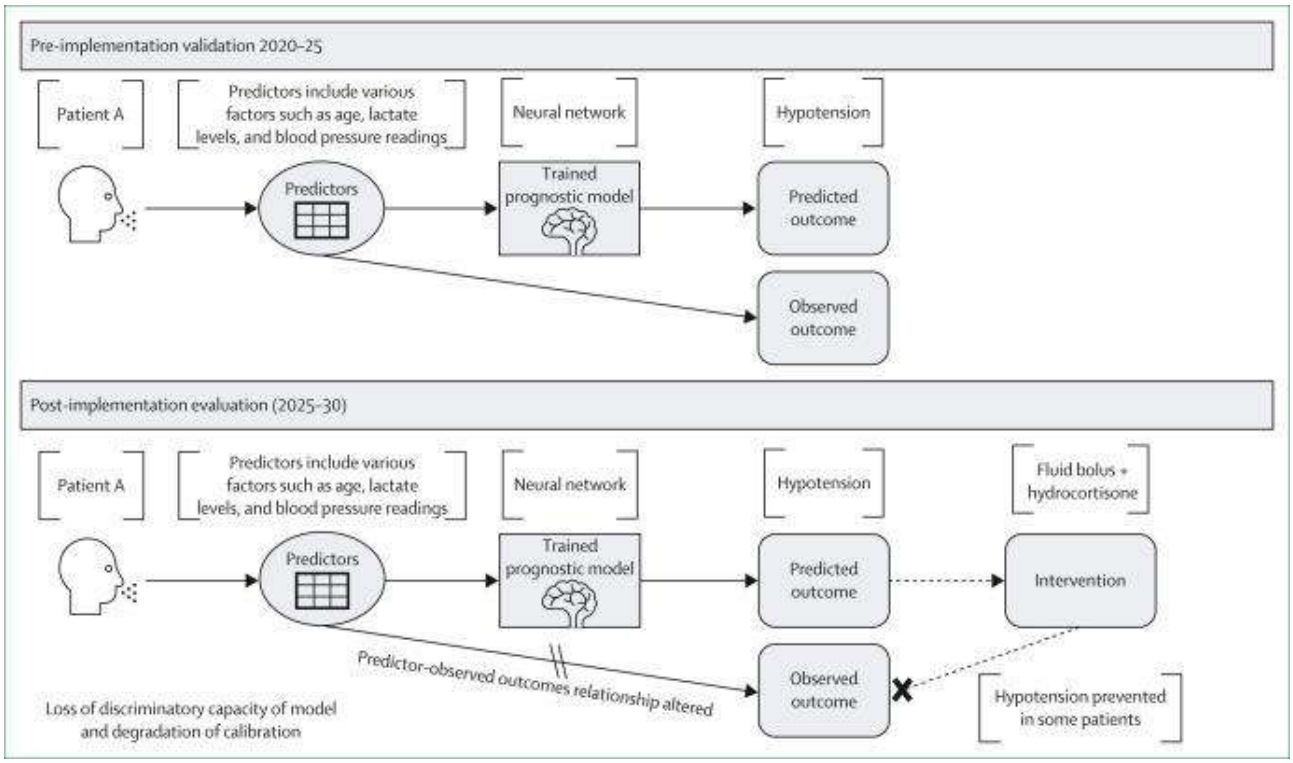
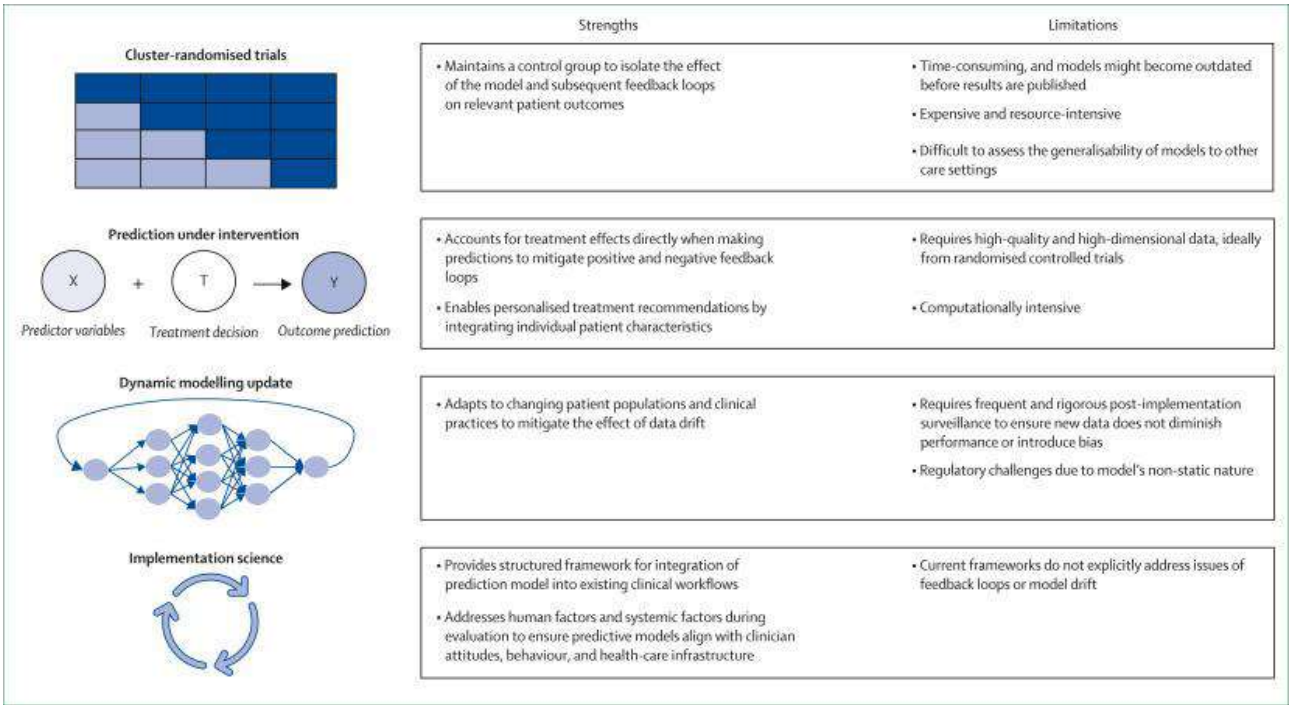


Figura 2 Ciclo di feedback negativo (vittima del proprio successo)

Nei cicli di feedback negativo, i modelli accompagnati dagli interventi di maggior successo potrebbero paradossalmente avere la minore accuratezza dopo l'implementazione. 14 Questo processo si verifica perché gli interventi di successo riducono il verificarsi dell'evento avverso previsto, con conseguente apparente sovrastima del rischio da parte del modello. Se la valutazione standard del modello non tiene conto degli effetti di tali interventi, i risultati osservati dopo l'implementazione divergeranno dalle probabilità previste, minando potenzialmente la fiducia dei medici nel modello e scoraggiandone l'uso continuato, nonostante il suo effettivo beneficio nella prevenzione degli esiti avversi. Inoltre, man mano che le previsioni del modello diventano meno allineate con i risultati osservati a causa del crescente utilizzo di interventi efficaci, perfezionare e ricalibrare il modello diventa sempre più difficile, potenzialmente ostacolando ulteriori miglioramenti. Affrontare questo problema richiede approcci di valutazione del modello che tengano conto degli effetti del trattamento.

Affrontare i cicli di feedback e la deriva del modello

I modelli prognostici possono migliorare sostanzialmente la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti. Tuttavia, l'attuale pratica di valutazione dei modelli prognostici sulla base di dati osservazionali non tiene conto dell'effetto causale esercitato da questi modelli dopo l'implementazione, in particolare quando accompagnati da politiche o decisioni terapeutiche non incluse nel modello. Affrontare queste sfide richiede un approccio multiforme e interdisciplinare. A seconda del contesto clinico, è possibile utilizzare diversi approcci metodologici per mitigare i cicli di feedback e la deriva del modello, alcuni dei quali risultano più appropriati di altri in un dato scenario (figura 3). Poiché nessuna soluzione unica è universalmente valida, ricercatori e medici dovrebbero selezionare e applicare gli strumenti che meglio affrontano queste sfide per ciascun contesto specifico. 15



Visualizzatore di figure

Figura 3 Strumenti per affrontare i cicli di feedback

Studi randomizzati a grappolo

I modelli predittivi potrebbero trarre vantaggio da una valutazione simile a quella delle terapie tradizionali, in particolare attraverso studi clinici randomizzati controllati (RCT). 6 Questa valutazione potrebbe prevedere studi clinici randomizzati a cluster, in cui specifiche unità, ospedali o team vengono assegnati in modo casuale all'implementazione o alla non implementazione del modello per valutare esiti clinicamente significativi nelle diverse coorti. Questo approccio isola la reale influenza delle previsioni del modello sulle decisioni cliniche e sugli esiti per i pazienti, chiarendone i benefici. Tale approccio è in contrasto con l'obiettivo di molti stakeholder di implementare rapidamente questi modelli e integrarli nelle cartelle cliniche elettroniche esistenti, suggerendo implicitamente e presuntuosamente che l'implementazione del modello non comporti rischi.

Sebbene gli RCT rimangano il gold standard per la valutazione degli interventi, la loro applicazione per la valutazione dei modelli prognostici presenta diverse sfide. Gli RCT sono spesso costosi, logisticamente complessi o non etici. 6 Inoltre, il tempo necessario per la pianificazione, l'arruolamento, la raccolta dei dati, l'analisi e la pubblicazione può durare diversi anni. Durante questo periodo, i cambiamenti nella demografia dei pazienti, nella pratica clinica e nei fattori di rischio potrebbero rendere il modello obsoleto o richiedere la ricalibrazione e la ripetizione dei test. Inoltre, le differenze nelle popolazioni di pazienti e nelle pratiche cliniche nei diversi centri medici sollevano preoccupazioni sulla traducibilità dei risultati, portando alcuni ricercatori a mettere in discussione la più ampia generalizzabilità di questi modelli. 15–17 Queste limitazioni rendono gli RCT poco pratici per la continua evoluzione dei modelli prognostici, evidenziando così la necessità di approcci alternativi allo sviluppo e alla valutazione dei modelli.

Previsione in fase di intervento

I modelli prognostici tradizionali (ovvero i modelli treatment-naive) prevedono le traiettorie dei pazienti senza tenere conto esplicitamente di come la loro previsione influenzi le decisioni terapeutiche. Al contrario, il modello di previsione in regime di intervento adotta un approccio causalmente informato, stimando quale sarebbe l'esito di un paziente con una specifica strategia di trattamento, aggiustando per le caratteristiche individuali. 6,18 Questi modelli sfruttano tecniche di inferenza causale, come il G-computing, la ponderazione della probabilità inversa e i modelli strutturali marginali, per stimare gli esiti controfattuali. Successivamente, questi esiti possono essere utilizzati per orientare le decisioni terapeutiche individualizzate. 19 Sebbene i modelli di previsione in regime di intervento siano idealmente addestrati

utilizzando dati RCT, anche i dati osservazionali possono essere utilizzati una volta che siano stati opportunamente aggiustati per i fattori confondenti. 20
Questi modelli presentano vantaggi in quanto tengono conto degli effetti del trattamento. In primo luogo, mitigano la deriva del modello indotta dal trattamento, prevenendo i circoli viziosi in cui le risposte del medico alle previsioni distorcono inavvertitamente i risultati futuri. In secondo luogo, consentono raccomandazioni terapeutiche personalizzate integrando le caratteristiche del paziente con gli effetti dell'intervento, ottimizzando così il processo decisionale a livello individuale. In generale, i modelli di previsione in condizioni di intervento rappresentano un passaggio fondamentale verso un'intelligenza artificiale consapevole della causalità, garantendo che i modelli di previsione non si limitino a prevedere i risultati, ma influenzino attivamente decisioni cliniche migliori.
Nonostante questi vantaggi, le previsioni basate su modelli di intervento non sono sempre realizzabili perché richiedono dati di alta qualità e ad alta dimensionalità, idealmente provenienti da RCT. Quando si utilizzano dati osservazionali, questi modelli richiedono ipotesi solide riguardo ai fattori confondenti non misurati, che potrebbero non essere sempre validi o generalizzabili in diversi contesti di cura e popolazioni di pazienti. 18 Inoltre, la complessità delle tecniche di inferenza causale può aumentare i requisiti computazionali per l'implementazione del modello, rendendone difficile l'implementazione in sistemi di supporto alle decisioni in tempo reale. Sono necessarie ulteriori ricerche per perfezionare questi approcci e valutarne l'influenza clinica su larga scala.

Aggiornamento dinamico del modello
Per mantenere l'accuratezza e l'utilità nel panorama sanitario in rapida evoluzione, i modelli prognostici dovrebbero essere sottoposti a monitoraggio, convalida e miglioramento continui dopo l'implementazione. 21 I modelli statici, anche quando dimostrano di apportare benefici ai pazienti, non possono migliorare costantemente i risultati clinici, poiché sia le popolazioni di pazienti che le pratiche cliniche evolvono. Il framework del sistema sanitario di apprendimento fornisce un approccio strutturato per aggiornare un modello integrando dati clinici locali e reali in un processo di raffinamento iterativo del modello. 22 In un framework del sistema sanitario di apprendimento, i modelli predittivi non sono statici, ma vengono continuamente valutati e adattati in base a nuove evidenze, garantendo che rimangano allineati alle migliori pratiche.
Purtroppo, prove, linee guida e quadri di riferimento consolidati per le migliori pratiche di aggiornamento dei modelli dinamici sono scarsi. 21 Sebbene aggiornamenti frequenti possano migliorare l'accuratezza predittiva, comportano il rischio di introdurre nuovi bias o conseguenze indesiderate se non attentamente valutati. Per mitigare tali rischi, la collaborazione tra ricercatori di intelligenza artificiale ed esperti di inferenza causale è essenziale. Tali partnership possono contribuire a garantire che gli aggiornamenti dei modelli migliorino il processo decisionale e ne preservino l'affidabilità e l'equità.

Modelli naive al trattamento
L'ultimo approccio, il meno auspicabile, consiste nel creare modelli prognostici naive al trattamento e sperare che i problemi legati ai cicli di feedback non siano sufficientemente sostanziali da influenzare negativamente gli esiti. Oltre allo svantaggio dell'introduzione dei cicli di feedback, i modelli naive al trattamento presuppongono una relazione monotona tra rischio e beneficio del trattamento, il che potrebbe non essere sempre vero. Nell'esempio dell'ECMO, un elevato rischio di mortalità potrebbe effettivamente implicare l'inutilità dell'ECMO per alcuni pazienti (ad esempio, scompenso cardiaco terminale in un paziente non candidato al trapianto cardiaco), mentre per altri pazienti, come quelli sottoposti a trapianto, l'ECMO potrebbe essere utile, nonostante un elevato rischio di morte.
I modelli prognostici utilizzati esclusivamente per la valutazione o la stratificazione del rischio dovrebbero essere distinti da quelli che guidano le decisioni terapeutiche. Se un modello viene utilizzato solo per stimare la probabilità di un evento o per identificare i fattori di rischio su cui si può intervenire, l'inferenza causale potrebbe non essere necessaria. Tuttavia, possono verificarsi dei circoli viziosi di feedback quando un modello prognostico influenza direttamente o indirettamente le decisioni terapeutiche, soprattutto in contesti con un intervallo temporale considerevole tra previsione ed esito. In tali casi, comprendere la relazione causale tra i rischi previsti e gli effetti del trattamento diventa essenziale. Sebbene i modelli treatment-naive possano

essere idonei, sono tutt'altro che ideali e potrebbero non migliorare gli esiti clinici dei pazienti o potrebbero portare a conseguenze indesiderate che influiscono negativamente sui pazienti.

Scienza dell'implementazione: un partner mancante

Un altro aspetto cruciale, ma spesso trascurato, dello sviluppo di modelli predittivi è l'integrazione della scienza dell'implementazione. Questo campo si concentra sull'integrazione di interventi basati sull'evidenza nella pratica clinica di routine per migliorare in modo sostenibile i risultati per i pazienti. 23 Sebbene siano stati profusi notevoli sforzi nello sviluppo e nella convalida dei modelli, è stata dedicata meno attenzione alla preparazione dei sistemi sanitari e dei medici per la loro implementazione nel mondo reale. 24 I framework di valutazione basati sulla simulazione hanno dimostrato che l'utilità clinica di un modello è determinata non solo dalla sua accuratezza predittiva, ma anche da quanto si allinea con i flussi di lavoro degli operatori, i tempi di intervento e la disponibilità delle risorse. 25 Questa discrepanza tra l'attenzione sull'accuratezza predittiva e i fattori pratici del mondo reale persiste nonostante la crescente consapevolezza che il successo dei modelli prognostici dipende da qualcosa di più del semplice raggiungimento di parametri di accuratezza impressionanti, come l'area sotto la curva ROC (Receiver Operating Characteristic Curve). 26

Un modello validato ed efficace richiede comunque un'implementazione appropriata per migliorare i risultati. Anticipare e affrontare gli ostacoli all'adozione del modello nelle prime fasi del processo garantisce che i modelli predittivi non siano solo teoricamente validi, ma anche praticabili. L'aderenza dei medici alle raccomandazioni del modello è essenziale quanto la sua efficacia per determinarne l'utilità clinica. Ad esempio, se un modello prevede un danno renale acuto e raccomanda interventi, misurare la coerenza con cui i medici seguono tali raccomandazioni può chiarire perché un modello appare meno accurato nel tempo (ciclo di feedback negativo). Nei casi in cui l'aderenza alle raccomandazioni suggerite dal modello è elevata, una scarsa performance percepita (vittima del proprio successo) potrebbe essere un segnale di successo, giustificandone un utilizzo più ampio anziché l'abbandono. Preparare i sistemi sanitari all'implementazione e alla valutazione continua delle prestazioni del modello dopo l'integrazione delle decisioni terapeutiche dovrebbe essere un passaggio essenziale, che richiede una collaborazione intenzionale e continuativa con gli scienziati addetti all'implementazione.

La strada da percorrere

Sono in corso notevoli sforzi per sviluppare modelli prognostici; tuttavia, pochi tengono conto degli effetti del trattamento indotti dal modello e del conseguente rischio di feedback ciclico. Il successo di questi modelli dipenderà non solo dalla loro capacità di incorporare le decisioni terapeutiche, ma anche dalla loro capacità di adattarsi dinamicamente agli ambienti clinici. Tuttavia, questa natura in evoluzione presenta anche un'importante sfida normativa non affrontata. I quadri normativi tradizionali per la tecnologia medica presuppongono un prodotto fisso, mentre i modelli prognostici che incorporano l'apprendimento adattivo sono intrinsecamente progettati per cambiare nel tempo. Gli enti regolatori dovranno non solo valutare la validità e le prestazioni iniziali di un modello, ma anche monitorarne costantemente la sicurezza, l'equità e le prestazioni man mano che si evolve con i mutevoli ecosistemi clinici. A differenza dei dispositivi medici tradizionali, questi modelli interagiscono e rimodellano costantemente la pratica clinica, rendendo insufficiente l'approvazione pre-implementazione. È necessaria una sorveglianza post-implementazione frequente e rigorosa.

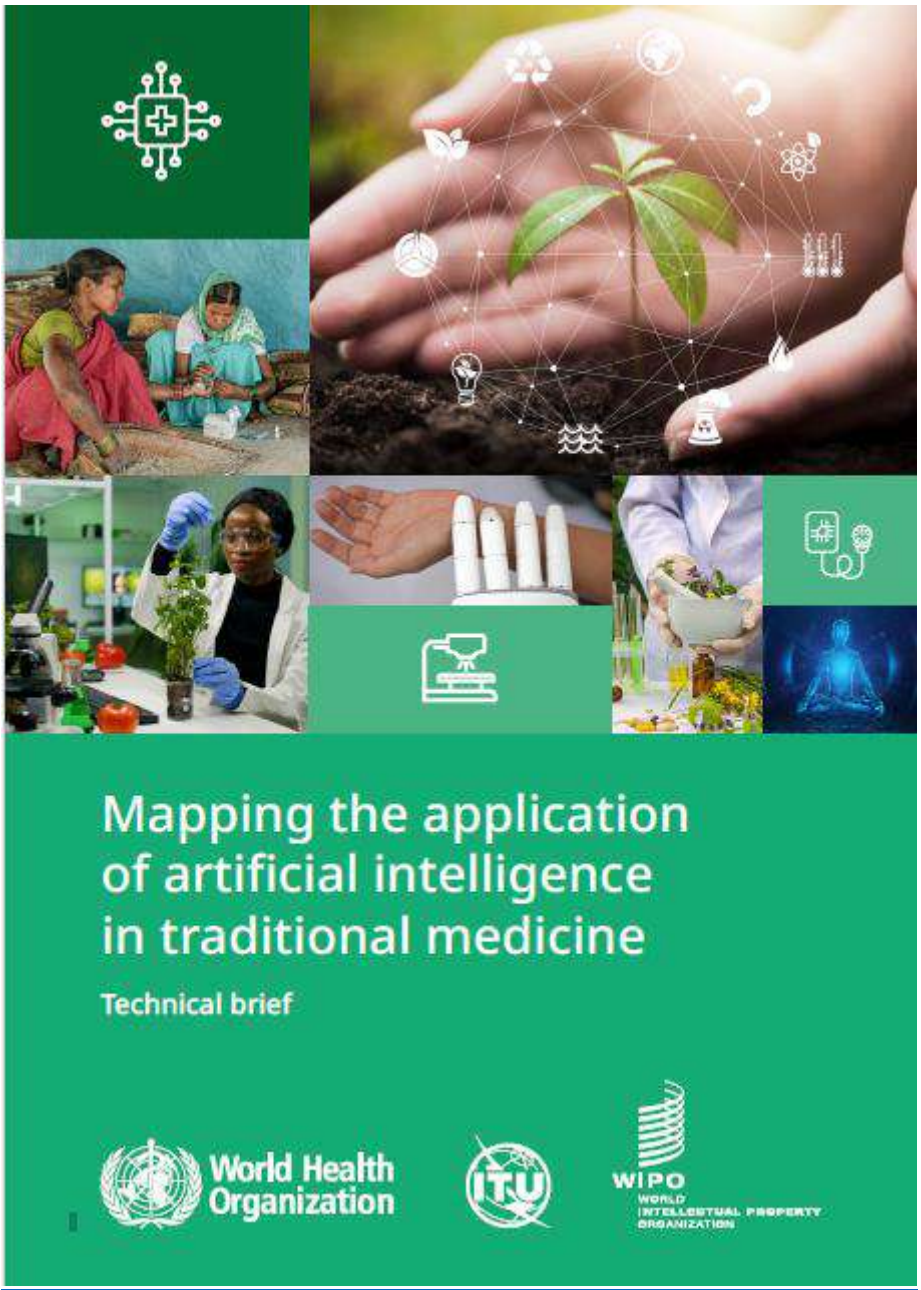
Affrontare questa sfida richiederà innovazione normativa, che includa linee guida esplicite. Le linee guida attuali, come TRIPOD+AI, non impongono la comunicazione di come le previsioni del modello e i trattamenti successivi potrebbero influenzare le prestazioni e l'utilità dopo l'implementazione. 27 I futuri percorsi normativi e le linee guida dovrebbero integrare l'audit dei modelli in tempo reale, requisiti di ricalibrazione periodica e sorveglianza post-implementazione per mitigare i rischi associati a feedback ciclici e conseguenze indesiderate. Questi approcci sono cruciali per garantire la sicurezza e l'utilità dei modelli adattivi in contesti sanitari in evoluzione.

Conclusione

Per migliorare l'utilità clinica dei modelli prognostici nei sistemi sanitari, è necessario considerare l'influenza delle decisioni terapeutiche basate su questi modelli sia sui risultati del modello che sugli esiti per i pazienti.

L'adozione di questa prospettiva richiede un cambio di paradigma nello sviluppo, nella validazione e nell'implementazione di modelli prognostici che includano politiche di trattamento esplicite e un approccio causale. In definitiva, ciò richiederà la collaborazione di un'ampia gamma di esperti, tra cui data scientist, epidemiologi, ricercatori clinici e scienziati dell'implementazione.

helancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500(25)00062-7/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email



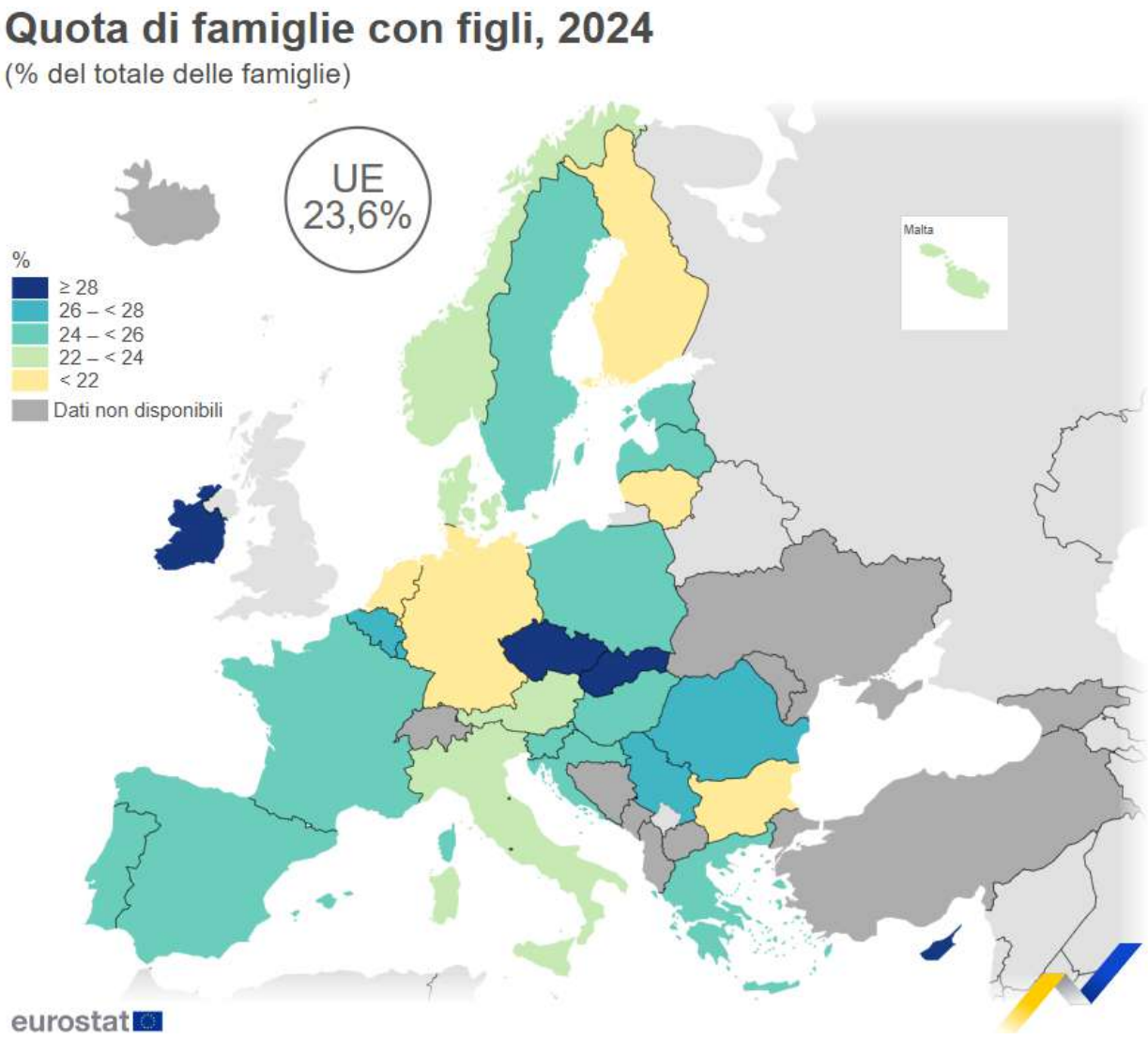
Sanità, sociale e long term care

quotidianosanità.it

Sette famiglie su dieci nell'UE sono senza figli. In Italia il 22% delle famiglie ha almeno un figlio: un dato sotto la media europea

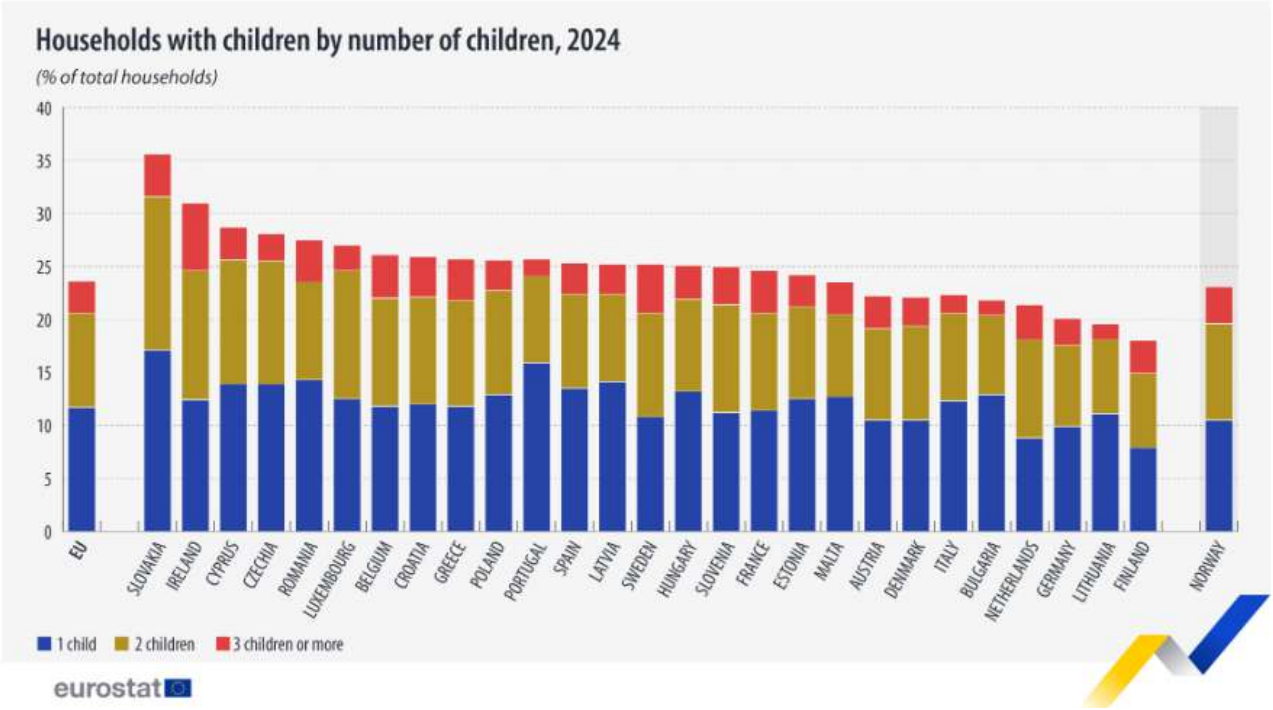
Nel 2024, solo il 23,6% delle famiglie nell'Unione Europea includeva figli, con l'Italia al di sotto della media (22,2%). Prevalgono i nuclei con un solo figlio (49,8%) e solo il 7,6% delle famiglie italiane ha tre o più figli. I dati Eurostat confermano la tendenza verso famiglie sempre più piccole e sollevano l'urgenza di politiche a sostegno della natalità.

Nel 2024, secondo i dati Eurostat, l'Unione Europea contava quasi 202 milioni di famiglie, ma solo il 23,6% di queste includeva figli, evidenziando una tendenza demografica preoccupante. Con solo il 22,2% delle famiglie italiane che includono figli, l'Italia si colloca al di sotto della media europea, posizionandosi tra i Paesi con le percentuali più basse.



Famiglie con figli: prevalenza del figlio unico

Tra le famiglie con figli nell'UE, quasi la metà (49,8%) ha un solo figlio, il 37,6% ne ha due e solo il 12,6% ne ha tre o più. Le famiglie con 1 figlio erano predominanti in tutti i paesi dell'UE, ad eccezione dei Paesi Bassi, dove la percentuale di famiglie con 2 figli era più elevata.
Le famiglie con 3 o più figli erano le meno comuni in tutti i paesi dell'UE. La loro percentuale tra tutti i nuclei familiari con figli variava dal 20,6% in Irlanda, al 18,1% in Svezia e al 17,4% in Finlandia, al 6,2% in Portogallo, al 6,4% in Bulgaria e al 7,6% in Italia.



Questi dati sottolineano la necessità di politiche mirate a sostenere la natalità e a supportare le famiglie, al fine di contrastare il declino demografico e garantire la sostenibilità sociale ed economica nel lungo termine.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=130797

quotidianosanità.it

L'Oms/Europa lancia una roadmap per i servizi di salute mentale, guidata dall'esperienza di vita

Sviluppata con il contributo diretto di utenti, familiari, professionisti e istituzioni di 29 Paesi, la strategia prevede sei azioni chiave per integrare in modo strutturale e retribuito questi "operatori per esperienza" nelle politiche e nei servizi. L'obiettivo è creare sistemi più umani, efficaci e orientati al recupero, attraverso la co-creazione, la formazione standardizzata e l'uso di strumenti digitali.

Trasformare i servizi di salute mentale, ovvero renderli più focalizzati sul recupero di una persona, non significa solo accedere a risorse aggiuntive o nuove tecnologie. Si tratta di qualcosa di più umano: riconoscere e includere le competenze delle persone che hanno vissuto con problemi di salute mentale.
Questa è la premessa alla base della nuova roadmap dell'OMS/Europa, "Trasformare la salute mentale attraverso l'esperienza vissuta", lanciata nelle scorse settimane.

La roadmap, la prima del suo genere per portata e scala, è stata progettata congiuntamente da persone che hanno vissuto o vivono con problemi di salute mentale, insieme ai loro familiari, nonché da Mental Health Europe, dal Ministero della Salute irlandese e dall'Health Service Executive. Si tratta di un modello di come i paesi possano integrare pienamente le persone con esperienza diretta, o vissuta, ("operatori di esperienze vissute") nelle politiche, nei servizi e nelle comunità di salute mentale. E nel corso del prossimo anno, OMS/Europa sosterrà l'attuazione della roadmap in alcuni paesi pilota.

L'esperienza vissuta come competenza

Chi ha avuto problemi di salute mentale porta con sé una competenza che non è offerta in nessun corso o libro di testo. "L'esperienza vissuta come competenza è uguale ma diversa da altre forme di competenza, come quella clinica, sociale e politica, per citarne alcune - afferma **Michael Ryan,** responsabile del coinvolgimento e del recupero nella salute mentale presso l'Health Service Executive irlandese e presidente della task force che ha sviluppato la tabella di marcia - L'esperienza vissuta è una conoscenza essenziale per creare sistemi sanitari che offrano alle persone che utilizzano tali servizi le massime opportunità di guarire e di crearsi una vita secondo le proprie scelte".

Gli operatori dell'esperienza vissuta ricoprono una serie di ruoli e applicazioni all'interno dei servizi di salute mentale: aiutano gli altri nel loro percorso di recupero, mostrando loro come si presenta il recupero o supportandoli nella navigazione attraverso i percorsi di cura, oppure forniscono consulenza alle organizzazioni e ai responsabili politici per stabilire se le politiche sulla salute mentale faranno effettivamente ciò che intendono

Qualunque sia il loro ruolo, le intuizioni dei professionisti dell'esperienza vissuta, insieme a quelle dei fornitori di servizi, dei decisori politici e delle famiglie, sono fondamentali per costruire sistemi di salute mentale che non siano solo efficaci, ma anche compassionevoli e orientati al recupero, mettendo la persona al centro.

"Il vantaggio principale dell'esperienza vissuta è dare speranza a chi lotta contro problemi di salute mentale: la speranza che la guarigione sia possibile per tutti – afferma Michael – includendo il potere dell'esperienza vissuta, i sistemi sanitari possono trasformare il modo in cui erogano i servizi e la vita di chi li utilizza".

Trasformare l'intuizione in azione

La tabella di marcia delinea 6 azioni essenziali affinché i paesi integrino l'esperienza vissuta nei sistemi e nei servizi di salute mentale, tra cui:

- rafforzare la politica nazionale per includere formalmente i ruoli di esperienza vissuta
- costruire la prontezza organizzativa per un'integrazione significativa
- promuovere la co-creazione nella progettazione e nell'erogazione dei servizi
- standardizzare la formazione e lo sviluppo professionale
- supportare i professionisti attraverso la supervisione e la pratica riflessiva
- ampliare la portata utilizzando innovazioni digitali.

Queste azioni si basano su una revisione sistematica delle prove, su casi concreti di ciò che ha funzionato in tutta Europa e sulle diverse competenze di professionisti con esperienza diretta, operatori sanitari, accademici e responsabili politici di 29 paesi europei.

Ruoli professionali retribuiti

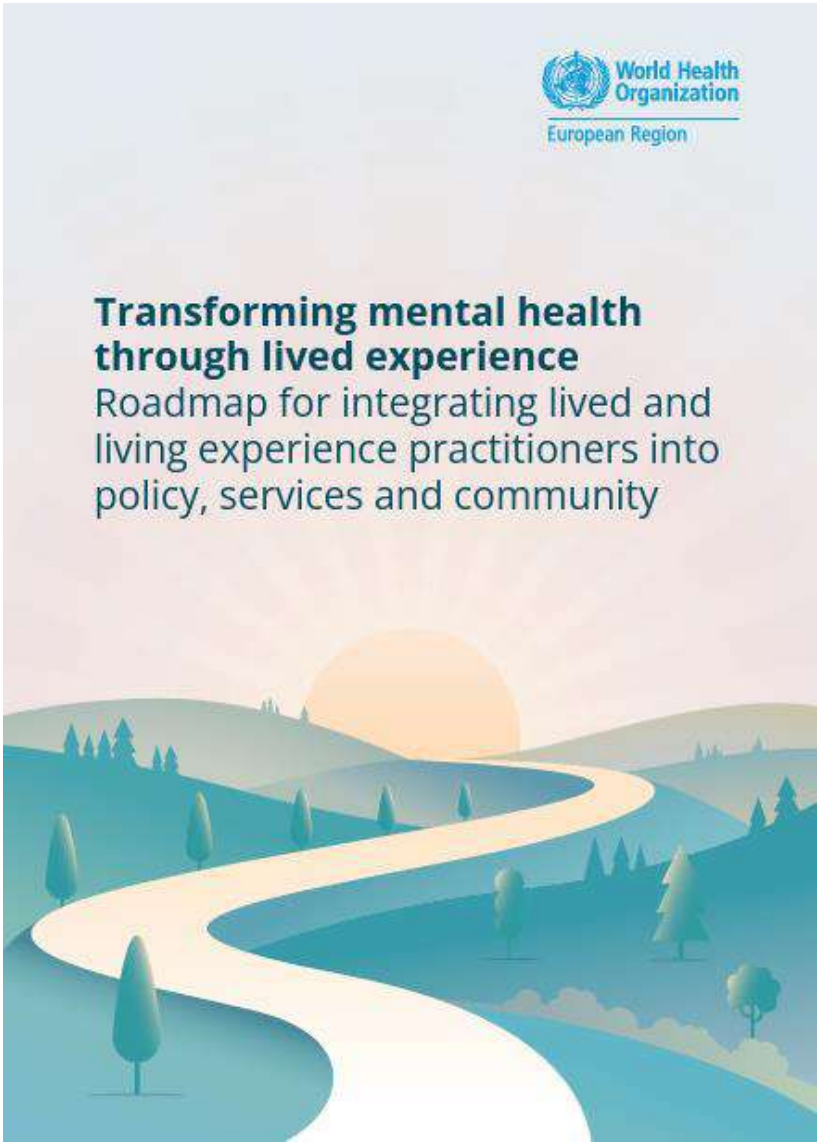
Sebbene l'86% dei Paesi, in una recente indagine OMS/Europa, affermi di includere l'esperienza vissuta nell'elaborazione delle politiche in materia di salute mentale, molti lo fanno in modo puramente simbolico. La roadmap è progettata per trasformare questa situazione, passando da una consulenza occasionale a ruoli professionali significativi e retribuiti che riflettano il valore dell'esperienza vissuta.

Ognuno ha un ruolo da svolgere

Uno dei punti di forza principali della roadmap è il fatto che sia stata co-creata da una task force di esperti per esperienza e professione. Questa task force è stata presieduta da Michael Ryan insieme a Catherine Brogan, ex presidente di Mental Health Europe, attuale CEO di Suicide or Survive e appassionata sostenitrice dell'integrazione dell'esperienza vissuta nella progettazione dei servizi e nell'elaborazione delle politiche in Irlanda.

“Co-creazione significa includere – su un piano di parità, e fin dall’inizio del progetto, del programma, della politica o del servizio – la voce di tutti gli attori rilevanti”, afferma Catherine Brigan. “Questo significa persone con esperienza vissuta/vivente, familiari, fornitori di servizi, società civile, organizzazioni non profit, decisori politici e altri. Questa è la forza della co-creazione: ognuno si assume la responsabilità e sa di avere un ruolo da svolgere nella trasformazione dei sistemi di salute mentale”.
La co-creazione è sempre più considerata una buona pratica nella progettazione e nell’erogazione dei servizi di salute mentale. L’OMS/Europa ha integrato da anni i principi di co-creazione nella progettazione dei propri prodotti tecnici, come il framework “Giovani impegnati per la salute mentale” del 2023. “Questa roadmap è un chiaro esempio di co-creazione – prosegue – e il fatto che sia stata co-creata sarà fondamentale per l’effettiva attuazione delle azioni previste dalla roadmap, promuovendo un autentico impegno organizzativo”.

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=131034



https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1752822578.pdf

welforum.it

I Leps: situazione attuale e prospettive

Franco Pesaresi

LEPS posso essere definiti come servizi che devono essere garantiti in tutto il territorio nazionale. Ma a cosa servono?

Per rispondere a questa domanda occorre tornare al 2001, quando la Costituzione è stata modificata in senso federalista e si è dato potere alle Regioni. Uno di questi poteri affidati alle Regioni prevedeva la competenza legislativa esclusiva in materia assistenziale, e quindi relativa ai servizi sociali. All'epoca – ma purtroppo anche adesso – c'era una straordinaria differenza tra i servizi che venivano garantiti dalle diverse Regioni. L'inserimento dei livelli essenziali delle prestazioni sociali nella Costituzione, in presenza di differenze così grandi tra le diverse Regioni, serviva e serve ancora oggi per garantire ai cittadini una base minima di servizi uguale per tutti. L'obiettivo dei LEPS è, quindi, quello di garantire equità e omogeneità (o parziale omogeneità) nella distribuzione dei servizi in tutto il territorio nazionale. Ovviamente questo ha una ricaduta anche sui modelli organizzativi.

La Legge 328/2000, all'articolo 22, identificava i livelli essenziali come "famiglie" di servizi: l'assistenza domiciliare, l'assistenza residenziale, e via dicendo. La legislazione successiva individua i livelli essenziali come singoli servizi o interventi specifici. A differenza dei LEA sanitari, individuati in modo organico tramite uno specifico Decreto aggiornato nel corso degli anni, i LEPS sono stati individuati attraverso una serie di normative diverse, senza un disegno organico, ma attraverso un ampliamento costante ma, ancora oggi, largamente incompleto. Si tratta comunque di servizi e attività ben enucleati e identificati.

Ma come si garantisce la loro esigibilità? La Costituzione dice che, una volta che lo Stato definisce i livelli essenziali, tutti i territori devono garantire ai cittadini la parità di accesso ai servizi sociali. Per fare ciò devono essere previsti una serie di strumenti per verificare che tutte le Regioni e i Comuni siano adempienti. Nel momento in cui una prestazione diventa un livello essenziale dovrebbe diventare esigibile, e quindi l'esigibilità da parte del cittadino dovrebbe essere sopportata da strumenti che i cittadini e gli operatori possono utilizzare a tutela della stessa.

Non basta, quindi, individuare i livelli essenziali ma serve un sistema più complesso per l'attuazione e la garanzia degli stessi, che si compone di almeno 5 elementi:

1. **Chi provvede all'attuazione dei livelli essenziali**: questo compito è già stato definito dalla Legge di bilancio del 2021, che ha stabilito che i livelli essenziali debbano essere realizzati dagli Ambiti territoriali sociali, che quindi dovranno avere una competenza gestionale importante. Le Regioni dovranno definire le forme per la gestione associata dei servizi sociali a livello di ATS, enti in grado di avere autonomia gestionale, amministrativa e finanziaria. Tutte quelle situazioni – oggi la maggioranza – che vedono l'ATS appoggiarsi attraverso una Convenzione ai Comuni capofila non sono più rispondenti a questo modello organizzativo. Anche per questo sono in pubblicazione le nuove linee guida ministeriali sui modelli organizzativi degli ATS, che dovrebbe promuovere proprio questa svolta locale.

2. **Il sistema di finanziamento pubblico**: lo Stato ha riconosciuto che serve un sistema di finanziamento pubblico dei livelli essenziali dedicato e adeguato nel suo importo. I LEPS finora definiti sono stati tutti finanziati dallo Stato, ma in genere in modo inadeguato.

3. **L'individuazione degli obiettivi di servizio**: l'obiettivo di servizio definisce la quantità di prestazioni di quel livello essenziale che devono essere garantite in un ATS, è l'obiettivo minimo che l'Ambito deve raggiungere. L'obiettivo di servizio naturalmente può modularsi nel tempo, attraverso obiettivi intermedi, ma anche nei contenuti. Senza gli obiettivi di servizio, l'esigibilità diventa complicata se non addirittura impossibile. Il compito di definire gli obiettivi di servizio spetta allo Stato, ma al momento – salvo per un LEPS – non sono ancora stati definiti.

4. **Il monitoraggio e gli interventi sostitutivi**: per verificare se ci sono territori adempienti e inadempienti serve un sistema di indicatori che confluiscano in un rapporto nazionale annuale di monitoraggio dei LEPS. Affinché il sistema funzioni occorre anche degli interventi sostitutivi: laddove il territorio non ha realizzato gli obiettivi dei LEPS, bisogna definire un quadro normativo per gli interventi sostitutivi. La Corte costituzionale ha definito che nei territori inadempienti debba essere nominato un commissario – in prima istanza il sindaco di quel territorio e in seconda istanza un commissario prefettizio – per dare attuazione agli obiettivi di servizio di quel livello essenziale.

5. **Revisione e aggiornamento dei LEPS**: occorre la completa individuazione, manutenzione e aggiornamento dei LEPS. Le cose cambiano e quindi anche i contenuti di un LEPS possono richiedere degli aggiornamenti ma soprattutto occorre completare il quadro dei LEPS. Serve una cabina di regia nazionale, da identificare presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, che coinvolga anche i soggetti attuatori, i Comuni e le Regioni che provveda a questo compito.

In conclusione, ci sono aspetti positivi e aspetti negativi. L'aspetto positivo è che, dopo tanti anni di attesa, finalmente si parla concretamente di livelli essenziali e si è individuato il primo nucleo di livelli essenziali delle prestazioni sociali. L'aspetto negativo è che l'identificazione di questi livelli essenziali – tutt'oggi graduale ed incompleta – procede in carenza di un sistema di garanzia che renda i livelli essenziali accessibili ed esigibili. Se non si costruisce questo sistema di garanzia, la stessa individuazione dei livelli essenziali risulta del tutto inefficace.

https://www.welforum.it/i-leps-situazione-attuale-e-prospettive/?fbclid=IwY2xjawLy1B5leHRuA2FlbQIxMQABHm--dUKjQyYred5Ry-tE-ggahri0yBQdMM_jRyLA_NxAm5PLiQpLEIyWC7OL_aem_RpeSqCeroUPJJIws5qWdUg

Economia e sanità

lavoce.info

Aspettando ogni mese una nuova busta paga

Simone Cerlini

Tante famiglie italiane non sono in grado di affrontare una spesa imprevista di 800 euro. Avere un lavoro e uno stipendio discreto non è più garanzia di sicurezza. La fragilità finanziaria è un problema serio, anche nei paesi di welfare consolidato.

Gli americani non riescono a risparmiare

Negli Stati Uniti, una quota crescente di lavoratori non riesce a risparmiare nulla a fine mese. Secondo il report *Paycheck-to-Paycheck* pubblicato da Pymnts Intelligence, il 62 per cento degli adulti americani vive appunto "da busta paga a busta paga", ossia consuma integralmente il proprio stipendio per coprire le spese

ordinarie. Il dato non riguarda solo le fasce a basso reddito: il 48 per cento di coloro che guadagnano più di 100mila dollari all'anno vive così, inclusa una quota del 36 per cento di chi guadagna oltre 200mila dollari all'anno.
Una parte maggioritaria della forza lavoro non riesce ad accumulare risorse o a fronteggiare imprevisti economici, una fragilità strutturale, che va oltre la semplice povertà reddituale. Annamaria Lusardi ha definito questa condizione come *financial fragility*, riferendosi all'incapacità di affrontare una spesa imprevista anche modesta – come 400 dollari – senza ricorrere a debiti, rinunce o aiuti esterni. La stessa soglia è adottata dalla Federal Reserve nel suo rapporto annuale sul benessere economico delle famiglie americane, dove nel 2023 il 37 per cento degli adulti ha dichiarato di poterla sostenere solo con difficoltà.
Le cause di questa fragilità sono molteplici. Il sistema statunitense si caratterizza per l'assenza di protezioni universali in settori strategici come sanità, abitazione e istruzione. I costi associati a questi ambiti assorbono una quota crescente del reddito disponibile, anche per i lavoratori a tempo pieno e anche per redditi elevati. A ciò si sommano l'erosione dei salari reali, la diffusione di contratti instabili e l'indebitamento diffuso, in particolare tra le generazioni più giovani.
A rendere ancora più fragile la posizione di molti lavoratori americani (ma non solo) contribuisce un doppio vincolo familiare: da un lato i figli a carico, con spese crescenti per istruzione, trasporti, assistenza extrascolastica; dall'altro i genitori anziani, spesso privi di copertura pubblica per cure di lungo periodo. Il fenomeno – descritto come *sandwich generation* – colpisce soprattutto la fascia tra i 40 e i 55 anni, che si trova a sostenere un carico economico e di cura bilaterale, senza reti di supporto adeguate e spesso senza patrimonio personale.
La mancanza di un sistema pubblico per la cura genera una compressione costante del margine economico e anche del tempo disponibile al lavoro. Si tratta di una condizione strutturale di esposizione al rischio. E la si può spiegare anche con la povertà patrimoniale.
Molti lavoratori formalmente inclusi nel mercato non dispongono di beni durevoli – casa di proprietà, risparmi, investimenti, capitale relazionale – in grado di offrire protezione in caso di difficoltà. L'assenza di patrimonio impedisce non solo l'accumulo, ma anche la trasmissione intergenerazionale di risorse e opportunità.
Le famiglie senza asset sono più vulnerabili alle oscillazioni del mercato e meno in grado di accedere al credito o di sostenere i costi di formazione, cura e mobilità. In questo quadro, la rete familiare non è più un fattore di resilienza, ma rischia di diventare un ulteriore vincolo.

Il lavoro non basta più per essere protetti
Il risultato è che, pur essendo occupata, una quota rilevante della popolazione vive in una condizione di insicurezza economica permanente. Questa condizione limita la capacità di pianificare il futuro, di cambiare lavoro, di affrontare transizioni familiari o professionali. In altri termini, il lavoro smette di rappresentare una garanzia di cittadinanza economica.
Il fenomeno evidenzia una trasformazione del rapporto tra lavoro e benessere: non è più sufficiente essere occupati per essere al sicuro, nemmeno quando il lavoro genera redditi che superano la soglia di povertà. Il salario diventa un flusso che copre i costi correnti ma non genera riserve. Non produce capacità di investimento, né autonomia decisionale.

La situazione in Italia
È una condizione che non riguarda i soli Stati Uniti. In Italia, i dati Istat indicano che oltre il 40 per cento delle famiglie non è in grado di affrontare una spesa imprevista di 800 euro. Emerge un nuovo tipo di disuguaglianza, centrato sull'assenza di margine: economico, ma anche di tempo e di relazioni di valore. Lavorare non basta più a essere protetti, e nemmeno a partecipare pienamente alla vita sociale ed economica.
I soggetti colpiti da questa forma di fragilità sono formalmente inclusi nel mercato del lavoro, ma sostanzialmente esposti e vulnerabili. In questa situazione, il lavoro perde la sua funzione emancipativa e viene ridotto a strumento di mera sopravvivenza.
Dal punto di vista delle politiche pubbliche, la priorità è uscire da una logica che misura l'inclusione sociale solo sulla base dell'occupazione o del reddito.

Servono nuovi indicatori in grado di cogliere la capacità di assorbire shock, l'accesso reale ai servizi, la possibilità di interrompere o modificare il proprio percorso lavorativo senza conseguenze irreparabili. In questa direzione, gli studi sulla *financial fragility* offrono una base concettuale più adatta a comprendere la natura contemporanea delle disuguaglianze.
Anche nei paesi con welfare consolidato, la contrazione dei salari e la progressiva mercificazione di servizi essenziali, dai trasporti alla sanità, erodono la funzione protettiva dell'occupazione.
La fragilità economica non è più un fenomeno marginale o temporaneo: è diventata una condizione ordinaria per una parte maggioritaria della forza lavoro.
Se si aggiunge che la pressione fiscale in Italia colpisce soprattutto i lavoratori dipendenti con reddito superiore ai 35mila euro, che sostengono quasi completamente il costo delle protezioni sociali e della spesa pubblica, di fronte a una polarizzazione della ricchezza e a una concentrazione che crea sacche di privilegio, la direzione del nostro sviluppo economico sembra correre in direzione della promozione del risentimento.

Aspettando ogni mese una nuova busta paga - Lavoce.info

FiscoEquo
la rivista online di LEF

La tassazione progressiva come strumento di sviluppo e coesione sociale

Carlo Palumbo

La convinzione che una tassazione progressiva e una maggiore imposizione sulle rendite finanziarie e sui patrimoni determinino automaticamente la fuga dei capitali, la perdita di occupazione e il declino del benessere economico non trova conferma nei dati empirici. Al contrario, numerose ricerche dimostrano che l'equilibrio fiscale ottenuto attraverso una distribuzione più equa del carico tributario contribuisce a una crescita economica più stabile e sostenibile. L'idea che le imposte progressive inducano i contribuenti ad abbandonare il proprio paese per rifugiarsi in giurisdizioni a fiscalità agevolata è stata ampiamente discussa, ma studi condotti dal Center on Budget and Policy Priorities (CBPP) e dalla London School of Economics indicano che i fattori fiscali sono raramente l'unica o principale motivazione della mobilità di capitali e individui facoltosi. Le scelte residenziali rispondono a variabili complesse, che includono la qualità dei servizi pubblici, il sistema educativo, la sicurezza e le reti sociali.
In questo contesto, l'introduzione di imposte sulle rendite finanziarie e sui patrimoni può costituire uno strumento efficace per ridurre le disuguaglianze, soprattutto se applicata in modo coordinato tra gli Stati membri dell'Europa. L'economista Gabriel Zucman ha stimato che una tassa patrimoniale europea, anche con una moderata aliquota, potrebbe generare entrate significative senza indurre fughe di capitali rilevanti (Zucman, 2019). Le esperienze nazionali, come quella francese con l'ISF, non dimostrano l'inevitabilità dell'insuccesso, ma evidenziano la necessità di una progettazione attenta e tecnicamente adeguata.
Un confronto internazionale aiuta a comprendere meglio i limiti e le potenzialità delle imposte patrimoniali. In Francia, l'ISF (Impôt de Solidarité sur la Fortune), abolito nel 2017 e sostituito dall'IFI (Impôt sur la Fortune Immobilière), tassava il patrimonio netto superiore a 1,3 milioni di euro, con aliquote progressive fino all'1,5%. Il gettito era modesto (circa lo 0,2% del PIL), ma simbolicamente rilevante. In Spagna l'imposta patrimoniale, reintrodotta dopo il 2008, varia per soglia e aliquote tra le Comunità Autonome, con esenzioni totali a Madrid e piena applicazione in Catalogna. In Norvegia e Svizzera l'imposta patrimoniale è più consolidata: in Norvegia si applica con una soglia relativamente bassa e gode di ampio consenso sociale; in Svizzera è gestita a livello cantonale, ma è considerata stabile e ben accettata.

Tali esempi mostrano che un'imposta patrimoniale può essere efficace e sostenibile se ben disegnata, proporzionata e legittimata socialmente. La trasparenza, la semplicità e l'integrazione con altri strumenti progressivi (come le imposte su successioni e capital gains) sono fattori chiave per evitarne l'elusione e massimizzarne l'equità.
Tuttavia, la presenza di paradisi fiscali all'interno dell'Unione Europea – come Irlanda, Paesi Bassi, Lussemburgo e Malta – mina le politiche redistributive degli Stati a fiscalità ordinaria. Queste giurisdizioni, offrendo regimi estremamente favorevoli, facilitano la pianificazione fiscale aggressiva e la riduzione artificiosa della base imponibile, con conseguenze distorsive per il mercato unico e la solidarietà europea.
Particolarmente significativa è la questione della tassazione delle grandi multinazionali del settore digitale e del commercio elettronico. Aziende come Google, Apple, Amazon e Meta hanno spesso concentrato i profitti in paesi a bassa tassazione attraverso strategie di profit shifting, sfruttando le lacune normative dei sistemi fiscali nazionali e internazionali. Questo fenomeno ha sollevato ampie critiche da parte della dottrina economico-giuridica, che ha sottolineato la necessità di superare il criterio della "presenza fisica" per definire la soggettività passiva di imposta.
A livello europeo, oltre alla proposta BEFIT (Business in Europe: Framework for Income Taxation), che intende introdurre una base imponibile consolidata comune per le multinazionali operanti nell'UE, si segnala l'iniziativa della Digital Services Tax (DST), proposta da diverse giurisdizioni (tra cui Francia, Italia e Spagna) come imposta provvisoria in attesa di una soluzione globale. La DST, nella formulazione italiana (Legge n. 160/2019), si applica ai ricavi derivanti da servizi digitali, come la pubblicità online, l'intermediazione digitale e la vendita di dati generati da utenti.
A livello OCSE, il cosiddetto "Pillar One" mira a riassegnare parte dei profitti delle grandi multinazionali ai paesi in cui risiedono gli utenti e i consumatori, introducendo il concetto di "presenza economica significativa". La dottrina ha proposto anche modelli alternativi, come l'imposta unitaria con ripartizione (formulary apportionment), che si basa sulla ripartizione del profitto globale delle multinazionali secondo parametri oggettivi (fatturato, dipendenti, utenti), superando il concetto di stabile organizzazione (Avi-Yonah, 2000).
Una crescente evidenza empirica suggerisce che non è la tassazione progressiva a frenare la crescita economica, bensì le disuguaglianze stesse. Il Fondo Monetario Internazionale ha più volte evidenziato che una distribuzione più equa del reddito è compatibile con una crescita più solida e sostenibile (IMF, 2014). Le disuguaglianze eccessive compromettono la coesione sociale, riducono la domanda aggregata e aumentano l'instabilità politica ed economica.
Ulteriori analisi econometriche, come quelle contenute nei lavori di Thomas Piketty (2013) e Anthony B. Atkinson (2015), dimostrano che le politiche redistributive basate sulla progressività fiscale sono associate a una maggiore mobilità sociale, a un miglioramento dell'accesso ai servizi essenziali e a una minore incidenza della povertà relativa. Inoltre, l'OCSE ha sottolineato come i sistemi fiscali progressivi ben progettati possono incrementare la produttività attraverso investimenti in capitale umano e infrastrutture pubbliche, due elementi essenziali per la competitività economica di lungo periodo (OECD, 2015).
È altresì rilevante notare che una struttura fiscale regressiva tende a colpire in misura maggiore i consumi delle fasce meno abbienti, con effetti negativi sulla domanda interna. Al contrario, la redistribuzione del reddito tramite una fiscalità progressiva agisce da stabilizzatore automatico nei cicli economici: in fasi recessive, riduce l'impatto sui consumi; in fasi espansive, contribuisce a prevenire il surriscaldamento economico.
Questa impostazione ha anche profonde implicazioni in termini di coesione e pace sociale. Quando le disuguaglianze si ampliano e una parte significativa della popolazione percepisce il sistema fiscale come ingiusto e sbilanciato a favore delle élite economiche, si creano condizioni favorevoli a tensioni sociali, polarizzazione politica e conflitti civili. Una tassazione equa, progressiva e armonizzata a livello europeo può agire da strumento di prevenzione dei conflitti sociali, garantendo maggiore fiducia nelle istituzioni e una distribuzione più equa delle risorse. Come evidenziato in numerosi rapporti della Banca Mondiale e dell'UNDP, l'equità fiscale è una componente chiave della stabilità democratica e del mantenimento della pace in contesti pluralistici e globalizzati.
Pertanto, un sistema fiscale più equo e coordinato a livello europeo, basato sulla progressività e sull'ampliamento della base imponibile alle rendite e ai patrimoni, non solo è compatibile con la crescita

economica, ma rappresenta una condizione necessaria per ridurre le disuguaglianze e preservare la coesione sociale. Contrastare l'elusione fiscale delle multinazionali e armonizzare le politiche tributarie sono passaggi imprescindibili per garantire una giustizia fiscale capace di sostenere uno sviluppo realmente inclusivo e duraturo nell'Unione Europea

https://www.fiscoequo.it/la-tassazione-progressiva-come-strumento-di-sviluppo-e-coesione-sociale/