



Associazione Italiana per la
Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

9

ASIQUAS Review

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

“Per una sanità pubblica ... anche dopo la pandemia”

n. 31 del 1.10.2025



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

Review realizzata in collaborazione con:

DIPARTIMENTO
DI SCIENZE SOCIALI
ED ECONOMICHE



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Nota redazionale.

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

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

Per le Istituzioni:

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

Per i dati:

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

Criteri di selezione:

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

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

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

I curatori

Giorgio Banchieri

Segretario Nazionale del CDN ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale; Docente presso il Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche, Progettista e Coordinatore Didattico dei Master MIAS, MEU e MaRSS, Università “Sapienza” Roma; Già Direttore dell'Osservatorio della Qualità del SSR del Molise; Docente ai master e Direttore di progetti di ricerca e di consulenza organizzativa e gestionale in aziende sanitarie (Asl e AO) presso la LUISS Business School di Roma, presso L'Università Politecnica della Marche, presso Università del Salento; Direttore di www.osservatoriosanita.it; 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.

Luigi Bertinato

Da Novembre 2023 a tutt'oggi è Senior Consultant presso l'Ufficio Europeo per gli Investimenti per la Salute e lo Sviluppo dell'OMS di Venezia. In precedenza è stato dal 2017 fino all'ottobre 2023 Responsabile della Segreteria Scientifica dell'Istituto Superiore di Sanità di Roma con il Prof. Brusaferrò, in particolare, durante la Pandemia da Covid-19. Direttore Sanitario dell'Azienda Sanitaria Locale n.22 di Regione Veneto, dal 2013 al 2016. Direttore UOC presso la ULSS 9 scaligera nel settore della organizzazione dei servizi sanitari di base: UOC Integrazione ospedale-territorio, UOC Disabilità e UOC Rapporti socio-sanitari internazionali.

Dal 1998 al 2010 è stato Direttore dell'Ufficio per i rapporti internazionali della Regione Veneto, dove ha gestito, per conto della Commissione Salute delle Regioni, anche tutte le emergenze sanitarie internazionali: Guerra Libano 2006, Medevac Iraq 2003, Tsunami 2004, Kosovo (1999-2008), Beslan 2004, Terremoto Ban 2003, Angola epidemia di febbre di Marburg 2004.

Ha lavorato per l'Organizzazione Mondiale della Sanità in Africa (Zimbabwe) dal 1988 al 1990 in Primary Health Care, per l'UNESCO come consulente nel campo dell'educazione preventiva a Parigi nel 1994 e per la UE nel gruppo di esperti dell'UE sugli Investimenti in salute a Bruxelles nel 2009.

È attualmente membro delle seguenti società scientifiche: SITI, SIMEDI, SIMIT, ANMDO. Laureato a Padova in medicina e chirurgia e specializzato a Verona in Medicina Interna.

Antonio Giulio de Belvis

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

Maurizio Dal Maso

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

Emanuele Di Simone

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

Nicoletta Dasso

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

Lidia Goldoni

Socio ASQUAS, 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 servizi sociali e assistenziali per anziani.

Francesco Medici.

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

Franco Pesaresi

È direttore dell'Azienda servizi alla persona (ASP) «Ambito 9» di Jesi (An) che gestisce i servizi sociali e socio-sanitari per i 21 comuni dell'Ambito sociale. È stato direttore di Zona dell'Asur Marche e direttore dell'Area Servizi alla persona del Comune di Ancona. Autore di oltre 40 libri. Recentemente ha pubblicato *Curare la sanità* (2024), *Il manuale del caregiver familiare* (Maggioli, 2021), *Il Manuale del centro diurno* (Maggioli, 2018), *Quanto costa l'Rsa* (Maggioli, 2016), ha curato il volume *Il nuovo Isee e i servizi sociali* (Maggioli, 2015) ed ha collaborato al volume *Il reddito d'inclusione sociale* (Reis) (Il Mulino, 2016). È componente di NNA che cura annualmente il *Rapporto sulla non autosufficienza in Italia*. E' coordinatore nazionale del "Patto per un nuovo welfare per la non autosufficienza". Blog: <https://francopesaresi.blogspot.com/>.

Maria Piane

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

Mario Ronchetti

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

Andrea Vannucci

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

Contatti.

giorgio.banchieri@gmail.com; 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

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

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

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

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

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

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

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

Indice

Articoli di apertura	9
Quotidiano sanità - <i>Per delle Comunità che curano: dal modello Frome alle prospettive italiane</i> -S. Scelsi, G. Banchieri, L. Franceschetti, A. Vannucci	9
Quotidiano sanità - <i>Convergenze e divergenze tra “modello Frome” (U.K.) e realtà delle comunità in Italia</i> - S. Scelsi, G. Banchieri, L. Franceschetti, A. Vannucci	16
Quotidiano sanità - <i>Sanità pubblica: concentriamoci sui problemi del presente</i> - Claudio Maria Maffei	25
Welforum.it - <i>Valutazione della disabilità: la tentazione di ridimensionare le novità, Minimizzato il WHODAS 2.0 ancor prima di cominciare</i> - Franco Pesaresi	27
SOS Sanità - <i>La pianificazione sociale delle Regioni e degli Ambiti Sociali</i> - Franco Pesaresi	31
SOS Sanità - <i>I tumori in Italia: la qualità dell’assistenza</i> - Franco Pesaresi	34
Comunità, solitudini e salute	38
Quaderni Medical Humanities -	38
Sanità Info - <i>Solitudine, +13,4% dopo la pandemia: studio su 159 Paesi rivela profonde disuguaglianze</i> - Isabella Faggiano	40
Euro Health Net – <i>Social Inequalities in health in The EU</i> -	43
UR Commission – <i>The rule of in the healthcare in reducing inequalities and poverty in EU.</i>	46
La Voce Info - Il problema di fondo della disuguaglianza economica - Maurizio Bovi	51
ONU Web TV - <i>Partecipazione sociale ed equità sanitaria come motori di società sostenibili e prospere</i>	54
Fondazione REIS - <i>Fragilità economica, welfare sanitario e Mezzogiorno: istituzioni e società civile a confronto per una nuova coesione nazionale.</i>	55
Sistema Salute - <i>L’impegno per la sanità pubblica. Interpretazioni e prospettive</i> -Chiara Giorgi	56
Gaza	61
The Lancet - <i>L’ecidio sanitario di Gaza: le società mediche non devono restare in silenzio</i> - Alessandro Vitale , Mohammad Abu Hilal e altri	61
Salute Internazionale - <i>“Come può il mondo tacere su Gaza?”</i> - Global Sumud Flotilla	62
Salute Internazionale - <i>All you need is love</i> - Letizia Fattorini	63
Il Sole 24 Ore - <i>«Luci sulla Palestina»: 20mila operatori di 230 ospedali d’Italia ricordano i 1.677 colleghi uccisi a Gaza</i> - Barbara Gobbi	66
Scenari della sanità	68
The NEJM - <i>Effetti negativi sulla salute delle disposizioni relative all’energia contenute nel “One Big Beautiful Bill”</i> - Robert L. Glicksman	68
OECD – <i>Decarbonising health system across OECD countries</i>	70
Quotidiano sanità - <i>Nella proposta del PD sulla sanità e nella critica 5 Stelle manca un continente: la cura</i> - Francesco Bottaccioli	76
Eurostat – <i>Key figures on european living conditions</i>	78
WHO – <i>Health workforce migration in the WHO europa region</i>	87
Salute Internazionale - <i>Migranti. Please, non diventiamo mostri.</i> - Richard Horton, Direttore di The Lancet	90
Scenari del SSN	91
Quotidiano sanità - <i>Senza autocritica la sinistra non potrà rilanciare la sanità pubblica</i> -Ivan Cavicchi	91
Cultura Salute Perugia – <i>Monografia: l’indispensabile Servizio Sanitario Nazionale.</i>	95
Sistema Salute - <i>Un paradigma relazionale per rigenerare il welfare sanitario: il laboratorio di Piano B</i> - Carla Collicelli	97
Sostenibilità della sanità	101
Ministero Salute – <i>Fabbisogno Professioni sanitarie nelle Regioni.</i>	101
Quotidiano sanità - <i>La sanità che avanza a fatica. Crescita moderata del finanziamento, ma resta il divario territoriale Nord-Sud. L’annuario statistico della Ragioneria</i>	103
Quotidiano sanità - <i>Nuovi Lea. “Fermi da due anni. Superare subito gli ostacoli burocratici”. L’appello delle 75 società scientifiche del FoSSC.</i>	104
Quotidiano sanità - <i>Lea 2023. Gimbe: “8 regioni peggiorano rispetto al 2022”</i>	105
Quotidiano sanità - <i>Spesa sanitaria pubblica 2024. Gimbe: “Italia al 6,3% del Pil, ben sotto la media Ocse del 7,1%”</i>	109
Quotidiano sanità - <i>I guai della finanziarizzazione del Ssn</i> - Gianluigi Trianni, Aldo Gazzetti	111

Quotidiano sanità - <i>Sia la sanità che la medicina dovrebbero voltare pagina ma sono pochi coloro che lo vorrebbero fare per davvero</i> - Ivan Cavicchi	114
Corriere della sera - <i>In Italia 1,3 milioni di bambini in povertà assoluta. «La vera emergenza è il capitale umano»</i> - Giuliana Ferraino	116
AlFA – <i>Monitoraggio spesa sanitaria</i> – Aprile 2025	119
One Health e clima	125
Science - <i>Lo scioglimento del permafrost sta colorando di arancione i fiumi artici, creando problemi ai pesci</i> - Warren Cornwall	125
Science - <i>Aumento dei virus trasmessi dalle zanzare in un'Europa che si sta riscaldando</i> - Meredith Wadman	127
The NEJM - <i>Cibo ultraprocesso su un binario ultraveloce</i> - David S. Ludwig	129
Sanità Informazione - <i>Inquinamento e cambiamenti climatici: per 7 italiani su 10 sono una minaccia per salute e futuro</i>	131
Quotidiano sanità - <i>Caldo estremo e cambiamenti climatici. “Ha causato 16.500 morti in 854 città europee. 4.597 morti stimati in Italia”. I dati dell’Imperial College di Londra</i>	132
Pandemie in essere e in arrivo	135
The Lancet - <i>Caldo estremo e cambiamenti climatici. “Ha causato 16.500 morti in 854 città europee. 4.597 morti stimati in Italia”. I dati dell’Imperial College di Londra</i>	135
The Lancet - <i>Autoanticorpi nel COVID lungo: una revisione sistematica</i> - Fabian Wilhelm e altri,	138
The Lancet - <i>Andamenti temporali dell'embolia polmonare registrata in ospedale in Inghilterra prima, durante e dopo la pandemia di COVID-19 (2008-2024): uno studio osservazionale basato sulla popolazione</i> Xiaomin Zhong, James Webster e altri	138
The Lancet - <i>Efficacia del nirsevimab contro l'ospedalizzazione per bronchiolite da RSV durante un'elevata circolazione di RSV-B nel secondo anno di implementazione nazionale in Francia: uno studio caso-controllo con test negativo</i> - Apolline Furgier, Camille Brehin	140
The Lancet - <i>Stima dell'impatto dello sfollamento dall'Ucraina sulla prevalenza di HBV e HCV tra i migranti nell'Unione Europea, 2024: uno studio di modellazione</i> - Devin M. Razavi-Shearer, Loreta A. Kondili	142
The NEJM - <i>Prospettive internazionali sul passaggio a sistemi sanitari basati sulla popolazione</i> - Montgomery Smith, Robert Saunders e altri	144
Resuscitation - <i>Registro europeo dello studio sull'arresto cardiaco TRE (EuReCa-THREE) – Influenza del tempo di risposta dei servizi di emergenza sanitaria sull'esito in Europa</i> - Jan-Thorsten Gräsner, Rolf Lefering	145
Ministero Salute – <i>Monitoraggio Covid. Settimana 122</i>	146
Il Sole 24Ore - <i>Guerra ai superbatteri: l'Italia avanza nella corsa ai nuovi antibiotici</i>	150
La Repubblica - <i>Covid, diffusione in Italia e sintomi della variante Stratus</i>	151
PNRR e sua implementazione	152
Il Sole 24 Ore - <i>Attive 660 Case di comunità, solo 46 con tutti i servizi</i>	152
La Voce.it - <i>Assistenza domiciliare: come sarà nel dopo-Pnrr?</i> - Laura Pelliccia	153
Quotidiano sanità - <i>Medici di famiglia. Ecco come dovranno lavorare nelle Case della comunità. Le linee di indirizzo approvate da Conferenza delle Regioni</i>	156
Quotidiana sanità – <i>PNRR. L'allarme della CGIL: Speso solo 34% dei fondi, completati un terzo dei progetti</i>	158
CGIL – <i>PNRR M6: ultima chiamata!</i>	159
L'ospedale che cambia	164
Quotidiano sanità - <i>Contratto dirigenza medica e sanitaria. Dal Comitato di settore via libera ad Atto indirizzo per rinnovo 2022-2024. Ecco le novità.</i>	164
Quotidiano sanità - <i>La sanità territoriale e il ruolo della Medicina Interna Ospedaliera</i> - Paolo Corradini	165
Quotidiano sanità - <i>Arriva lo ‘scudo penale’ per i medici, ok a scuola di specializzazione per i medici di famiglia e riforma degli Ordini. Torna sul tavolo del Cdm il Ddl Delega sulle professioni sanitarie</i> - Luciano Fassari	166
Quotidiano sanità - <i>Le Case di Comunità e i rischi del “task shifting” e “task sharing”</i> - Donatella Bonaiuti	167
Quotidiano sanità - <i>Task shifting: un'opportunità per il Ssn</i> - Saverio Proia, Roberto Di Bella e Danilo Pasini	169
Medicina territoriale	171
AGENAS – <i>Rapporto monitoraggio DM77, 1 semestre 2025.</i>	171
Il Sole 24 Ore - <i>«Vi racconto quali servizi trovano i cittadini in una casa di comunità che funziona davvero»</i> - Barbara Gobbi	182
Quotidiano sanità - <i>La medicina senza medicine</i> -Franco Cosmi	183
Quotidiano sanità - <i>Telemedicina e prevenzione cardiologica. Le farmacie in prima linea per la salute pubblica</i>	184

Quotidiano sanità - <i>Vaccini in Farmacia. La Lombardia estende il servizio in tutte le ATS regionali</i>	185
Quotidiano sanità - <i>Caregiver sotto stress. Iss: 4 su 10 sviluppano una malattia cronica. Più colpite le donne</i>	186
The Lancet - <i>L'alloggio come determinante sociale della salute: un quadro contemporaneo</i> - Rebecca Bentley , Kate Mason e altri	187
Salute Internazionale - <i>Piano Salute Mentale: note critiche</i> - Angelo Barbato e Barbara D'Avanzo	199
Salute Informazione - <i>Legge 104 e caregiver: tutte le novità tra permessi, congedi e smart working</i> - Isabella Faggiano	203
Nursing	204
Quotidiano sanità - <i>Professionisti in fuga dal Ssn: basta "una tantum", servono riforme strutturali</i> - Annalisa Silvestro	204
Quotidiano sanità - Riconoscere la dignità delle professioni sanitarie per salvare il Ssn - Mattia La Rovere Petrongolo.	205
Quotidiano sanità - <i>C'è PAI e PAI: dal Piano Assistenziale Individualizzato al Progetto Assistenziale Integrato</i> - Giuliana Morsiani, Letizia Nava	206
Quotidiano sanità - Il medico che comanda l'infermiere non è un buon medico e non ha compreso il suo ruolo - Giannantonio Barbieri	209
Quotidiano sanità - <i>Test infermieristica. Fnopi: "Partecipanti in calo, ma il trend di iscrizioni e laureati vira in positivo"</i>	210
Quotidiano sanità - <i>Test infermieristica. Fnopi: "Partecipanti in calo, ma il trend di iscrizioni e laureati vira in positivo"</i>	211
Quotidiano sanità - <i>Personale sanitario. "Europa sempre più dipendente da medici e infermieri formati all'estero". E il futuro non è roseo: entro il 2030 mancheranno 950 mila operatori</i>	212
Sanità, sociale e Long Term Care	214
Goldman Sachs - <i>Il percorso verso il 2075 – La storia positiva dell'invecchiamento global</i> - Daly/Njie/Allen	214
The Lancet - <i>Regolamentazione dell'assistenza a lungo termine per gli anziani: una revisione approfondita della ricerca empirica</i> - Anne Margriet Pot e Josje Kok	223
Frontiers - <i>L'assicurazione per le cure a lungo termine in Italia: profili medico-legali e socio-economici</i> - Paolo Bailo, Giuliano Pesel, Filippo Gibelli, Giovanna Ricci	225
Il Sole 24 Ore - <i>Chi è nato dopo il 1939 difficilmente vivrà fino a 100 anni</i> - Francesca Cerati	232
Il Sole 24 Ore - <i>Ecco perché l'influenza è più mortale negli anziani, ma in Italia la metà non si vaccina</i> - Marzio Bartoloni	233
Il Sole 24 Ore - <i>Cure essenziali, Veneto in testa ma al Sud promosse solo Puglia, Campania e Sardegna</i> - Barbara Gobbi	235
Il Sole 24 Ore - <i>Sarcopenia e fragilità: innovativa soluzione cloud per invecchiare senza complicanze</i> - Paolo Castiglia	236
LTC - <i>Sarcopenia e fragilità: innovativa soluzione cloud per invecchiare senza complicanze</i> - Paolo Castiglia	237
Corriere della sera - <i>Studio Ambrosetti: Italia seconda in Europa per Neet</i>	243
Digitalizzazione	244
<i>La legge italiana sull'AI è un'occasione persa</i>	244
Quotidiano sanità - <i>Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0. Arriva il Profilo Sanitario Sintetico di ogni cittadino</i>	246
Quotidiano sanità - <i>L'intelligenza artificiale in sanità: una breve disamina sui limiti ed i rischi</i> - Isabella Mastrobuono	247
Sanità Informazione - <i>Intelligenza artificiale, approvata la legge quadro. Per i medici resta un supporto, non un surrogato</i> - Isabella Faggiano	249
Economia e sanità	251
Corriere della sera - <i>L'Europa senza immigrati può perdere un abitante su tre nel 2100: le mappe interattive</i>	251
Fisco Equo - <i>Riforma fiscale: riavvicinata la disciplina del reddito di lavoro autonomo alle imprese minori, i vantaggi per i professionisti</i> - Pasquale Fabbrocini	251

quotidiano**sanità**.it

“Per delle Comunità che curano: dal modello Frome alle prospettive italiane”

S. Scelsi, G. Banchieri, L. Franceschetti, A. Vannucci



05 SET -

Gentile Direttore,

il 19 giugno di quest'anno si è tenuto a Roma, nella sede del DiSSE, Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche, Università "Sapienza", il Convegno *“Le comunità come alternativa alla solitudine e come supporto alla salute”*. L'evento ha visto la partecipazione di WHO European Office for Investment for Health and Development, [Wonca Europe](#), [ASIQUEAS](#), Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie, Cittadinanzattiva, Federsanità ANCI, FIASO, numerose Associazioni e Istituzioni del terzo Settore, Università e Centri di Ricerca italiani e una rappresentanza del *Social Prescribing and Community Orientation Special Interest Group*, una rete internazionale dedicata allo sviluppo e alla diffusione della prescrizione sociale e dei modelli di orientamento comunitario nei sistemi sanitari.

Nella fase di preparazione del Convegno era stata lanciata una *“Call for Proposal”* nazionale che ha consentito la raccolta di numerose pratiche, esperienze e progetti da tutte le Regioni del nostro Paese. Partendo dalle esperienze raccolte sono stati organizzati alcuni tavoli tematici per approfondire e confrontare i contributi ricevuti.

Tramite WHO EU, sede di Venezia, sono state raccolte anche esperienze di altri Paesi Europei come UK, Scozia, Fiandre (Belgio), Spagna, Finlandia. In particolare è stata oggetto di approfondimento l'esperienza di Frome, una cittadina di 20.440 abitanti nella contea del Somerset, nel sud ovest dell'Inghilterra e della rete *Health Connections Mendip*, un servizio gratuito del NHS che opera attraverso le pratiche di medicina generale locali e che offre supporto non medico per la salute e il benessere, grazie a figure chiamate *Health Connectors* e *Community Connectors*, il cui ruolo approfondiremo più in là in quest'articolo.

In Italia le esperienze sono numerose e significative, ma spesso isolate, non validate né divulgate. Per questo il nostro primo obiettivo è stato raccoglierle, validarle e diffonderle. Con il supporto del DiSSE dell'Università “Sapienza” abbiamo avviato il primo nucleo di una banca dati tematica, organizzata per “parole chiave” disponibile all'indirizzo <https://disse.web.uniroma1.it/it/convegno-comunita-solitudini-salute>.

Come già avvenuto in Scozia e nelle Fiandre, il passo successivo sarà anche per noi trasformare queste esperienze in una proposta di *“Raccomandazioni/Linee guida”* sulla prescrizione sociale e sulle comunità proattive inclusive. Questo sarà l'obiettivo del prossimo Convegno, che realizzeremo in autunno, insieme agli attuali e a nuovi partner.

Solitudini e salute: il ruolo delle comunità proattive ...

Il nostro assioma è che occorre ripartire da comunità proattive, inclusive e solidali. Un riferimento significativo è l'esperienza di *Health Connections Mendip* (HCM), una rete nata a Mendip (UK) per rafforzare il ruolo delle comunità nella salute e descritta dalla Dr.ssa Helen Kingston nel *“Rapporto annuale 2024”* che racconta come la resilienza e la speranza possono nascere dal supporto reciproco, dalla consapevolezza e dalla fiducia che ci permettono di affrontare insieme malattia e disagio.

HCM ha riunito gli 11 studi di medicina generale dell'area di Mendip, costruendo relazioni di fiducia, condividendo innovazioni e integrando pratiche di miglioramento continuo della qualità. In questo modo l'assistenza primaria è diventata più efficace, sostenibile e orientata al benessere e alla prevenzione, con particolare attenzione ai più vulnerabili e a rischio di disuguaglianze.

Centrale è il ruolo degli *Health Connectors*, esperti nell'uso delle risorse comunitarie, che sensibilizzano, attivano e collegano le persone al supporto disponibile. La loro attività è sostenuta da strumenti concreti: formazione innovativa per i *Community Connectors*, punti di accesso consolidati, una directory web aggiornata, campagne informative e iniziative come i *Talking Café* e i *Talking Benches*.

Il team è attualmente composto da 26 professionisti (17,5 FTE) che operano in tre *Primary Care Network* (Frome, Mendip e West Mendip) e serve una popolazione di oltre 120.000 abitanti. Tutti i membri sono formati sia come operatori di prescrizione sociale che come *health coach*, secondo un modello ibrido attivo dal 2013. Grazie al lavoro in rete con il volontariato e la comunità, HCM ha colmato lacune nell'offerta, rafforzato la capacità dei team di assistenza primaria e contribuito a ridurre disuguaglianze, promuovere la prevenzione e affrontare i determinanti sociali della salute.

Il modello Frome

Si basa, in sintesi, sui seguenti punti:

- Mappare quello che c'è nei territori come bisogni e come offerta di servizi;
- Investire e costruire il “*capitale sociale*” delle comunità;
- Lavoro e confronto “*tra pari*”;
- Comunicazione con le comunità (stampa, web, app, etc.);
- Supporto e comunicazione con i gruppi;
- Promozione e formazione e coordinamento dei “*community connectors*”;
- Promozione e formazione e coordinamento dei “*health connectors*”;
- Attività di “*Social prescribing*”.



La condivisione di informazioni, risorse e opportunità nelle comunità

Nel Rapporto annuale 2016 di *Health Connections Mendip*, sezione “Comunicazione con la comunità e prescrizione sociale” la Dr. Helen Kingston e Jenny Hartnoll scrivono “... Abbiamo creato e gestiamo un completo elenco di supporto e risorse sul sito web progettato per aiutare le persone a migliorare la propria salute e il proprio benessere. Il nostro team si impegna a fondo per mantenere queste informazioni accurate, aggiornate e accessibili a tutti. L'elenco del sito web è disponibile a tutti. Può essere utilizzato dalle persone nella comunità per trovare informazioni per sé stessi, amici e familiari.

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

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

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

La connettività e il web

Presidio primario per la funzionalità del modello è la directory su web, fondamentale per chi preferisce navigare online. La directory www.healthconnectionsmendip.org/mendip-directory/ è sempre accessibile. Fornisce una risorsa completa per esplorare servizi e supporto. Numero di risorse aggiunte alla directory nel 2024: 61. Numero di visualizzazioni di pagina: 123.000. Numero di servizi aggiunti alla directory nel 2024: 120. Interessante analizzare quali sono stati i servizi più visualizzati: esercizio fisico, amicizia, consulenza e terapia, elaborazione del lutto, assistenti familiari, benessere creativo, peso sano, servizi di salute mentale, demenza e assistenza domiciliare. Per chi preferisce invece una comunicazione diretta, sono operative tre linee telefoniche, ciascuna gestita da un Coordinatore di Team che fornisce informazioni e supporto personalizzati in base alla propria area.

Gli incontri in presenza

La cura della condivisione delle informazioni e di un efficace connettività non ha però fatto trascurare di prevedere e sviluppare spazi di *"connettività sociale"* in presenza:

- *"Talking Cafés", ovvero "caffè parlanti" ". Sono spazi accoglienti dove le persone possono fare amicizia e accedere alle informazioni presenti nella directory del sito web con il supporto degli Health Connector. Alcuni Talking Cafés sono piccoli, mentre altri si sono ampliati fino a includere altre organizzazioni e attività".* Il numero di Talking Café gestiti è stato 389; il numero totale di visite nel 2024 sono state 7.037. In media in un singolo Talking Café ci sono stati 18 incontri
- *"Talking Benches", ovvero "panchine parlanti". Dal momento che non tutti si sentivano a proprio agio ad entrare in un edificio per partecipare a un Talking Café o ad andare online per consultare la directory del sito web, le Talking Benches offrono punti di riferimento informali nella comunità. Qui, le persone possono parlare con un Health Connector e conoscere le risorse disponibili".* Numero di incontri sono stati 642 nel 2024 tra Health Connector, *"seduti"* su una Talking Bench nel 2024.

Le iniziative di sensibilizzazione della comunità

Creare ulteriori connessioni dove le persone si trovano, quindi, oltre alla presenza online, in presenza e in diverse sedi:

- con l'affissione sulle bacheche comunali, nei negozi e in altri spazi pubblici di volantini e informazioni per raggiungere un pubblico più ampio;
- lasciando schede informative in luoghi come biblioteche e negozi locali, che le persone possono ritirare di passaggio;
- partecipando ad eventi locali in cui condividono informazioni su come diventare un *"community connector"* e sui servizi che vengono offerti;
- partecipando a gruppi comunitari per interagire con persone che altrimenti non verrebbero a conoscenza delle informazioni del network;
- collaborando con altre organizzazioni che condividono la stessa attenzione alla salute e al benessere per ampliare la portata e l'impatto.

Il contributo dei media locali

C'è un impegno costante a sensibilizzare l'opinione pubblica attraverso articoli pubblicati sui quotidiani locali e sui siti di notizie online, con il sostegno dei centri di medicina generale del territorio. All'interno di questi centri vengono utilizzate diverse modalità di comunicazione: schermi digitali, striscioni e poster che diffondono informazioni su *Health Connections*. Sono inoltre disponibili cartoline e volantini da portare a casa, così da garantire una comunicazione semplice, personale e accessibile.

I community connectors

Lo strumento forse più innovativo del modello Frome è quello dei “Community Connectors”. Chiunque può diventare un “Community Connector”, contribuendo a diffondere consapevolezza e supporto nelle comunità. Provengono da ogni ceto sociale: insegnanti, parrucchieri, studenti, persone senza fissa dimora, persone costrette a casa, medici e tassisti. Diventare un “Community Connector” è semplice.

La formazione dei Community Connectors è semplice e flessibile, per adattarsi alle diverse persone e situazioni. Può avvenire come modulo aggiuntivo nei programmi per uno stile di vita sano, attraverso sessioni formali prenotate su *Eventbrite* (una piattaforma online molto diffusa sia negli USA, che anche in UK e in Europa, che serve per organizzare, promuovere e gestire eventi, sia gratuiti che a pagamento) o in forma informale nei luoghi di lavoro o con incontri ad hoc in bar e altri spazi scelti dai partecipanti.

Ad oggi sono stati formati oltre 2.400 “Community Connectors” e il modello è stato condiviso in UK e all'estero.

Community Connectors



Competenze di un “community connector”:

- **Capacità di supportare gli altri:** sono stato in grado di indirizzare i membri della mia comunità locale verso questo servizio. Ritengo che sia un ottimo servizio e continuerò volentieri a fornire queste informazioni a chiunque possa leggerle;
- **Riconoscimento e connessione** tra le persone e il “community connector”, persone che sanno che sono un connettore della comunità e mi chiedono informazioni al riguardo;
- **Maggiore consapevolezza della comunità:** acquisisce conoscenze, competenze e ha scoperto personalmente quali servizi sono disponibili nella comunità;
- **Significato e scopo** inclusione sociale, solidarietà, superamento delle solitudini;
- **Benefici lavorativi** aiutano enormemente nel gestire gli hub delle reti e nel supportare le persone in città

Gli Health Connectors e il supporto individuale

Gli “Health Connectors” offrono supporto individuale personalizzato, affiancando le persone nel loro percorso verso un migliore benessere mentale, fisico e sociale. L’approccio si concentra su ciò che conta di più per ogni

persona, lavorando insieme per costruire connessioni – con sé stessi, con gli amici, la famiglia, i gruppi della comunità e le risorse locali – promuovendo al contempo un senso di significato e uno scopo. Questo può aiutare le persone a riconoscere i propri punti di forza e capacità, a sviluppare capacità di cura e autogestione di sé e ad apportare cambiamenti duraturi nello stile di vita che supportino la loro salute.

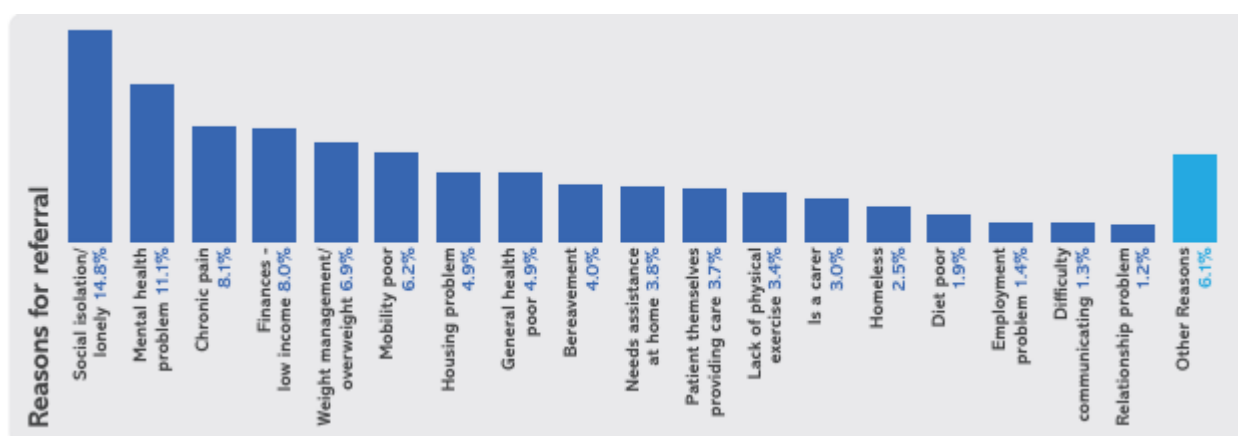
Gli *Health Connectors* offrono appuntamenti riservati, di persona o telefonici, durante i quali aiutano le persone a esplorare i propri punti di forza, le sfide che affrontano e il sostegno già disponibile da familiari, amici o comunità. L'obiettivo è capire che cosa conta davvero per ciascuno e accompagnarlo nei passi successivi verso un migliore benessere.

Per garantire qualità e continuità, gli *Health Connectors* ricevono supervisione, supporto tra pari e formazione professionale continua. Operano in stretta collaborazione con i professionisti sanitari, socio-assistenziali e del volontariato, così che chi vive situazioni complesse possa ricevere il giusto aiuto al momento opportuno.

Nel 2024 hanno supportato 2.760 persone in incontri individuali, oltre a molte altre attraverso attività di gruppo. Un ambito specifico è quello della riduzione delle disuguaglianze sanitarie.

Dal 2023 il *Mendip PCN* impiega un *Health Connector RHI (Reducing Health Inequalities)*, che lavora soprattutto con i medici di base per promuovere l'inclusione e la salute delle persone senza fissa dimora. Questo ruolo, attivo su tutti i PCN di Frome, Mendip e West Mendip, dedica gran parte del tempo al lavoro di sensibilizzazione. I casi seguiti sono più complessi e richiedono percorsi più lunghi, per cui il carico di lavoro è volutamente più ridotto, così da poter garantire un supporto efficace e personalizzato.

Nella tabella seguente il numero di persone supportate nel 2024 nelle sessioni individuali: 2.760 con molte altre supportate attraverso il lavoro di gruppo:



L'assistenza personalizzata e lavoro di squadra

Far parte di un team multidisciplinare arricchisce il lavoro, favorendo relazioni solide, una comprensione più profonda dei ruoli reciproci e un impegno condiviso per la risoluzione dei problemi. In questo modello, gli *Health Connectors* operano accanto a medici di base, infermieri, professionisti della salute mentale, assistenti sociali, volontari e *Community Connectors*. La combinazione di competenze diverse garantisce un'assistenza più completa ed efficace.

Con un piede negli studi di medicina generale e l'altro nella comunità, il team colma il divario tra servizi sanitari formali e reti vitali di familiari, amici e vicini. Non si limita a fornire supporto, ma aiuta le persone a riconoscere e utilizzare le proprie risorse e conoscenze.

Questo approccio "di popolazione" assicura che ognuno riceva il giusto aiuto al momento opportuno, sia attraverso i servizi professionali sia attraverso la forza delle proprie comunità. Rafforzando queste connessioni, il modello promuove la collaborazione tra tutti i settori e mette gli individui nelle condizioni di accedere al supporto più adatto a loro.

I programmi per uno stile di vita più sano

Tutti i team offrono un programma di gruppo interattivo di sei settimane progettato per supportare le persone nella gestione di patologie a lungo termine e nel miglioramento del benessere fisico, sociale e mentale. Ogni sessione si concentra su aspetti chiave della salute, tra cui sonno, alimentazione, attività fisica, benessere

emotivo e relazioni sociali. Guidato dagli *Health Connectors*, il programma offre un ambiente di supporto in cui i partecipanti possono apportare cambiamenti significativi che li riguardano.

Dal lancio del programma di autogestione "*Health Connections*" originale nel 2015, l'iniziativa si è costantemente evoluta, plasmata dalle intuizioni di altri professionisti e dal feedback dei partecipanti. Questo continuo sviluppo garantisce che il programma rimanga pertinente e reattivo alle diverse esigenze di coloro che vi prendono parte. Ne sono nati programmi specifici. Quali, tra gli altri:

Vivere Bene con il Dolore e Pain Café

Accanto al programma di autogestione originario, *Health Connections Mendip* offre oggi "*Vivere Bene con il Dolore*", un percorso strutturato di sei settimane basato su dieci fasi, coaching di gruppo e supporto tra pari. L'obiettivo è aiutare chi convive con dolore cronico ad adottare strategie efficaci per migliorare la qualità di vita, affrontando temi come la comprensione del dolore, la definizione degli obiettivi, la pianificazione delle attività e l'uso di approcci non farmacologici. A questo si affiancano i "*Pain Café*", incontri informali di gruppo che rappresentano una porta di accesso semplice e accogliente al supporto. Facilitati da un Health Connector, i Pain Café offrono la possibilità di condividere esperienze, ricevere sostegno reciproco ed esplorare diverse strategie di gestione del dolore, anche grazie al contributo di terapisti e professionisti ospiti. Sono uno spazio utile sia per chi si avvicina per la prima volta all'autogestione, sia per chi attende di partecipare a programmi più strutturati, sia per chi cerca una comunità che comprenda la propria esperienza.

Consulti di gruppo con il personale medico e gli Health Connectors

"*Health Connections Mendip*" collabora con il personale medico per offrire consulenze di gruppo, offrendo un modo innovativo per ricevere supporto e guida. Queste consulenze riuniscono piccoli gruppi di pazienti con problemi di salute simili, insieme a professionisti medici e *Health Connectors*. In questi contesti di gruppo, i pazienti possono condividere esperienze, porre domande e ricevere consigli personalizzati in base alle loro specifiche esigenze. Il personale medico, inclusi medici di base e infermieri, fornisce competenze cliniche, mentre gli *Health Connectors* offrono ulteriore supporto, aiutando i partecipanti a esplorare le risorse della comunità, i cambiamenti nello stile di vita e le strategie di autogestione.

Gruppo per le Condizioni di Salute a Lungo Termine

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

Lo sviluppo della comunità

Lo sviluppo della comunità è una parte fondamentale e un requisito del quadro nazionale di "*prescrizione sociale del NHS*". I team di *Health Connections* collaborano strettamente con la popolazione locale, i Comuni, i medici delle cure primarie e un'ampia gamma di professionisti e servizi per rafforzare le reti e le risorse della comunità e rispondere ai bisogni identificati. Nel corso degli anni, le "*Health Connections*" hanno svolto un ruolo chiave nel supportare la creazione di numerosi gruppi di pari e progetti locali.

Dal 2024 stanno continuando la collaborazione con organizzazioni come Centri per l'impiego, Consigli comunali, Polizia, Edilizia residenziale, aziende, l'Abbazia di Glastonbury, il Palazzo Vescovile di Wells e, naturalmente, i cittadini.

La governance del Modello Frome

È affidata a un piccolo Team di Sviluppo composto da due persone, che assicura sia la supervisione strategica sia l'impatto operativo sul campo. Collabora con i partner del Somerset nella *Social Prescribing Collaborative*, promuovendo finanziamenti sostenibili per *Health Connections* e per l'intero sistema di prescrizione sociale. Il Team coordina il programma Community Connector, curando formazione, monitoraggio, valutazione e supporto continuo, e gestisce strumenti di comunicazione come la directory online, la newsletter settimanale

e i report. Svolge inoltre un ruolo chiave nell'individuare bisogni emergenti e nel valorizzare le proposte della comunità, come il programma per il benessere del personale *The Thriving Giver*.

Pur lavorando "*dietro le quinte*", il Team di Sviluppo contribuisce a rafforzare l'intero sistema, garantendo coerenza, innovazione e migliori risultati per la comunità.

Le evidenze di efficacia del "*social prescribing*"

Decenni di ricerche hanno rivelato, in più circostanze, gli effetti benefici di forti relazioni sociali sulla salute. Pazienti HIV positivi presentano valori inferiori del virus; donne con cancro colorettale e bambini negli orfanotrofi hanno migliori chance di sopravvivenza. Una famosa review meta-analitica di 148 studi, che includeva un campione di 300.000 persone, pubblicata dalla *Public Library of Science Journal* (Holt-Lundstad et al., 2010), dimostrò che le persone che hanno una vita sociale più intensa presentavano una mortalità inferiore del 50% durante l'arco temporale oggetto dello studio (7 anni e mezzo), rispetto a quelli che avevano connessioni deboli o vivevano completamente soli.

Mentre nel Somerset i ricoveri d'urgenza sono aumentati del 30%, a Frome si è registrata una riduzione del 15%. Questo dato, documentato in un articolo scientifico pubblicato sul *British Journal of General Practice* nel 2018 (Kingston, Abel et al.), rappresenta il primo esempio di intervento di comunità capace di ridurre i ricoveri ospedalieri d'urgenza in una popolazione. Considerato che questi ricoveri assorbono in UK quasi il 20% del budget sanitario (circa 110 miliardi di sterline), l'esperienza di Frome ha attirato grande attenzione come possibile risposta alla crisi del NHS.

Le comunità non prendono il posto dell'assistenza sociale, ma hanno tre componenti che contribuiscono a ridurre l'isolamento e la solitudine e a portare un senso di appartenenza in quella che spesso è una società disconnessa:

1. lo Sfruttamento al meglio le reti di supporto di familiari, amici e vicini, le persone costruiscono cura e connessione, amore e risate, condividendo compagnia e valori;
2. la Creazione di reti di supporto per le attività quotidiane, come fare la spesa, cucinare, pulire, prendersi cura del giardino e degli animali domestici, fornire passaggi.
3. Il collegamento ad attività della comunità, come cori, gruppi di camminata, caffè di conversazione e altri gruppi di interesse in cui le persone possono fare amicizia e condividere gli eventi della vita.

E in Italia?

Da un primo confronto tra la realtà italiana e quella della esperienza inglese a Frome e nel network derivato emergono le seguenti macro differenze, rispetto alle pratiche da noi censite in occasione del convegno dello scorso 19 giugno:

- **Frattura tra sanitario e sociale:** dall'assetto centrale (Ministero della Salute da un lato e Ministero del Lavoro e Politiche Sociali dall'altro) fino ai territori, dove ASL e Comuni faticano a lavorare insieme.
- **Poca co-progettazione:** i diversi attori delle filiere assistenziali e i soggetti locali collaborano raramente in modo strutturato, spesso solo in forma episodica.
- **Servizi a silos:** sanità e sociale operano come compartimenti separati, con percorsi frammentati per i cittadini.
- **Formazione non condivisa:** medici, assistenti sociali, infermieri, volontari e operatori del terzo settore non hanno momenti comuni di apprendimento e linguaggi condivisi.
- **Scarsa conoscenza dei bisogni reali:** mancano sistemi di rilevazione costante e integrata delle necessità delle comunità; prevalgono dati parziali e disomogenei.
- **Cultura debole delle reti:** il sociale è spesso ridotto a un servizio marginale, mentre la complessità delle persone richiederebbe un approccio integrato.
- **Dispersione di risorse:** finanziamenti e fondi (statali, regionali, europei, fondazioni, ecc.) vengono utilizzati in modo frammentato e senza continuità.
- **Particolarismi e autoreferenzialità:** prevale la difesa del proprio pezzo di sistema rispetto a una visione comune centrata sulle comunità e sulle persone.
- **Assenza di figure ponte:** mancano professioni come i *social connectors* o gli *health connectors*, che altrove hanno il compito di integrare e includere in modo proattivo.

- **Esperienze disperse:** nei territori esistono molte iniziative innovative, ma restano isolate, senza meccanismi di validazione, messa a sistema e replicabilità.
- **Vuoto di policy e di luoghi comuni di lavoro:** mancano linee guida nazionali, spazi di integrazione operativa e modelli condivisi tra sanità, sociale e comunità.

Per un confronto più approfondito stiamo preparando un successivo articolo in cui svilupperemo una analisi a fronte tra gli elementi costitutivi del modello inglese e quanto presente nel nostro Paese ...

Ci sono similitudine e differenze ... Si tratta comunque di un “*campo di gioco*” su cui vale davvero operare. Il potenziale è rilevante, le opportunità tante, la voglia di partecipare ed esserci grande. Bisogna riconoscersi, connettersi e costruire reti e ponti

Silvia Scelsi,

Presidente Nazionale ASQUAS, Presidente ANIARTI, Responsabile Professioni Sanitarie Istituto “Gaslini”, Genova,

Giorgio Banchieri,

Segretario Nazionale ASQUAS, Docente DiSSE, Università “Sapienza”, Roma

Laura Franceschetti,

Professoressa, Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche della Università “Sapienza” di Roma,

Andrea Vannucci,

Membro CTS ASQUAS, Docente DiSM, Università Siena, Membro CD Accademia Nazionale di Medicina, Genova.

Riferimenti bibliografici

1. Kingston H, Abel J, et al. *Reducing emergency hospital admissions: a population health complex intervention of an enhanced model of primary care and self-management support in Somerset*. Br J Gen Pract. 2018;68(676):e803-e810.
2. Health Connections Mendip. *Annual Report 2016*. Frome: Health Connections Mendip; 2016.
3. Health Connections Mendip. *Annual Report 2024*. Frome: Health Connections Mendip; 2025. Disponibile su: <https://healthconnectionsmandip.org>
4. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. *Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review*. PLoS Med. 2010;7(7):e1000316.
5. WHO Europe. *Social prescribing and community-based health: international experiences*. Venezia: WHO Europe Office; 2023.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=131714

quotidianosanità.it

Convergenze e divergenze tra “modello Frome” (U.K.) e realtà delle comunità in Italia

S. Scelsi, G. Banchieri, L. Franceschetti, A. Vannucci

Il contesto attuale ci conferma che è anche il momento per la definizione di Raccomandazioni e Linee Guida sulla prescrizione sociale in Italia. Sarà necessariamente il frutto di un lavoro che unisca rigore scientifico ed esperienza sul campo, una realtà complessa, ma ricca di idee vissute e sperimentazioni. Un network rilevante (Istituzioni, Aziende Sanitarie, Comuni e loro articolazioni, Associazioni di volontariato, cooperative, Enti del Terzo Settore, cittadini) con un potenziale formidabile.

12 SET -

Gentile Direttore,

nel nostro precedente contributo "[Per delle Comunità che curano: dal modello Frome alle prospettive italiane](#)", abbiamo descritto come la rete di Frome (Somerset, UK) sia riuscita a ridurre i ricoveri ospedalieri, rafforzare la resilienza e generare capitale sociale attraverso l'attivazione dei *community connectors* e degli *health connectors*. Nella parte finale dell'articolo abbiamo elencato quali criticità potrebbero separarci da un modello simile: frammentazione tra sociale e sanitario, assenza di figure ponte, esperienze locali non validate né diffuse. Riprendiamo ora il filo, entrando nel merito delle figure chiave e interrogandoci su quali possano essere le equivalenti o le più adatte al nostro contesto.

Le caratteristiche peculiari ed i fattori di successo dell'esperienza Frome ricordiamo essere:

- L'analisi dei bisogni presenti nella popolazione non solo sanitari in un approccio di salute;
- Il team di coordinamento;
- I *Social* e gli *Health connector*;
- L'identificazione dei luoghi di contatto;
- L'analisi del potenziale di servizi di inclusione, prevenzione, solidarietà della comunità;
- La costruzione di reti proattive e inclusive.

Esperienze simili sono presenti anche in Italia. Nei due mesi di preparazione del Convegno "*Comunità come alternativa alla solitudine e per supportare la salute*" tenutosi il 19 giugno a Roma, abbiamo raccolto 68 esperienze da tutte le Regioni italiane e alcune esperienze da altri Paesi UE.

Rispetto al "*modello Frome*" nelle esperienze italiane mancano alcuni fattori chiave come vedremo a seguire.

Tornando sul termine "comunità" ...

Ritorniamo sul termine "*comunità*", che viene dal latino *communitas*, derivato di *communis*, "*che è comune a molti o a tutti, condiviso*". Indica, in senso astratto, l'essere comune, la comunanza e, in particolare, un insieme di persone unite da relazioni o vincoli, che formano un tutto. La comunità deve essere intesa "*come un organismo vivente, e la società, invece, come un aggregato e prodotto meccanico*".

La comunità può essere luogo di accoglimento e protezione, dove prepararsi al futuro, creando una base sicura da cui ripartire, un'area intermedia tra spazio protetto familiare e realtà esterna, un luogo che dia significato ai vissuti interiori. Il "*senso di comunità*" si riferisce alla percezione di appartenenza, interdipendenza e legame condiviso tra le persone all'interno di un gruppo, sia esso un quartiere, un'associazione o una rete sociale. È la consapevolezza di far parte di un insieme più ampio, dove le azioni individuali possono influenzare il benessere collettivo e viceversa.

"Comunità" è diverso da "società"

La distinzione tra comunità e società è fondamentale per comprendere il modo in cui gli individui interagiscono e si organizzano in diversi contesti. Ciò che differenzia, per Weber, la comunità dalla società è l'*agire sociale del soggetto*, nel primo caso si fonda sull'appartenenza reciproca soggettivamente sentita dai membri, nel secondo questo orientamento si fonda su interessi razionalmente motivati.

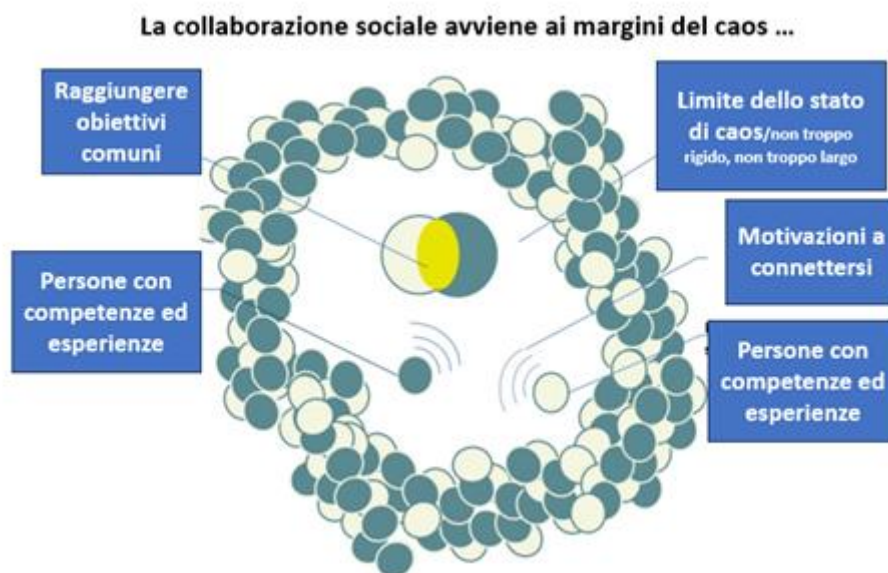
Max Weber, uno dei massimi sociologi del '900, ha dedicato ampio spazio alla distinzione tra *comunità* e *società* nel suo lavoro, in particolare nella sua opera "*Economia e società*".

Le differenze più significative sono:

- *Legami sociali*: Nella comunità, i legami sono profondi e basati sull'affettività, mentre nella società sono più superficiali e razionali.
- *Identità*: L'identità degli individui nella comunità è spesso definita dai legami sociali e dai valori condivisi, mentre nella società l'individuo tende ad essere più autonomo e a definirsi attraverso le proprie azioni e scelte.
- *Organizzazione*: La comunità tende ad essere organizzata in modo informale e tradizionale, mentre la società è caratterizzata da un'organizzazione formale e razionale.
- *Cambio sociale*: La comunità è più resistente al cambiamento, mentre la società è più dinamica e soggetta a trasformazione,

La “complessità” e la “collaborazione sociale al limite del caos”

La “comunità” è una realtà complessa da conoscere, comprendere ed indirizzare verso obiettivi condivisi. Possiamo assumere l'ormai nota espressione “*al limite del caos*” come situazione emblematica dove la sfida vincente è riuscire a collaborare superando gli ostacoli che a ciò si oppongono e le difficoltà che si presentano. Edgar Morin ricorda come il caos non sia pura distruzione, ma un fenomeno bifronte, in cui disintegrazione e organizzazione convivono in modo inseparabile (1990).



Intervenire attivamente su una comunità per la tutela della salute significa muoversi secondo un *ordine dinamico*: non imporre modelli rigidi né abbandonarsi al disordine, ma facilitare un equilibrio in continua evoluzione. Le relazioni tra cittadini, istituzioni e servizi sanitari devono restare sufficientemente stabili da garantire fiducia e continuità, ma anche flessibili per accogliere bisogni nuovi, affrontare crisi impreviste e valorizzare le energie creative del territorio.

È proprio in questo spazio “al limite del caos” che possono emergere soluzioni innovative, forme di collaborazione inedite e capacità di resilienza collettiva.

Applicato alla collaborazione sociale, lavorare insieme “al limite del caos” comporta rischi e difficoltà, ma rappresenta anche l’unico modo per generare nuove possibilità.

Le criticità che più frequentemente incontriamo e che dobbiamo mettere in conto sono:

- comunicazione inefficace, con informazioni confuse o frammentate;
- obiettivi poco chiari, che impediscono di valutare i progressi;
- ruoli e responsabilità non definiti, causa di conflitti o aree scoperte;
- dinamiche di gruppo problematiche, come mancanza di fiducia o rispetto reciproco;
- processi non strutturati, che riducono efficienza e chiarezza.

Nonostante ciò, è proprio nella gestione consapevole di questa complessità che comunità e società trovano lo spazio per costruire nuove forme di collaborazione.

Il modello di Frome: inclusione sociale e medicina di comunità

Esemplare è il modello di inclusione sociale, di medicina di comunità e di prevenzione, nonché di solidarietà e comunità sviluppato inizialmente nella cittadina di Frome nel Somerset e poi sviluppato in molte altre comunità inglesi e di altri Paesi europei ed extra europei. Il modello nasce con una visione larga che non considera solo i bisogni sanitari ma anche quelli sociali, relazionali e di inclusione.

Si tratta di un approccio snello, sostenibile e replicabile, che poggia su figure di collegamento ben riconosciute e finanziate, capaci mettere in relazione i cittadini con i servizi e di facilitare l’accesso alle risorse della comunità.

Anche in Italia non mancano esperienze vicine a questo modello, ma ciò che ad oggi resta carente è l'integrazione tra sanitario e sociale, l'investimento su figure ponte come gli *health* e *community connector*, e la presenza capillare di spazi di inclusione facilmente accessibili

L'esperienza avviata a Frome è uno dei riferimenti più citati per comprendere come la comunità possa diventare parte integrante della promozione della salute.

Gli elementi chiave sono:

- L'analisi dei bisogni della popolazione in un'ottica di salute globale;
- Un *team di sviluppo* molto snello: 2 persone pari a 1,5 unità di lavoro a tempo pieno (full time equivalent – fte), che garantisce coordinamento strategico e supporto operativo;
- La formazione e l'attivazione di *community connector* (oltre 2.400 persone formate, provenienti da ogni ceto sociale) e di *health connector*, figure ponte tra servizi sanitari e cittadini (un team di 26 operatori pari a 10,5 fte);
- La creazione di luoghi di contatto accessibili – come i *talking cafés* (389 gestiti, con 7.037 presenze nel 2024) e le *talking benches* (89 sessioni e 642 conversazioni nello stesso anno) – che favoriscono relazioni, scambio di informazioni e sostegno reciproco;
- Strumenti digitali come una directory online con 123.000 visualizzazioni nel 2024 e con oltre 120 nuovi servizi progressivamente inseriti.

L'intero sistema funziona grazie a un buon equilibrio tra governance leggera e capillarità delle iniziative. Il piccolo team di coordinamento lavora “dietro le quinte” per sostenere i partner locali, rispondere ai bisogni emergenti e garantire sostenibilità. Parallelamente, gli *health connector* offrono supporto personalizzato alle persone, aiutandole a rafforzare legami sociali, prendersi cura di sé e orientarsi tra le opportunità presenti. Dalla sua nascita, nel 2013, il modello si è progressivamente consolidato ed è stato replicato in altre aree del Regno Unito e oltre, mostrando come la comunità – quando adeguatamente sostenuta – possa diventare un attore centrale nel contrasto alla solitudine, nella prevenzione e nella costruzione di benessere collettivo.

La governance: il team di coordinamento strategico

Nell'esperienza di Frome, il *Team di Sviluppo* è formato due persone svolge un ruolo cruciale di collegamento tra la strategia e la pratica quotidiana. Da un lato assicura la *supervisione strategica*, dall'altro promuove iniziative concrete sul territorio, contribuendo a far crescere il modello di prescrizione sociale.

Le sue funzioni principali sono:

- *consolidare il modello*: collabora con i partner del Somerset all'interno della *Social Prescribing Collaborative* per rafforzare e chiarire il sistema locale, promuovendo anche finanziamenti sostenibili per *Health Connections* e per l'intera rete.
- *gestire il programma Community Connector*: supervisiona la formazione, garantisce supporto continuo, monitoraggio e valutazione, adattando l'iniziativa alle esigenze emergenti.
- *sperimentare e colmare le lacune*: ha avviato, ad esempio, un progetto pilota per integrare *Young Somerset* negli studi di medicina generale e iniziative di sensibilizzazione come quelle sul credito pensionistico.
- *supportare i partner*: affianca organizzazioni locali (es. team di salute pubblica del consiglio) nell'ingaggiare i propri target e nell'integrare programmi innovativi nell'assistenza primaria.
- *diffondere informazioni*: gestisce la directory online, una newsletter settimanale e report per assicurare che dati e opportunità siano accessibili a operatori e cittadini.

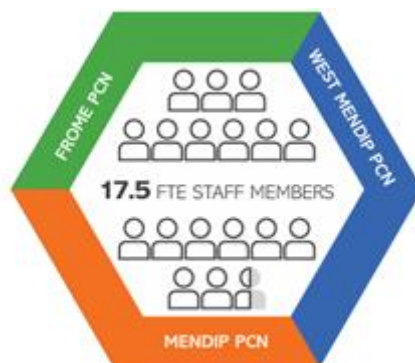
È questo piccolo team, spesso “dietro le quinte”, che garantisce che il modello resti solido, innovativo e in costante evoluzione, trasformando idee e sperimentazioni in prassi condivise.

Le equipe integrate: i team clinici e sociali

A Frome un team di 26 membri (pari a 17,5 FTE) ed è impiegato in tre Reti di Assistenza Primaria (*Primary Care Network* - PCN): Frome PCN, Mendip PCN e West Mendip PCN.

Insieme, supportano una popolazione di 120.762 abitanti attraverso la prescrizione sociale, il coaching sanitario e lo sviluppo della comunità. Il modello consolidato è attivo dal 2013 e il team è composto da: *Health Connectors/ Senior Health Connectors* (10,5 FTE), Coordinatori di team/Amministratori, Responsabili

dei servizi. Ogni membro del team è formato sia come Operatore di collegamento per le prescrizioni sociali che come *Health Coach*, riflettendo un approccio ibrido, che unisce in ciascun membro del team la capacità di orientare i cittadini verso risorse sociali e di accompagnarli in percorsi di cambiamento della salute.”



membro del team è formato sia come operatore di collegamento per le prescrizioni sociali che come health coach: da qui deriva il concetto di competenze ibride, ovvero la capacità di ciascun operatore di integrare in sé competenze sanitarie, sociali e relazionali, e di lavorare in sinergia con altre figure di collegamento della comunità.

I Community connector ...

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

Diventare un *Community Connector* è semplice. Sono state sviluppate diverse modalità di formazione, tra cui: l'aggiunta della formazione al programma per uno stile di vita più sano, la formazione prenotata tramite *Eventbrite*, la formazione informale nei luoghi di lavoro o la formazione ad hoc nei bar o in altri luoghi scelti dalla persona.

Ad oggi sono stati formati oltre 2.400 *Community Connector*. Il modello, che è stato condiviso in U.K. e all'estero, si è sviluppato con l'aggiunta di ulteriori categorie di connettori.

Gli Health connector ...

I servizi *Health Connections Mendip* nascono dall'unione degli undici studi medici di Frome e dintorni, favorendo fiducia reciproca, innovazione e nuovi modi di lavorare in rete. Grazie a questo modello, l'assistenza primaria diventa più efficace, sostenibile e orientata alla prevenzione.

Gli Health Connector svolgono un ruolo chiave: sostengono i team sanitari, contrastano le disuguaglianze, conoscono le risorse della comunità e aiutano a sensibilizzare e attivare le persone. Offrono supporto personalizzato, centrato su ciò che conta di più per ciascuno, accompagnando i cittadini nel rafforzare relazioni, sviluppare capacità di cura di sé e promuovere cambiamenti duraturi nello stile di vita.

Gli Health Connector sono inoltre formati e supervisionati in modo continuo e lavorano in stretta collaborazione con operatori sanitari, sociali e del volontariato, garantendo alle persone con bisogni complessi un sostegno adeguato e tempestivo.

Svolgono, quindi, un ruolo di integrazione tra i nodi delle reti e le persone che richiedono supporto. Gli *Health Connector* ricevono supervisione, supporto tra pari e formazione professionale continua per garantire un'assistenza di alta qualità.

I luoghi di inclusione: gli incontri in presenza

Nel progetto Frome sono stati creati anche spazi di “connettività sociale” assiduamente frequentati quali:

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

- *“Talking Benches”, ovvero “panchine parlanti”: “... non tutti si sentono a proprio agio ad entrare in un edificio per partecipare a un Talking Café o ad andare online per consultare la directory del sito web. Invece le Talking Benches offrono punti di riferimento informali nella comunità. Qui, le persone possono parlare con un Health Connector e conoscere le risorse disponibili”.*

Sensibilizzazione della comunità

La rete è costantemente impegnata a raggiungere le persone nei luoghi in cui vivono e si incontrano, attraverso azioni semplici e diffuse che favoriscono informazione e coinvolgimento:

- affissione di volantini e materiali informativi su bacheche comunali, nei negozi e in altri spazi pubblici;
- distribuzione di schede informative in biblioteche e negozi locali, da ritirare liberamente;
- partecipazione a eventi locali, dove vengono presentati i servizi offerti e le modalità per diventare *community connector*;
- presenza in gruppi comunitari, per intercettare persone che altrimenti non verrebbero raggiunte;
- collaborazione con altre organizzazioni che condividono la stessa attenzione alla salute e al benessere, per ampliare la portata e l’impatto delle iniziative.

Connettività e web

È disponibile per tutti la directory www.healthconnections-mendip.org/mendip-directory/. Sempre accessibile, fornisce un quadro completo per esplorare servizi e supporto.

Interessante analizzare quali sono stati i servizi più visualizzati: esercizio fisico, amicizia, consulenza e terapia, elaborazione del lutto, assistenti familiari, benessere creativo, peso sano, servizi di salute mentale, demenza e assistenza domiciliare.

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

Il modello di Frome in numeri (2024)

Tabella 1

<i>Topic</i>	<i>Dati principali</i>
<i>Abitanti</i>	45.000 circa
<i>Team di sviluppo</i>	1,5 FTE (2 persone) – coordinamento strategico e operativo
<i>Team dedicato</i>	26 operatori (17,5 FTE), di cui 10,5 FTE Health Connector
<i>Community Connector</i>	Oltre 2.400 cittadini formati, provenienti da diversi contesti sociali
<i>Talking Cafés</i>	389 gestiti – 7.037 presenze totali (media 18 per incontro)
<i>Talking Benches</i>	89 sessioni – 642 conversazioni con cittadini
<i>Directory online</i>	123.000 visualizzazioni di pagina – 120 nuovi servizi inseriti
<i>Anno di avvio</i>	2013, modello consolidato ed esportato in altre aree del U.K. e all'estero
<i>Ricoveri ospedalieri</i>	-17%, mentre nelle Contee vicine I ricoveri ospedalieri nello stesso periodo aumentavano del +30%

Ad oggi in Italia

Anche per noi comunità significa un gruppo di persone che condividono un ambiente, interessi, valori o obiettivi comuni, creando legami sociali e spesso interagendo regolarmente. Può riferirsi a un gruppo geografico (come un quartiere o una città), un gruppo con interessi condivisi (come una comunità religiosa o professionale) o un gruppo con legami familiari.

Ecco alcuni elementi che caratterizzano una comunità:

- *Insieme di persone*: una comunità è costituita da più individui che si riconoscono come parte di un gruppo.
- *Ambiente condiviso*: questo ambiente può essere fisico (come un quartiere o un villaggio) o virtuale (come una comunità online).

- *Legami sociali*: le persone nella comunità interagiscono tra loro, condividono esperienze e costruiscono relazioni.
- *Interessi e valori comuni*: la comunità si basa sulla condivisione di interessi, valori, tradizioni o obiettivi che uniscono i suoi membri.
- *Senso di appartenenza*: i membri della comunità spesso provano un senso di appartenenza e di identità condivisa.

Figure professionali esistenti

L'infermiere di famiglia e comunità (IFeC)

È un professionista specializzato nell'assistenza primaria sul territorio, che opera a domicilio e nella comunità per promuovere la salute, prevenire le malattie e gestire le condizioni croniche. Svolge un ruolo proattivo, creando legami con le persone e le famiglie, collaborando con le risorse territoriali e contribuendo alla rete assistenziale integrata per rispondere ai bisogni di salute di un'area geografica specifica.

Principali funzioni e competenze

- *Promozione della salute e prevenzione*: Svolge attività di educazione sanitaria, promuove stili di vita sani e organizza campagne di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.
- *Assistenza domiciliare*: Fornisce cure e assistenza socio-sanitaria direttamente a casa delle persone, migliorandone la qualità della vita.
- *Presa in carico integrata*: Si occupa della presa in carico del singolo, della famiglia e della comunità nel suo complesso, agendo in modo autonomo e proattivo.
- *Collaborazione e rete*: Lavora in stretta collaborazione con altre figure professionali (come il Medico di Medicina Generale) e con risorse del territorio (associazioni, volontariato, ecc.) per creare una rete assistenziale efficace.
- *Orientamento e gestione dei servizi*: Guida le persone verso i servizi sanitari e sociosanitari appropriati e monitora l'aderenza alle cure.
- *Supporto alla gestione delle condizioni croniche*: Aiuta le persone ad adattarsi alle malattie croniche e alle disabilità, offrendo supporto e assistenza continua.

Sembra un “*health connector*”, ma in realtà ha un rapporto funzionale diverso e competenze diverse ...

L'assistente sociale

È un professionista che agisce per promuovere il benessere individuale e collettivo, intervenendo in situazioni di disagio, emarginazione e bisogno attraverso la prevenzione, il sostegno e il recupero. Utilizza conoscenze e strumenti specifici del Servizio Sociale per favorire l'autonomia delle persone e un equilibrato rapporto con il loro ambiente, operando con individui, famiglie, gruppi e comunità, in diversi settori come il socio-assistenziale, sanitario e giudiziario.

Cosa fa l'assistente sociale

- *Valuta i bisogni*: Analizza e valuta le domande e i bisogni delle persone, identificando le problematiche e i conflitti che generano disagio sociale.
- *Progetta interventi*: Co-progetta e realizza interventi individuali e collettivi, sfruttando le risorse personali, comunitarie e istituzionali.
- *Promuove l'autonomia*: Aiuta a promuovere il benessere, l'autonomia e la giustizia sociale, favorendo cambiamenti positivi e la partecipazione attiva delle persone.
- *Attiva le risorse*: Mette in moto le reti sociali e le istituzioni per fornire supporto e servizi, come l'informazione e l'attivazione di risorse.
- *Sostiene categorie fragili*: Si occupa di individui e famiglie in condizioni di vulnerabilità, tra cui anziani, minori a rischio, disabili, immigrati e persone con dipendenze.

L'assistente sociale è, quindi, un professionista che agisce sia sul piano del caso (lavoro con i singoli e le famiglie), sia sul piano del gruppo e della comunità. Il suo obiettivo è creare un legame più armonioso tra l'individuo e il suo contesto, contrastando attivamente discriminazioni, abusi e altri fenomeni di marginalizzazione.

L'animatore di comunità

E' un profilo relativamente nuovo che mira a coinvolgere attivamente i membri di una collettività, promuovendo la loro partecipazione e responsabilizzazione nella vita comunitaria. Si tratta di un intervento sociale che mira a sviluppare il potenziale ludico, culturale, espressivo e relazionale degli individui, favorendo la coesione sociale e la prevenzione del disagio. La figura dell'animatore di comunità, sebbene non definita da una specifica legge nazionale, è riconosciuta e normata a livello regionale e locale, in particolare nell'ambito dei servizi socio-assistenziali ed educativi. Questa figura professionale opera per promuovere la partecipazione, l'inclusione e lo sviluppo delle potenzialità di individui e gruppi all'interno di una specifica collettività.

Gli obiettivi dell'animazione di comunità come da normativa regionale e locale dovrebbero essere:

- *Promuovere la coesione sociale:* Favorire l'integrazione e la partecipazione di tutti i membri della comunità, riducendo le disuguaglianze e contrastando il disagio.
- *Sviluppare il senso di appartenenza:* Creare un legame forte tra gli individui e il territorio in cui vivono, valorizzando le risorse locali e le tradizioni.
- *Favorire la partecipazione attiva:* Coinvolgere i cittadini nella vita della comunità, promuovendo la loro responsabilizzazione e il loro contributo al benessere collettivo.
- *Prevenire il disagio sociale:* Intervenire tempestivamente per contrastare situazioni di emarginazione e isolamento, offrendo opportunità di crescita e integrazione.
- *Valorizzare le risorse del territorio:* Identificare e utilizzare le risorse (materiali, immateriali, umane) presenti nella comunità per promuovere il suo sviluppo.

In sintesi, l'animazione di comunità è un approccio che mette al centro le persone e il loro potenziale, favorendo la creazione di una comunità coesa, partecipativa e in grado di affrontare le sfide del presente.

Confronto di modelli, raccomandazioni, linee guida

Nelle successive tabelle di sintesi, proponiamo un primo confronto tra modello Frome ed esperienze italiane, relativamente agli operatori coinvolti, modalità e strumenti d'intervento che mostrano somiglianze ma anche diversità su cui riflettere e prime proposte sulle figure professionali a ponte tra sanità e sociale

Tabella2 – Modello Frome (UK) e quadro normativo in Italia

Topic	Modello Frome (UK)	Esperienze in Italia
Governance delle reti	Team di coordinamento	Distretti sociosanitari, Case di Comunità, Servizi Sociali dei Comuni
Luoghi di inclusione	Rete di spazi dedicati (talking caffè e talking banches)	Case di Comunità, luoghi del Terzi Settore e dell'Associazionismo, etc ...
Health connector	Figura ibrida con competenza sanitarie, ma anche sociali ...	Case manager,
Community connector	Volontario con competenze ibride, ma con un back office di rete condiviso	Operatore PUA, COT-D, CUP, Infermiere di Famiglia e Comunità, Animatore di Comunità, Assistente sociale, etc.
Comunicazione	Tutte le modalità possibili su web e in presenza	Modalità web e qualche altro strumento info (Carta dei servizi, Bilancio sociale, etc.)

Tabella 3 – Modello Frome (UK) e limiti in Italia

Topic	Modello Frome (UK)	Esperienze in Italia
Governance delle reti	Team di coordinamento	Competenze disperse
Luoghi di inclusione	Rete di spazi dedicati (talking caffè e talking banches)	Luoghi dispersi e spesso non in rete
Health connector	Figura ibrida con competenza sanitarie, ma anche sociali ...	Più figure che non si coordinano spesso fra di loro ... prevale la logica dei silos ...
Community connector	Volontario con competenze ibride, ma con un back office di rete condiviso	Più figure che non si coordinano spesso fra di loro ... prevale la logica dei silos ...

Comunicazione	Tutte le modalità possibili su web e in presenza	Modalità web e qualche altro strumento info non coordinati fra di loro (Carta dei servizi, Bilancio sociale, etc.)
---------------	--	--

Verso Raccomandazioni condivise sulla prescrizione sociale

Il percorso avviato in vista del primo convegno di Roma *“Comunità come alternativa alla solitudine e per supportare la salute”* ha permesso di raccogliere esperienze italiane e internazionali e di avviare un confronto tra protagonisti diversi. Nell'intensa giornata di convegno sono stati attivati Tavoli tematici, che hanno elaborato idee comuni per valorizzare le pratiche già in atto e hanno contribuito a creare un network el. Su queste basi, un Comitato scientifico sta predisponendo una prima bozza di Raccomandazioni/Linee guida, documento che unisce rigore metodologico ed esperienza sul campo.

Il dibattito continuerà nel prossimo convegno, previsto per l'inverno, offrirà l'occasione di presentare e discutere questa bozza con istituzioni, aziende sanitarie, comuni, associazioni di volontariato, cooperative ed enti del Terzo Settore, sia già coinvolti sia di nuovo ingresso nel network.

Si tratta di un percorso complesso ma promettente: si tratta di saper tenere insieme il sapere scientifico con i vissuti delle comunità, la ricerca con le strategie politiche, le istituzioni pubbliche con il 3 settore, e così potremo trasformare idee e sperimentazioni in pratiche consolidate, capaci di rendere i territori luoghi di salute, inclusione e resilienza.

Silvia Scelsi,

Presidente Nazionale ASQUAS, Presidente ANIARTI, Responsabile Professioni Sanitarie Istituto “Gaslini”, Genova,

Giorgio Banchieri,

Segretario Nazionale ASQUAS, Docente DiSSE, Università “Sapienza”, Roma

Laura Franceschetti,

Professoressa, Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche della Università “Sapienza” di Roma,

Andrea Vannucci,

Membro CTS ASQUAS, Docente DiSM, Università Siena, Membro CD Accademia Nazionale di Medicina, Genova.

Lettere consigliate

Concezioni di comunità

- McMillan, D. W., & Chavis, D. M. (1976). *Sense of Community: A Definition and Theory*.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon & Schuster.
- Oldenburg, R. (1989/2023). *The Great Good Place*. New York: Marlowe & Company.

Social prescribing e comunità in salute

- Bertotti, M. (a cura di) (2024). *Social Prescribing Policy, Research and Practice: Transforming Systems and Communities for Improved Health and Wellbeing*. Routledge.
- World Health Organization & National Academy for Social Prescribing (2023). *Social Prescribing Around the World*. Disponibile su: <https://socialprescribingacademy.org.uk/media/4lbdy5ip/social-prescribing-around-the-world.pdf>
- Kurpas, D., et al. (2023). *European Perspective on How Social Prescribing Can Facilitate Health and Social Integrated Care in the Community*. *International Journal of Integrated Care*.
- Ghogomu, E. T., et al. (2024). *Effects of social prescribing for older adults*. *BMC Geriatrics*.
- [A Toolkit on How to Implement Social Prescribing\(OMS, 2022\)](#):

- [How Arts, Heritage and Culture can support health and wellbeing through social prescribing](#)(NASP, 2022):
- *Social Prescribing Policy, Research and Practice: Transforming Systems and Communities for Improved Health and Wellbeing*, 2024, Springer Editor

L'esperienza di Frome

- *The Relationships Project (2023). The Frome Model of Enhanced Primary Care (Compassionate Frome). Disponibile su: <https://relationshipsproject.org/project/frome/>*
- *Abel, J., et al. (2018). Reducing emergency hospital admissions: a population-based cohort study of social prescribing. British Journal of General Practice, 68(669), e803-e810.*
- *Health Innovation South West (2020). Health Connections Mendip: Social Prescribing Case Study. Disponibile su: <https://healthinnovationsouthwest.com/wp-content/uploads/publications/SWAHSN-Social-Prescribing-Case-Study-Frome-041220.pdf>*

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=131895

quotidianosanità.it

Sanità pubblica: concentriamoci sui problemi del presente

di Claudio Maria Maffei

16 SET -

Gentile Direttore,

ogni tanto si riaccende su Quotidiano Sanità il dibattito sulla responsabilità della sinistra nella crisi del Ssn. Ad alimentarlo è periodicamente con la sua autorevolezza Ivan Cavicchi, con argomentazioni che si possono riprendere dal suo ultimo intervento "[Senza autocritica la sinistra non potrà rilanciare la sanità pubblica](#)". Io ho una enorme difficoltà a comprendere quali sono i passaggi che legano la cosiddetta "controriforma della Bindi" del 1998, altre volte definita come "la grande marchetta al privato", ai gravissimi problemi della sanità pubblica italiana di oggi.

I contenuti chiamati in causa di quella controriforma sono elencati nell'intervento di Cavicchi: le sperimentazioni gestionali, il ritorno delle mutue, il riconoscimento dei fondi sanitari, la sanità sostitutiva e l'intramoenia.

Si tratta di temi rilevanti, in larga misura sovrapponibili tra loro, di cui è importante discutere, ma che è a mio parere forzato considerare i fattori determinanti della attuale situazione della sanità pubblica italiana. I principali documenti/appello a sostegno del Ssn usciti da poco più di un anno a questa parte ne fanno infatti menzione, ma includendoli in un elenco molto più articolato di fattori di crisi.

Mi riferisco ad esempio tra i tanti a quello di [impostazione più politica](#) (definizione mia di comodo) che ha coinvolto inizialmente oltre 130 Associazioni.

Ma non voglio contribuire a rinforzare l'attenzione e ad alimentare il dibattito sulle responsabilità della sinistra sulla crisi del Ssn (confesso che non ne sarai capace), ma ricordare che c'è una responsabilità enorme e attuale della destra che adesso governa l'Italia e la stragrande maggioranza delle Regioni.

Di questa responsabilità ci si accorge benissimo nelle Marche, chiamate tra pochi giorni al voto. Una Regione che sta sperimentando con la complicità del Governo centrale cosa vuol dire avere la propria sanità governata dal centrodestra con a capo una destra "in purezza", quella di Fratelli d'Italia.

Una destra che non fa riforme, ma stravolge quella vigente. Nelle Marche questa destra populista in cinque anni ha fatto sua la politica del promettere tutto a tutti, a partire da una rete ospedaliera ipertrofica e diffusa, di cui ho parlato tante, forse troppe, volte qui su Qs.

Ecco gli effetti di questi cinque anni di governo della destra sulla salute e sui servizi sanitari e socio-sanitari dei marchigiani:

- Siamo la Regione con la peggiore rete di servizi nell'area della salute mentale ([dati 2023 elaborati dalla Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica](#));
- Siamo la Regione al secondo posto come lunghezza dei tempi di attesa per la chirurgia dei tumori maligni e come qualità della organizzazione della assistenza oncologica ([dati 2023 elaborati dalla Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Agenas](#));
- Abbiamo la peggiore performance regionale in sanità tra le Regioni nel centro-Nord, dato che ci colloca al sedicesimo posto in Italia ([elaborazione del CREA](#), centro di ricerca in sanità dell'università Tor Vergata di Roma, su dati 2023);
- Siamo secondo il Ministero all'ottavo posto come performance regionale in sanità ([dati 2023](#)) quando nel 2019 e nel 2020 eravamo al quinto;
- Abbiamo intollerabili tempi di attesa fino a 5 anni per la valutazione dei minori in difficoltà da parte delle Unità multidisciplinari dell'età evolutiva(fonte: [Gruppo Solidarietà](#));
- Abbiamo intollerabili liste di attesa per l'inserimento degli anziani nelle strutture residenziali loro dedicate (fonte: [Gruppo Solidarietà](#)) con la quasi completa assenza di posti letto dedicati alle persone anziane affetta da demenza (stessa fonte);
- Siamo come saldo di mobilità per i ricoveri (differenza tra mobilità attiva e passiva) la seconda peggior Regione del centro-Nord ([25 milioni, dati 2023, elaborazione Agenas](#));
- Siamo stati nel 2023 la Regione d'Italia con la terza più alta percentuale di rinuncia alle cure per la specialistica ([9,7 % in base ai dati ISTAT riportati in più sedi](#));
- Siamo la Regione che ospiterà [due nuovi "piccoli" Corsi di Laurea privati in Medicina](#) (costo attorno ai 20.000 euro l'anno) di una Università privata (la Link Campus) con un passato di lauree facili su cui è facile trovare [documentazione in rete](#). Si parte con Fano e poi si aggiungerà Ascoli Piceno (due città governate dalla destra);
- Al monitoraggio dell'agenas abbiamo [pienamente funzionanti solo due Case della Comunità](#) (e forse manco quelle) sulle 29 finanziate col PNRR e sulle 40 promesse;
- Siamo agli ultimissimi posti come [uso del Fascicolo Sanitario Elettronico](#);
- Abbiamo [dati di adesione agli screening dei tumori più bassi](#) che nella media italiana in base ai dati dell'osservatorio Nazionale Screening.

In aggiunta a questo la attuale Giunta ha posto le premesse per una bolla edilizia in sanità dalle dimensioni impressionanti ([ne ho scritto qui su Qs qualche settimana fa](#)) con il compiacente supporto dei Ministeri della Salute e della Economia e delle Finanze.

In questa situazione il candidato del centrodestra (l'attuale Presidente Francesco Acquaroli) punta tutte le sue carte sul rinnovo delle promesse fatte e non mantenute, con l'avallo di Giorgia Meloni che verrà qui tra pochi giorni dopo aver regalato alle Marche la vetrina del G7 Salute. Credo che si capisca bene la reazione che si prova qui nelle Marche quando si verifica che l'attenzione non è sugli effetti della sanità populista della destra di oggi, ma sulla sanità controriformata dalla sinistra di ieri, anzi no dell'altro ieri.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=131966

Articolo pubblicato su Welforum.it il 9/9/2025

Valutazione della disabilità: la tentazione di ridimensionare le novità

Minimizzato il WHODAS 2.0 ancor prima di cominciare

Franco Pesaresi

Le nuove norme approvate per la sperimentazione del nuovo sistema di valutazione della disabilità hanno radicalmente ridimensionato il ruolo del WHODAS 2.0. Cerchiamo di spiegare la questione con ordine e semplicità.

Il WHODAS 2.0

La legge 227/2021 prevede che la valutazione multidimensionale sia svolta tenendo conto delle indicazioni dell'ICF¹ e dell'ICD² e che definisca un profilo di funzionamento della persona, necessario alla predisposizione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato e al monitoraggio dei suoi effetti nel tempo, tenendo conto delle differenti disabilità nell'ambito della valutazione (L. 227/2021, art. 2 comma 2 lett. c) punto 3)).

Il Decreto Legislativo 62/2024, in attuazione della L. 227/2021, stabilisce le procedure per la nuova ed unica valutazione di base per il riconoscimento della condizione di disabilità, ed a questo fine ha individuato un nuovo strumento di valutazione, denominato *WHODAS 2.0*. Si tratta di un metodo standardizzato di misura del funzionamento, della disabilità e della salute delle persone, ad eccezione dei minori di età. Insieme al WHODAS 2.0 verranno utilizzate delle nuove tabelle medico-legali relative alla condizione conseguente alla compromissione duratura, ma per i soli effetti della valutazione dell'invalidità civile.

L'unicità di WHODAS 2.0 consiste proprio nel fatto che, copre completamente i corrispondenti domini di ICF e può essere utilizzato in persone affette da qualunque tipo di malattia, inclusi i disturbi fisici, mentali e da uso di sostanze.

Lo Strumento per la Valutazione della Disabilità denominato WHODAS 2.0 è stato sviluppato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) affinché, partendo dall'ICF, sia adatto a misurare la salute e la disabilità in modo standardizzato e transculturale.

La relazione tra la valutazione medica e il WHODAS 2.0

Il Decreto Legislativo 62/2024 sulla valutazione della disabilità all'art. 5 stabilisce che il procedimento di "valutazione di base" comprende sia l'impiego del Whodas che delle nuove tabelle medico-legali relative alla condizione conseguente alla compromissione duratura elaborate sulla base delle più aggiornate conoscenze ed acquisizioni scientifiche (e sulla base dell'ICD), relativamente a questo ultimo strumento per i soli effetti della valutazione dell'invalidità civile.

Quindi, a questo punto, il nodo cruciale è costituito dal come includere al meglio le informazioni sul funzionamento acquisite dal WHODAS 2.0 nel sistema di valutazione della condizione di disabilità che prevede anche l'uso delle tabelle medico-legali.

Il Decreto Legislativo 62/2024 che introduce il WHODAS 2.0 nella valutazione della disabilità non definisce però come si rapporta questa scala (da 1 a 100) con le tabelle medico legali che rimangono nello strumentario della valutazione della disabilità (invalidità ecc.).

L'OCSE (2023), per esempio, afferma che soluzione migliore è quella di fare una media, in un modo predeterminato, della percentuale di invalidità civile attribuita con il sistema attuale (tabelle medico-legali) e del punteggio WHODAS 2.0. Questo approccio si basa sulla teoria che, insieme, le informazioni mediche e i risultati di funzionamento contribuiscono, in misura diversa, a una valutazione realistica e valida della disabilità. Quindi, l'OCSE dà un peso molto rilevante alla valutazione realizzata con il WHODAS 2.0.

¹ ICF»: Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute - International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), approvata dalla 54ª Assemblea mondiale della sanità il 22 maggio 2001 (OMS).

² «ICD»: Classificazione Internazionale delle malattie dell'Organizzazione mondiale della sanità, adottata dall'Organizzazione mondiale della sanità.

La novità: il Decreto Ministero Salute n. 94/2025

Recentemente, il Ministero della Salute ha approvato il Decreto n. 94 del 10/4/2025 per regolamentare l'accertamento della disabilità connessa

- Ai disturbi dello spettro autistico,
- Al diabete di tipo 2 e
- Alla sclerosi multipla,

applicabili nella valutazione di base nel periodo di sperimentazione.

In questa prima fase, la sperimentazione si applicherà solo a queste condizioni anche se è previsto che, in futuro, si occuperà anche di artrite reumatoide, di cardiopatie, di broncopatie e di malattie oncologiche (L. 15/2025). Per tutte le altre situazioni non c'è sperimentazione e la valutazione della disabilità e della invalidità proseguirà con il sistema tradizionale.

All'interno del Decreto viene definito il peso che si attribuisce alla valutazione con il WHODAS che è uguale per tutte e tre le situazioni. Questo aspetto potrebbe lasciar presumere che, in futuro, possa essere applicato nello stesso modo a tutte le altre condizioni di salute e di disabilità. Ma questo ultimo aspetto si potrà verificare con i prossimi decreti.

Il decreto stabilisce che il WHODAS 2.0 è uno "strumento di misura della disabilità che viene utilizzato per valorizzare la partecipazione della persona nel processo valutativo e per integrare i parametri utilizzati per l'individuazione della percentuale di invalidità civile. Si tratta quindi di una valutazione subalterna ed integrativa di quella medico-legale. A tal fine, la percentuale finale individuata di invalidità, derivante dall'applicazione dei criteri previsti dal DM 5/2/1992, parte I, paragrafo 3 (tabelle medico-legali), può essere modificata come segue:

- Moltiplicandola per un valore compreso tra 1 e 1,05 in caso di punteggio WHODAS 2.0 compreso tra 26 e 40;
- Moltiplicandola per un valore compreso tra 1,06 e 1,10 in caso di punteggio WHODAS 2.0 compreso tra 41 e 100".

Le criticità del Decreto Ministero Salute n. 94/2025

La penalizzazione dei disabili molto gravi

Non ci sono ancora degli studi pubblicati, applicabili a una popolazione con condizioni di salute diverse, per classificare la gravità della loro disabilità utilizzando i punteggi WHODAS 2.0.

Tuttavia, sulla base di diversi progetti pilota precedenti e comparabili, condotti dalla Banca Mondiale, utilizzando il questionario WHODAS in Grecia, Lettonia, Lituania e Bulgaria, le "soglie" significative della disabilità WHODAS 2.0 per il punteggio 0-100 basato sull'analisi di Rasch sono suggerite (OCSE, 2023) come segue:

- Punteggio 0-25: nessuna limitazione funzionale (cioè nessuna difficoltà nelle prestazioni/disabilità);
- Punteggio 26-40: limitazioni funzionali moderate (ossia moderate nelle performance/disabilità);
- Punteggio 41-60: limitazioni funzionali gravi (vale a dire gravi difficoltà nelle performance/disabilità);
- Punteggio 61-100: limitazioni funzionali molto gravi (cioè difficoltà molto gravi nelle performance/disabilità).

Ci sono almeno tre grandi categorie di disabilità (che l'OCSE suggerisce di portare a cinque per aumentarne la precisione) che il decreto 94/2025 però riduce a due mettendo insieme le limitazioni gravi con quelle molto gravi. Questa classificazione grossolana penalizza fortemente le persone con limitazioni funzionali molto gravi che proprio per questo hanno bisogno di una maggior tutela.

Peso modesto del Whodas 2.0 e discrezionalità nell'uso

Come si traduce il Decreto 94/2025 nella realtà fattiva della valutazione?

Nel caso di presenza di limitazioni funzionali moderate (punteggio da 26 a 40) la commissione potrà **discrezionalmente** applicare una maggiorazione del punteggio di invalidità da 0% al 5% mentre nel caso di presenza di limitazioni funzionali gravi o molto gravi (punteggio da 41 a 100) la commissione potrà **discrezionalmente** applicare una maggiorazione del punteggio di invalidità dal 6% al 10%.

La norma non stabilisce alcuna oggettività nella valutazione per cui le eventuali maggiorazioni saranno in gran parte stabilite dalla commissione con inevitabili differenze di trattamento.

Per valutare il “peso” del WHODAS 2.0 occorre rammentare che già con il sistema attuale delle tabelle medico legali la Commissione di valutazione ha la possibilità di modificare del 5% l’esito dell’applicazione delle tabelle. Per cui, un po’ grossolanamente si può affermare che l’applicazione del WHODAS 2.0, rispetto al sistema attuale, può modificare solo fino ad un massimo del 5% l’esito dell’applicazione delle tabelle medico legali, ma solo nelle disabilità più gravi.

Per cui l’uso e il peso del WHODAS 2.0 dipenderà dalla valutazione discrezionale dei membri della commissione legati al tradizionale sistema delle tabelle medico legali, valutazione che comunque, in base alle basse maggiorazioni disponibili modificheranno ben poco della valutazione medica.

Ridimensionato il potenziale valutativo

C’è poi un altro aspetto da valutare. Le sperimentazioni sinora effettuate hanno dimostrato che la valutazione con il WHODAS 2.0 può portare ad una modificazione sia in aumento che in diminuzione della percentuale di invalidità civile attribuita. Questo perché la disabilità, nella concezione dell'ICF, è il risultato di un'interazione tra la condizione di salute di base e la limitazione funzionale di una persona, da un lato, e l'ambiente in cui la persona vive. Eliminare anche l’elemento della possibile riduzione della percentuale di invalidità civile attribuita unita alla semplificazione della classificazione dei punteggi WHODAS 2.0 ha come risultato complessivo quello di ridimensionare radicalmente il potenziale valutativo dello strumento che si ispira all’ICF.

L’individuazione dei livelli di sostegno

Il Decreto Legislativo 62/2024 ha fra l’altro stabilito l’approvazione di un successivo decreto per delineare un sistema per fasce, volto ad individuare l’intensità di sostegno e di sostegno intensivo per le persone con disabilità, differenziandoli tra i livelli di lieve, media, elevata e molto elevata intensità.

I «sostegni», come è noto, sono i servizi, gli interventi, le prestazioni e i benefici individuati a conclusione dell’accertamento della condizione di disabilità e nel progetto di vita per migliorare le capacità della persona e la sua inclusione, nonché per contrastare la restrizione nella sua partecipazione sociale, graduati in «sostegno» e «sostegno intensivo», in ragione della frequenza, della durata e della continuità del sostegno (D. Lgs. 62/2024, art. 2). La valutazione di base è il procedimento volto ad accertare, attraverso l’utilizzo delle classificazioni ICD e ICF e dei correlati strumenti tecnici operativi di valutazione come il WHODAS 2.0, la condizione di disabilità ai fini dell’accesso al sostegno, lieve o medio, o al sostegno intensivo, elevato o molto elevato. Sono i “sostegni”, per intenderci, che poi finiscono sul Progetto di vita della persona con disabilità.

La classificazione degli esiti della valutazione WHODAS 2.0 in due sole grandi classi di persone con disabilità (con punteggio inferiore a 41 o con punteggio superiore a 40) influenza anche l’assegnazione dei sostegni alle persone con disabilità contribuendo a definire un sistema ben poco selettivo e con ampi margini di discrezionalità.

Nella tab. 1 viene presentato il sistema di attribuzione della tipologia dei “sostegni” in base alla valutazione Whodas 2.0. Come risulta del tutto evidente non si distingue la tipologia di sostegno fra il livello lieve ed il livello medio così come non si distingue fra il livello elevato e quello molto elevato del sostegno intensivo³.

Tutto viene rinviato alla valutazione locale in ragione della frequenza e dell’intensità del sostegno che verranno stabiliti successivamente alla valutazione di base. Ma in questo modo non si dà attuazione alle disposizioni del D. Lgs. 62/2024 e tutto rimane molto discrezionale.

Tab. 1 – Definizione dei livelli di sostegno in relazione alla condizione personale e alle potenziali barriere ambientali

³ Il sostegno intensivo è caratterizzato dalla necessità di un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale. L’intervento è:

- Permanente quando la sua durata si protrae nel tempo;
- Continuativo quando è costante o con frequenza ricorrente;
- Globale quando è strumentale allo svolgimento della vita quotidiana, dell’apprendimento, del lavoro e della vita di relazione.

Compromissione funzioni e/o strutture	Fattori ambientali	Partecipazione	Livello di sostegno		Fasce	Punteggio Whodas	Come differenziare
Duratura e significativa	Barriere ambientali che potrebbero limitare lo svolgimento delle attività o restringere la partecipazione	Rischio potenziale di restrizione della partecipazione tale da richiedere assistenza	Sostegno	Lieve	1	Inferiore a 41	Si discrimina tra sostegno intensivo elevato e molto elevato oppure tra sostegno lieve e sostegno medio in ragione della frequenza e dell'intensità del sostegno
				medio	2		
		Rischio potenziale di restrizione della partecipazione tale da richiedere assistenza permanente, continua e globale	Sostegno intensivo	Elevato	3	Superiore a 40	
				molto elevato	4		

Fonte: ns. elaborazione dal D. M. Salute 94/2025.

Conclusioni

Il nuovo sistema di valutazione della disabilità basato sul funzionamento tramite WHODAS 2.0 e l'attuale sistema di valutazione medica dell'invalidità civile non sono alternativi, ma complementari.

La legge delega sulla disabilità n. 227/2021, ha previsto di integrare la visione medica con il concetto di disabilità basato sul funzionamento, ricorrendo alla Scheda per la valutazione della disabilità dell'OMS – WHODAS 2.0 -, per una valutazione più accurata della disabilità dell'individuo (Pesaresi, 2024).

L'attuazione di questi principi non sembra però in linea con la Legge di riforma sulla disabilità n. 227/2021 e con il D. Lgs. 62/2024, attuativo della riforma.

Il Decreto Ministero della Salute n. 94/2025 ridimensiona pesantemente il ruolo del WHODAS 2.0 e ne permette un uso con ampi margini di discrezionalità nella valutazione dell'invalidità e delle altre prestazioni nazionali; allo stesso modo la stessa impostazione vaga e discrezionale viene riproposta per l'accesso ai sostegni delle persone con disabilità.

La speranza è che questo ampio Decreto di 65 pagine, sicuramente anticipatorio di orientamenti da generalizzare in futuro, possa essere migliorato alla fine della sperimentazione, sulla base delle esperienze acquisite.

Bibliografia e norme di riferimento

- Decreto Ministero Salute 10 aprile 2025 n. 94: Regolamento recante i criteri per l'accertamento della disabilità connessa ai disturbi dello spettro autistico, al diabete di tipo 2 e alla sclerosi multipla, applicabili nella valutazione di base nel periodo di sperimentazione.
- Decreto Legislativo 3 maggio 2024, n. 62: *"Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e l'attuazione del progetto di vita individualizzato e partecipato"*.
- LEGGE 21 febbraio 2025, n. 15: *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 27 dicembre 2024, n. 202, recante disposizioni urgenti in materia di termini normativi*.
- L. 22 dicembre 2021, n. 227 recante: *"Delega al Governo in materia di disabilità"*.
- OECD/OCSE (2023), *Disabilità, lavoro e inclusione in Italia: Una migliore valutazione per una migliore assistenza*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/66abbfe6-it>.
- Portale italiano delle classificazioni sanitarie, *Che cos'è WHODAS 2.0?* https://www.reteclassificazioni.it/portal_main.php?portal_view=public_custom_page&id=97 (accesso 2/12/2023).

- Pesaresi F., *Il Whodas 2.0: il nuovo strumento per la valutazione della disabilità*, I Luoghi della cura n. 2/2024: https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2024/05/Pesaresi_IL-WHODAS-2.0_-il-nuovo-strumento-per-la-valutazione-della-disabilita_-logo.pdf
- Simoncelli M., Pesaresi F., *ICF: il nuovo strumento dell'Oms per classificare la salute e la disabilità*, "Servizi Sociali Oggi" n.4/2005: <https://francopesaresi.blogspot.com/2015/02/icf-lo-strumento-per-classificare-la.html>
- Who/Regione Friuli Venezia Giulia, *Misurare la Salute e la Disabilità - Manuale dello Strumento OMS per la Valutazione della Disabilità - WHODAS 2.0*, 2018: [WHODAS 2.0 \(reteclassificazioni.it\)](https://www.reteclassificazioni.it) (6/9/2025).

<https://www.welforum.it/valutazione-della-disabilita-la-tentazione-di-ridimensionare-le-novita/>

Articolo pubblicato su SosSanità il 4/9/2025:

La pianificazione sociale delle Regioni e degli Ambiti Sociali

Franco Pesaresi

1. I piani sociali regionali

L'art. 18 della l. 328/2000, al comma 6, prevede che le Regioni adottino il piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, provvedendo in particolare all'integrazione sociosanitaria in coerenza con gli obiettivi del piano sanitario regionale, nonché al coordinamento con le politiche dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro.

Tale previsione normativa ha prodotto una diffusa produzione di atti di programmazione, di diversa natura, su scala regionale, nel corso dei 25 anni successivi all'approvazione della riforma.

Tutte le Regioni, meno il Piemonte, dopo l'approvazione della L. 328/2000, hanno approvato almeno un piano regionale, comunque denominato, per definire indirizzi e obiettivi in materia di politiche sociali e sociosanitarie. Il Piemonte, nel corso degli anni, ha preferito invece intervenire con diversi e specifici atti amministrativi (linee guida, indirizzi operativi, ecc.) per definire le diverse fasi programmatiche e fornire indirizzi al livello territoriale di governo. Ma anche il Piemonte sta per superare questa sua solitudine dato che è in itinere l'approvazione del suo primo Piano sociosanitario 2025-2030 che è già stato approvato dalla Giunta Regionale ed attende l'approvazione definitiva del Consiglio Regionale del Piemonte.

Negli ultimi 10 anni accanto ai più tradizionali Piani sociali regionali si sono diffusi anche i Piani sociosanitari regionali che contengono cioè sia la parte dedicata alla sanità che alle politiche sociali. I Piani sociali regionali, negli ultimi 10 anni, costituiscono ancora la maggioranza dei Piani (il 61%) ma le cose stanno cambiando dato che nel 2025 i Piani sociosanitari regionali costituivano il 50% del totale (Cfr. Tab. 1).

La pianificazione sociale regionale non è mai stata al centro dell'attenzione regionale. Sempre negli ultimi 10 anni, le regioni con un Piano sociale regionale vigente sono quasi sempre state una minoranza (da 7 a 10). Solo nel 2022 i Piani sociali regionali vigenti hanno riguardato la maggioranza delle regioni coinvolgendo 10 regioni ed una provincia autonoma (Cfr. Tab.1). Questo evento però non si è più ripetuto. Al momento attuale, le regioni e le province autonome con un Piano sociale o sociosanitario vigente sono dieci.

In genere, la pianificazione sociale è triennale ma comincia ad emergere (un quinto delle regioni) la tendenza ad allungare la validità dei Piani sociali prevedendo un numero di anni più ampio (di 4, 5 o 10 anni) o provvedendo alla proroga della validità dei Piani sociali triennali (Cfr.Tab.1).

Il tutto contrasta con quanto sta invece accadendo a livello nazionale che ha visto una ripresa costante della pianificazione nazionale che dovrebbe fornire gli indirizzi per quella regionale. Infatti, nel 2018 è stato approvato il Piano triennale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2018-2020, poi proseguita con l'approvazione del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 (Decreto 22 ottobre 2021) e, più di recente, del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2024-2026.

Sarebbe dunque auspicabile che l'azione pianificatoria regionale assumesse la periodicità e l'orizzonte temporale della programmazione nazionale come riferimento, allo scopo di ottimizzare la pianificazione territoriale e favorire la piena integrazione degli obiettivi e degli interventi. (MLPS, World Bank, 2025).

Tab.1. I Piani sociali regionali degli ultimi 10 anni

regione/ provincia	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Abruzzo		PSR 2016-2018						PSR 2022-2024 proroga2025					
Basilicata				PSSR 2028-2020									
Bolzano								PSP 2023-2030					
Calabria						PSR 2020-2022							
Campania					PSR 2019-2021			PSR 2022-2024					
Emilia-R			PSSR 2017-2019										
Friuli V.Giulia											PSR 2025-2027		
Lazio			PSR 2017-2019				PSR 2021-2023				PSR 2025-2027		
Liguria			PSSR 2017-2019							PSSR 2024-2026			
Lombardia										PPSSR 2024-2028			
Marche						PSR 2020-2022							
Molise						PSR 2020-2022					PSR 2025-2027		
Piemonte													
Puglia								PSR 2022-2024					
Sardegna							PSR 2021-2023						
Sicilia			PSSR17										
Toscana										PSSR 2024-2026			
Trento	PSSP 2015-2025 (4 stralci)												
Umbria			PSR 2017-2019										
Valle d'Aosta								PSSR 2022-2025					
Veneto					PSSR 2019-2023								
Piani vigenti	1	1	7	8	7	7	8	11	9	9	10		

Legenda: PSR= Piano sociale regionale; PSSR= Piano sociosanitario regionale; PSP= Piano sociale provinciale; PSSP= Piano sociosanitario provinciale. Note: E' in itinere in Consiglio Regionale il Piano sociosanitario 2025-20230 dell'Umbria. Fonte: nostra ricerca + MLPS e World Bank, 2025

2. I Piani sociali di zona

L'art. 19 delle l. 328/2000 prevedeva che i Comuni, associati in ambiti territoriali sociali, provvedessero, in coerenza con le indicazioni dei piani sociali regionali, a definire il proprio piano sociale di zona.

A distanza di 25 anni dalla L. 328 possiamo dire che l'esperienza della pianificazione sociale di zona, seppur con diverse denominazioni dei Piani, è ampiamente condivisa nei territori italiani. Rimangono però ancora una regione (Piemonte) ed una provincia autonoma (Bolzano) che, per scelta, hanno deciso di non percorrere questa strada. Le iniziative in atto lasciano però presumere che almeno in una parte di questi territori (Piemonte), nel prossimo futuro, saranno sperimentati i Piani sociali di Zona (Cfr. Tab.2).

Non sempre però si riscontra un aggiornamento costante dei Piani sociali di zona anche a causa di una produzione dei Piani regionali sicuramente non costante e continua.

Sono diversi, infatti, i contesti territoriali nei quali la definizione dei piani di zona è sospesa da tempo, rinviata, differita nei termini, o comunque indebolita e frammentata. Su questo punto, oltre che una evidente differenziazione sul piano interregionale, si registra una variazione significativa anche sul piano infraregionale, con singoli ambiti territoriali che - nel contesto di una più generale difficoltà amministrativa - manifestano considerevoli ritardi nell'esercizio della funzione programmatica (MLPS, World Bank, 2025).

Nel complesso però va rilevato che la diffusione dei Piani sociali di zona sia ben più ampia ed aggiornata dei Piani sociali regionali di cui dovrebbero costituire l'attuazione. Nel 2024 infatti i Piani di zona vigenti erano presenti negli Ambiti (ATS) di 15 regioni mentre, nello stesso anno, i Piani sociali regionali vigenti erano solo 9.

Tab.2. L'adozione dei Piani sociali di zona

REGIONE/ PROVINCIA	Avvio dei PdZ dopo la L. 328/00	PdZ vigenti nel 2024	Note
ABRUZZO	Si	Si	Denominato "Piano distrettuale sociale" riguarda il triennio 2023-2025
BASILICATA	Si	No	Denominato "Piano intercomunale dei servizi sociali e socio-sanitari" ha riguardato il triennio 2019-2021
BOLZANO (P.A.)	No	No	Non sono previsti, i Comuni di Bolzano e Merano pubblicano dei Piani sociali
CALABRIA	Si	No	Il primo ciclo è stato avviato nel triennio 2021-2023
CAMPANIA	Si	Si	
EMILIA- ROMAGNA	Si	Si	Con la DGR 1030/2024 si sta riavviando il prossimo ciclo
FRIULI VENEZIA GIULIA	Si	No	L'ultimo ciclo risale al 2013-2015 novellato dal Programma di contrasto alla povertà del 2018; alcuni ATS continuano indipendentemente da nuove LG
LAZIO	Si	Si	I distretti sociosanitari hanno approvato i piani sociali di zona 2024-2026.
LIGURIA	Si	Si	
LOMBARDIA	Si	Si	Avviata l'attuazione della programmazione per il triennio 2025/2027, secondo le Linee di indirizzo definite con DGR n. 2167 del 15 aprile 2024.
MARCHE	Si	No	Ultimi Piani sociali di zona approvati relativi agli anni 2020-2021
MOLISE	Si	Si	
PIEMONTE	No	No	Nonostante la definizione di Linee Guida, la programmazione territoriale nel 2024 non era stata ancora avviata
PUGLIA	Si	Si	
SARDEGNA	Si	Si	Denominato Piano Locale Unitario dei Servizi (PLUS)
SICILIA	Si	Si	
TOSCANA	Si	Si	Il Piano di Inclusione Zonale (ex Piano di Zona) è generalmente assorbito dentro il Piano Integrato di Salute pur non essendo obbligatorio negli ambiti zonali che non hanno istituito la Società della Salute (SdS)
TRENTO (P.A.)	Si	Si	Le Comunità di Valle/Territorio della Val d'Adige approvano, secondo tempistiche differenziate, i Piani sociali di comunità, solitamente di durata triennale.
UMBRIA	Si	Si	
VALLE D'AOSTA	Si	Si	Il Piano di Zona non si realizza perché coincide con il Piano regionale
VENETO	Si	Si	L'ultimo ciclo riguarda il periodo 2023-2025
TOTALE	19	15	

Fonte: MLPS e World Bank, 2025; Regione Marche.

Bibliografia

- Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, *Linee guida per la definizione dei modelli organizzativi omogenei degli Ambiti Territoriali Sociali per l'Attuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni*, Roma, 2025.
- Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, World Bank, *Ricognizione in materia di gestione associata dei servizi sociali*, Roma, 2025. (3/9/2025).

<https://www.sossanita.org/archives/27318>

Articolo pubblicato su SosSanità il 21/9/2025

I tumori in Italia: la qualità dell'assistenza

Franco Pesaresi

Sintesi

Nel complesso sono buoni i risultati della qualità dell'assistenza oncologica in Italia testimoniati anche da un numero di anni potenziali persi che è del 15% inferiore alla media europea.

Questi risultati sono però migliorabili perché gli aspetti organizzativi e procedurali che determinano la qualità dell'assistenza denotano delle criticità superabili caratterizzate da ritardi o attuazioni non generalizzate o a macchia di leopardo di disposizioni nazionali. Si segnala infatti:

- il ritardo nell'attivazione del registro nazionale tumori;
- la presenza del 20% degli interventi chirurgici oncologici più frequenti che viene ancora effettuato in strutture con volumi operatori inferiori alle soglie stabilite;
- la necessità di tenere aggiornati i Percorsi Diagnostici Terapeutici-Assistenziali (PDTA) e del potenziamento della loro integrazione nella pratica clinica.

Gli anni potenziali di vita persi

Il numero relativamente basso di anni di vita potenziali persi in Italia a causa del cancro rispecchia l'efficacia delle strategie di prevenzione e trattamento

Gli anni potenziali di vita persi (PYLL - Potential Years of Life Lost)⁴ rappresentano un indicatore fondamentale per valutare l'impatto sociale del cancro, attribuendo particolare rilevanza alla mortalità in età giovanile. L'analisi dell'evoluzione temporale dei PYLL per le diverse neoplasie consente di valutare l'efficacia dei sistemi di assistenza oncologica nel ridurre la mortalità prematura. Nel 2020, l'Italia ha registrato un tasso di PYLL per patologie oncologiche pari a 1.157 per 100.000 abitanti, un valore inferiore del 15% rispetto alla media dell'Unione Europea (UE). Questo dato suggerisce una relativa efficacia delle strategie italiane di diagnosi precoce e trattamento nel contenimento della mortalità prematura per cancro.

Il carcinoma polmonare è risultato il principale determinante dei PYLL oncologici nel paese (Figura 1).

Nel periodo 2012-2020, il tasso italiano di PYLL per patologie oncologiche ha evidenziato una riduzione del 17%, leggermente inferiore al calo medio UE del 19%. Questo decremento è attribuibile principalmente a due fattori: una riduzione del 6% dei PYLL per carcinoma mammario, correlabile al miglioramento dell'adesione ai programmi di screening, e una diminuzione del 22% dei PYLL per carcinoma polmonare, riconducibile sia ai progressi terapeutici sia alla ridotta incidenza nelle fasce d'età più giovani. In controtendenza, il tasso di PYLL per carcinoma pancreatico ha registrato un incremento del 4%. Questo dato riflette due fenomeni: il carcinoma pancreatico rappresenta l'unica neoplasia ad alta incidenza che non ha mostrato una riduzione della mortalità nell'ultimo decennio, e si è osservato un lieve aumento dell'incidenza nella popolazione italiana di età compresa tra 50 e 69 anni.

Il Registro Nazionale Tumori

L'epidemiologia oncologica in Italia si è storicamente basata su una rete di registri locali, con l'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTum) che ha svolto un ruolo di aggregazione volontaria dei dati a livello nazionale. Nel 2019, la copertura dei registri accreditati interessava circa il 70% della popolazione italiana. Nello stesso anno è stato istituito il Registro Nazionale Tumori, con l'obiettivo di evolvere dall'attuale frammentazione dei registri locali verso un sistema nazionale coordinato, alimentato dai registri regionali.

Tuttavia l'attuazione del Registro Nazionale Tumori ha incontrato notevoli ritardi. Oltre alle difficoltà legate alla pandemia COVID-19, i principali ostacoli sono stati la limitata disponibilità di risorse per l'attuazione, nonostante lo stanziamento di 1 milione di euro dal 2020, l'assenza di un chiaro quadro di governance e le

⁴ Gli anni potenziali di vita persi (PYLL, dall'inglese Potential Years of Life Lost) sono una misura che indica gli anni di vita che una persona avrebbe potuto vivere se non fosse morta prematuramente, prima di un'età di riferimento convenzionale (ad esempio, 75 anni). Si calcolano come la differenza tra l'età stabilita e l'età effettiva del decesso e servono a quantificare l'impatto di cause di morte specifiche sulla durata della vita di una popolazione, evidenziando la perdita di anni "potenzialmente vivibili" a causa di decessi prematuri.

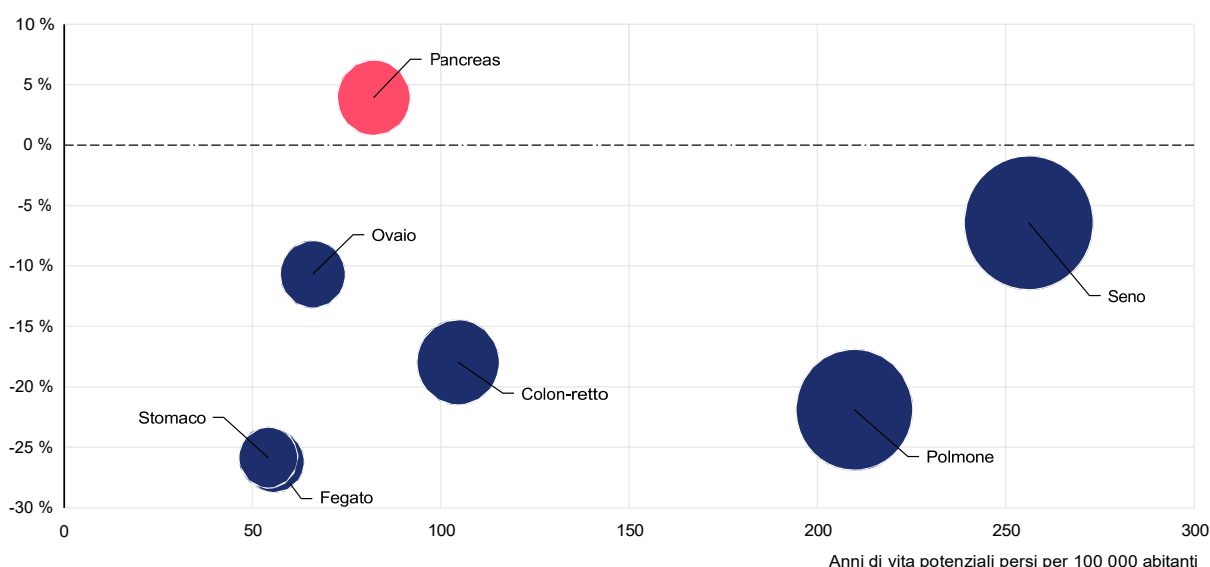
problematiche relative alla tutela della privacy, che hanno ostacolato la condivisione dei dati tra i registri regionali.

Nel 2023, il Ministero della Salute ha emanato un decreto che definisce le specifiche tecniche per il trattamento dei dati personali e istituisce un comitato tecnico-scientifico per supportare la governance del Registro Nazionale. Il modello operativo prevede che ogni regione designi un centro di riferimento per la trasmissione dei dati al Ministero della Salute. Il decreto chiarisce le specifiche tecniche per il trattamento dei dati personali e istituisce un comitato tecnico-scientifico a sostegno della governance del registro nazionale tumori. Una volta pienamente operativo, ciascuna regione nominerà un centro di riferimento per la trasmissione dei al ministero della Salute.

La piena operatività del Registro Nazionale Tumori rappresenta un obiettivo prioritario del Piano Operativo Nazionale (PON), costituendo un passaggio fondamentale per il potenziamento della sorveglianza oncologica, della ricerca e della pianificazione sanitaria in Italia.

Figura 1. Gli anni di vita potenziali persi in Italia a causa del cancro

Variazione percentuale degli anni di vita potenziali persi nel periodo 2012-2022 (o anno disponibile più vicino) (%)



Note: il tasso di anni di vita potenziali persi a causa del cancro al seno, alla cervice e alle ovaie è calcolato soltanto nelle donne, mentre il tasso di anni di vita potenziali persi a causa del cancro della prostata si riferisce agli uomini. I cerchi rosa segnalano un aumento del cambiamento percentuale in anni di vita potenziali persi durante il periodo 2012-2022 (o nell'ultimo anno disponibile); i cerchi blu indicano una diminuzione. La dimensione delle sfere è proporzionale ai tassi di anni di vita potenziali persi nel 2022.

Fonte: Statistiche sulla Salute dell'OCSE 2024.

Il Programma nazionale esiti (PNE)

La valutazione della qualità dell'assistenza oncologica in Italia si basa principalmente sul Programma Nazionale Esiti (PNE), che raccoglie e analizza i principali indicatori a livello nazionale.

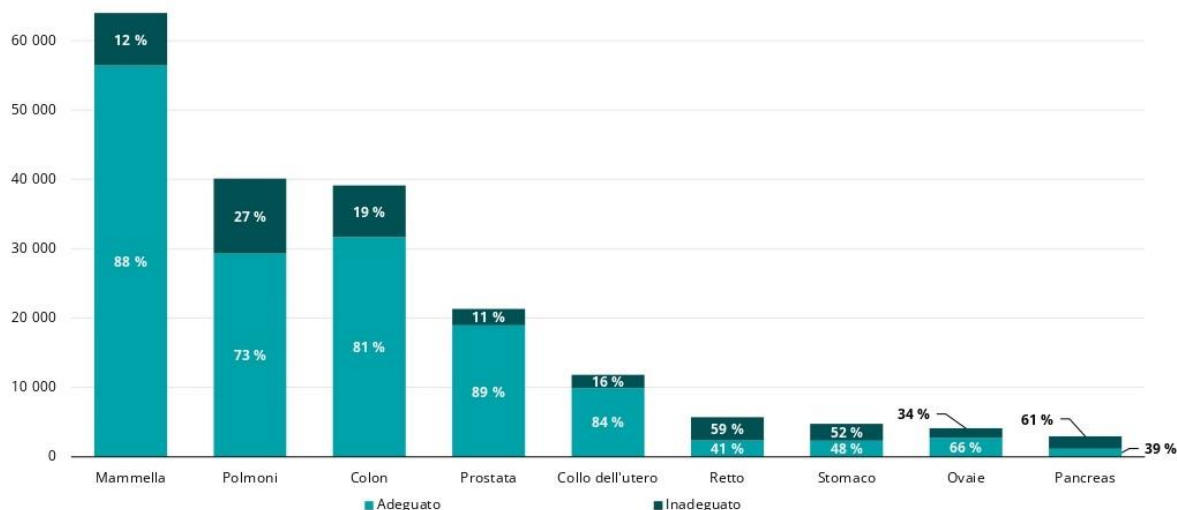
Nel 2019, un significativo passo avanti nel monitoraggio della qualità delle cure è stato compiuto con l'istituzione, da parte dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), di un osservatorio dedicato al monitoraggio e alla valutazione delle Reti oncologiche regionali (ROR). Questo Osservatorio conduce analisi periodiche dettagliate su base regionale e raccoglie dati integrativi per valutare molteplici aspetti delle ROR:

- l'efficacia nella risposta ai bisogni dei pazienti oncologici,
- la qualità dei processi di governance e
- la capacità di implementare efficacemente i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) specifici per le patologie oncologiche.

Una componente fondamentale della valutazione della qualità dell'assistenza oncologica consiste nell'analisi dei dati del PNE relativi alla concentrazione degli interventi chirurgici oncologici nelle unità operative delle

ROR. Dal 2015, il PNE ha stabilito soglie minime di volume annuo per specifici interventi chirurgici oncologici, con l'obiettivo di garantire elevati standard assistenziali. I dati del 2022 evidenziano che **circa il 20% degli interventi chirurgici oncologici più frequenti viene ancora effettuato in strutture con volumi operatori inferiori alle soglie stabilite**. Nel caso specifico della chirurgia mammaria, il 12% degli interventi viene eseguito in unità che effettuano meno di 135 procedure annue (Figura 2).

Figura 2. Interventi chirurgici oncologici rispetto al volume minimo di pazienti



Nota: “La categoria “Inadeguato” si riferisce alla proporzione di procedure di chirurgia oncologica eseguite in strutture che non hanno raggiunto il volume minimo annuale di pazienti specifico per tipo di cancro: seno (150), polmone (85), colon (50), prostata (30), cervice (20), retto (25), stomaco (20), ovaie (20) e pancreas (30).” Fonte: Analisi basata su dati di AGENAS (2023).

Questo dato nazionale presenta tuttavia significative variazioni regionali. Alcune regioni, come Emilia-Romagna, Marche, Toscana e Umbria, mostrano una percentuale inferiore al 5% di interventi chirurgici mammari effettuati in centri a basso volume. Al contrario, in Friuli-Venezia Giulia, Molise e nella Provincia Autonoma di Bolzano, questa percentuale supera il 25%. È significativo notare come anche in regioni dotate di centri di eccellenza e elevata capacità operativa, come la Lombardia, una quota rilevante di interventi chirurgici mammari (13%) venga ancora effettuata in unità operative a basso volume.

Gli indicatori comunicati dai pazienti nel contesto delle cure oncologiche

La bozza del Piano Nazionale di Lotta Contro il Cancro 2022-2027 riconosce il ruolo cruciale degli indicatori di qualità e promuove l'implementazione di due strumenti fondamentali di valutazione:

- le misure di esito riportate dai pazienti (Patient-Reported Outcome Measures - PROM) e
- le misure dell'esperienza riferita dai pazienti (Patient-Reported Experience Measures - PREM).

A livello territoriale sono già attive diverse iniziative per la raccolta di PROM e PREM in ambito oncologico. Un esempio significativo è rappresentato dal programma della Regione Toscana, che raccoglie sistematicamente dati PROM da pazienti sottoposte a chirurgia mammaria, sia essa conservativa, demolitiva o ricostruttiva. La valutazione si concentra su tre ambiti principali:

- la soddisfazione relativa al risultato estetico,
- il benessere fisico e
- il grado di soddisfazione riguardo alle informazioni ricevute. I dati raccolti vengono utilizzati per un continuo miglioramento della qualità delle prestazioni erogate.

Gli approcci clinici sono standardizzati attraverso percorsi terapeutici specifici per il cancro

I Percorsi Diagnostici Terapeutici-Assistenziali (PDTA) rappresentano, nel sistema oncologico italiano, strumenti fondamentali di governance clinica finalizzati alla standardizzazione dell'assistenza all'interno delle Reti Oncologiche Regionali (ROR). Questi protocolli, elaborati a livello regionale, definiscono metodologie,

tempistiche e sequenze procedurali per la gestione del paziente oncologico, dall'attività di screening iniziale alle procedure diagnostiche, dalle opzioni terapeutiche ai protocolli di follow-up.

I PDTA perseguono molteplici obiettivi: assicurare diagnosi tempestive e accurate, garantire un'elevata qualità assistenziale omogenea sul territorio regionale e ottimizzare l'efficienza economica delle cure oncologiche. La loro elaborazione si caratterizza per un approccio multidisciplinare che coinvolge diverse figure professionali, includendo rappresentanti dei pazienti e medici di medicina generale.

Le Regioni italiane hanno realizzato, negli anni recenti, progressi significativi nello sviluppo e nell'implementazione dei PDTA per diverse patologie oncologiche, integrando le più recenti evidenze scientifiche e innovazioni tecnologiche nella pratica clinica. Nonostante i PDTA abbiano dimostrato la loro efficacia nel migliorare il coordinamento assistenziale e gli outcome clinici, persistono disparità nella loro implementazione tra le diverse realtà regionali (FAVO, 2024).

In questo contesto, il Piano Operativo Nazionale (PON) ha identificato come prioritari l'aggiornamento dei PDTA e il potenziamento della loro integrazione nella pratica clinica, con particolare attenzione alle ROR che presentano maggiori criticità nell'implementazione (Ministero della Salute, 2023a).

Bibliografia

- Agenas, Sesta Indagine Nazionale sullo stato di attuazione delle Reti Oncologiche Regionali Rapporto 2024 (Dati 2023), 2025: https://www.agenas.gov.it/images/report_esteso.pdf
- AGENAS (2023), Quinta Indagine Nazionale sullo stato di attuazione delle Reti Oncologiche Regionali, Roma.
- Ministero della Salute (2023b), *Piano Oncologico Nazionale: documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro 2023-2027*, Roma.
- OECD/European Commission (2025), *EU Country Cancer Profile: Italy 2025*, EU Country Cancer Profiles, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/1e742c63-en> . (20/9/2025).

<https://www.sossanita.org/archives/27441>

Quaderni delle Medical Humanities

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

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

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



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

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

La Redazione

Sommario

Introduzione
Quadranti
Noè Albergati

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

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

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

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

Solitudine
Romanzo grafico
Andrea Voglino e Paolo Cantarano

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

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

Immagini per le Medical Humanities
Portfolio
Claudio Confalonieri

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



Solitudine, +13,4% dopo la pandemia: studio su 159 Paesi rivela profonde disuguaglianze

La ricerca su oltre 2,4 milioni di persone documenta un'accelerazione dell'isolamento sociale dopo il 2019.

Gli autori parlano di "crisi della connessione sociale" e invocano interventi mirati per i più vulnerabili

Isabella Faggiano

L'isolamento sociale è ormai considerato un determinante di salute, al pari di fattori di rischio consolidati come il fumo o l'inattività fisica. Ma fino a oggi mancavano dati che descrivessero in modo puntuale le tendenze globali. A colmare questa lacuna è uno studio imponente appena pubblicato su [JAMA Network Open](#), coordinato da Thomas E. Fuller-Rowell dell'Auburn University, che ha analizzato i dati raccolti dal Gallup World Poll in 159 paesi tra il 2009 e il 2024.

I numeri parlano chiaro: su **2.483.935 valutazioni individuali** (età media 41,7 anni; 53,1% donne), i livelli di isolamento erano relativamente stabili fino al 2019. Poi, con l'arrivo della pandemia, la curva ha subito un brusco cambio di passo: tra il 2019 e il 2020 l'isolamento è aumentato in modo repentino, per continuare a crescere anche negli anni successivi. Complessivamente, dal 2009 al 2024, la prevalenza globale è salita dal 19,2% al 21,8%, pari a un incremento del 13,4%.

Disuguaglianze che si allargano

Il dato più allarmante riguarda le disuguaglianze socio-economiche. Nel primo anno della pandemia, l'impatto maggiore si è osservato nei gruppi a reddito più basso: qui l'aumento è stato dell'11%. Ma dal 2020 in avanti la crescita ha coinvolto anche i gruppi più abbienti, con incrementi del 12,3%.

Nel **2020 la forbice tra ricchi e poveri ha toccato il massimo**, con il 26,4% dei più poveri che dichiarava di non poter contare su amici o parenti in caso di bisogno, contro il 15,6% dei più ricchi. Anche se la disparità si è leggermente ridotta negli anni successivi, nel 2024 era ancora di 8,6 punti percentuali, segno che le disuguaglianze restano profonde e strutturali.

Una crisi globale della connessione sociale

Gli autori parlano apertamente di una "crisi della connessione sociale", già denunciata dall'OMS e da istituzioni sanitarie come il Surgeon General statunitense. La mancanza di reti di supporto ha conseguenze tangibili sulla salute mentale e fisica, aumenta lo stress cronico e peggiora l'accesso a cure e risorse. Secondo i ricercatori, il peggioramento non riguarda tutti i paesi allo stesso modo: **54 paesi hanno visto aumentare l'isolamento e le disuguaglianze**, mentre **41 hanno registrato miglioramenti**, a dimostrazione che il fenomeno è anche plasmato dalle politiche locali e dalle condizioni strutturali delle comunità.

Che cosa serve ora

Il messaggio dello studio è netto: servono **interventi mirati e politiche pubbliche** che affrontino l'isolamento sociale non solo come problema individuale, ma come sfida collettiva. Rafforzare le reti comunitarie, ridurre

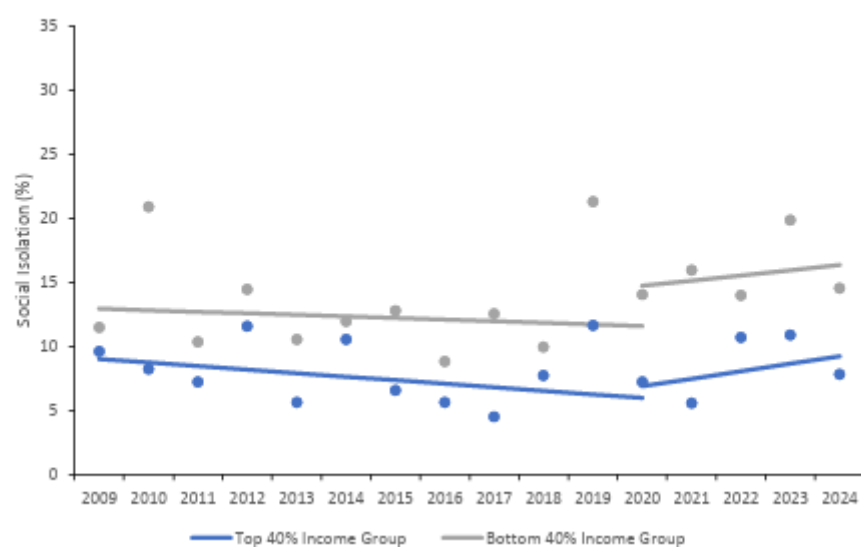
le barriere economiche, promuovere luoghi e occasioni di socialità sono passi imprescindibili. Gli autori invitano inoltre a guardare oltre la pandemia: urbanizzazione, digitalizzazione, lavoro da remoto e individualismo culturale sono forze che continueranno a plasmare il nostro modo di vivere e di connetterci. Senza azioni concrete, il rischio è che la solitudine diventi una condizione cronica della modernità.

eTable 8. Country Rankings Within Each Region on Changes in Social Isolation Trajectories (2009-2024)

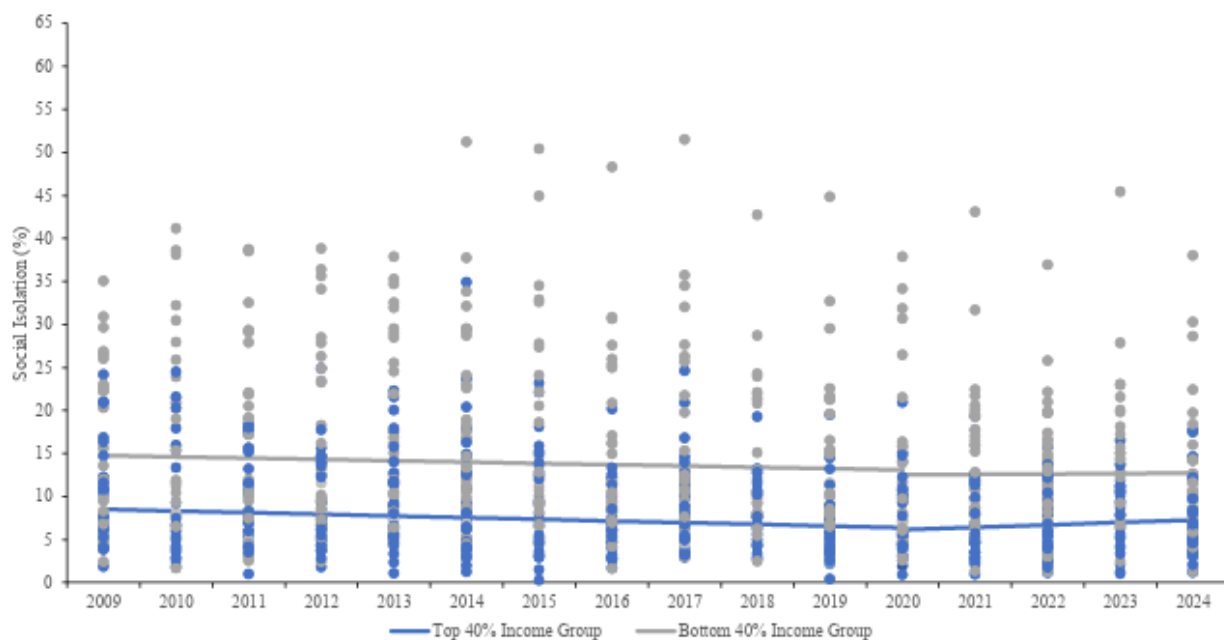
Region (No of Country)	Country	Change in Disparity	Change in Mean	Combined Score
Europe (37)	Kosovo	-17.51 (1)	-10.6 (7)	-28.11 (1)
	Bosnia and Herzegovina	-10.54 (3)	-15.62 (2)	-26.15 (2)
	Bulgaria	-12.38 (2)	-12.0 (5)	-24.39 (3)
	North Macedonia	-10.16 (4)	-14.22 (4)	-24.37 (4)
	Serbia	-5.61 (7)	-16.57 (1)	-22.18 (5)
	Hungary	-4.11 (9)	-8.77 (9)	-12.88 (6)
	Latvia	-1.38 (12)	-11.35 (6)	-12.73 (7)
	Croatia	1.84 (27)	-14.5 (3)	-12.67 (8)
	Slovakia	-4.2 (8)	-3.72 (12)	-7.92 (9)
	Montenegro	3.25 (33)	-9.43 (8)	-6.18 (10)
	Greece	-1.06 (15)	-3.34 (14)	-4.4 (11)
	Spain	-6.18 (6)	2.07 (25)	-4.11 (12)
	Slovenia	-1.13 (14)	-2.79 (15)	-3.92 (13)
	Portugal	-1.52 (11)	-2.28 (16)	-3.8 (14)
	Finland	0.42 (21)	-3.34 (13)	-2.93 (15)
	Romania	1.71 (26)	-4.51 (10)	-2.81 (16)
	Estonia	1.67 (25)	-3.75 (11)	-2.08 (17)

Iceland	-1.28 (13)	-0.8 (18)	-2.08 (18)
France	-6.83 (5)	5.47 (31)	-1.36 (19)
Lithuania	1.21 (22)	-1.51 (17)	-0.3 (20)
Denmark	-0.62 (16)	0.87 (20)	0.25 (21)
Norway	-0.44 (17)	1.24 (21)	0.8 (22)
Malta	-0.35 (18)	1.35 (22)	1.01 (23)
Czech Republic	1.53 (24)	0.2 (19)	1.73 (24)
Luxembourg	-3.65 (10)	7.72 (35)	4.07 (25)
Switzerland	0.21 (20)	3.99 (29)	4.19 (26)
Belgium	2.7 (28)	1.92 (24)	4.62 (27)
Italy	3.19 (32)	1.81 (23)	5.0 (28)
Republic of Cyprus	2.7 (29)	2.87 (26)	5.57 (29)
Austria	0.06 (19)	5.64 (32)	5.7 (30)
Netherlands	5.38 (35)	2.97 (27)	8.35 (31)
Germany	3.66 (34)	4.95 (30)	8.6 (32)
Poland	1.45 (23)	7.53 (34)	8.98 (33)
Ireland	2.79 (30)	6.69 (33)	9.48 (34)
United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland	3.06 (31)	8.39 (36)	11.45 (35)
Sweden	9.77 (36)	3.61 (28)	13.38 (36)
Albania	13.15 (37)	8.8 (37)	21.95 (37)

eFigure 116. Trends in Social Isolation for Italy by Income Group. Fitted trajectories are derived from empirical Bayes estimates of the final best fitting model, with raw data overlaid.



eFigure 167. Trends in Social Isolation for Europe by Income Group. Fitted trajectories are derived from empirical Bayes estimates of the final best fitting model, with raw data overlaid.



<https://www.sanitainformazione.it/solitudine-134-dopo-la-pandemia-uno-studio-su-159-paesi-rivela-profonde-disuguaglianze/>



Presentazione del rapporto "Disuguaglianze sociali nella salute nell'UE"

25 settembre 2025 - 26 settembre 2025

Giovedì 25 e venerdì 26 settembre, EuroHealthNet **lancerà il suo rapporto di riferimento, " *Disuguaglianze sociali nella salute nell'UE*".** Il rapporto è stato sviluppato in collaborazione con il [Centre for Health Equity Analytics \(CHAIN\)](#).

Questo **studio sulle tendenze**, basato sui dati dell'Indagine Sociale Europea del 2014 e del 2024, fornisce un **quadro dettagliato delle disuguaglianze sociali in materia di salute in Europa negli ultimi dieci anni**

Mostra i risultati in termini di salute e salute mentale tra gruppi con diversi livelli di istruzione e occupazione e come questi risultati siano cambiati negli ultimi 10 anni. Il rapporto presenta inoltre esempi di azioni promettenti in tutta Europa e fornisce raccomandazioni per i responsabili politici dell'UE e nazionali.

Il rapporto sarà presentato in due parti: un dibattito di alto livello trasmesso in diretta streaming al Parlamento europeo il 25 settembre e un webinar sui dati e le misure a livello nazionale il 26 settembre.

[Ordine del giorno e registrazione per il dibattito del Parlamento europeo, 25 settembre](#)

[Agenda e registrazione per il webinar di lancio, 26 settembre](#)

Prima degli eventi di lancio, la mattina del 25 settembre, EuroHealthNet e il Professor Sir Michael Marmot interverranno **alla Commissione SANT del Parlamento europeo**, presentando i risultati del rapporto e come questi possano essere portati avanti dalla Commissione e dal Parlamento in generale. Sarà disponibile la [diretta streaming](#) della riunione della Commissione, a partire dalle 9:00 CEST.

Disuguaglianze sociali nella salute: dai dati all'azione

Dibattito di alto livello

25 settembre 2025, 13.00-15.00 CEST

Parlamento europeo

Ospitato dall'eurodeputato Vytenis Andriukaitis per conto del gruppo di interesse del PE sulle disuguaglianze sanitarie, i fattori di rischio e la prevenzione

Le disuguaglianze sociali in ambito sanitario in Europa non rappresentano solo una sfida, ma un invito all'azione. I risultati in termini di salute sono indissolubilmente legati al nostro contesto socioeconomico, all'istruzione, alle condizioni di vita e di lavoro e all'accesso ai servizi essenziali. Affrontare questi fattori non è solo un imperativo sanitario, ma è essenziale per preservare il modello sociale europeo e garantirne la competitività.

"Le prove provenienti da tutta Europa, raccolte in questo rapporto, sono incoraggianti. Il cambiamento è possibile e sta avvenendo."

Professor Sir Michael Marmot

Direttore dell'equità sanitaria, University College London

Sono necessarie risposte politiche integrate. Ciò richiede un dialogo continuo tra i decisori politici di tutti i settori, gli esperti di sanità pubblica e la società civile, unito alla partecipazione attiva dei cittadini, compresi i gruppi emarginati. ***Cosa possiamo fare per accelerare e garantire azioni europee efficaci per migliorare la salute e ridurre le disuguaglianze sociali in ambito sanitario?***

Questo dibattito di alto livello segnerà il lancio del nuovo rapporto sulle "Disuguaglianze sociali nella salute in Europa" di [EuroHealthNet](#) e del [Centre for Health Equity Analytics \(CHAIN\)](#), una lettura essenziale per i decisori impegnati a creare società più sane, più ricche e più eque.

Ordine del giorno

[13.00 - 13.15](#)[13.15 - 13.45](#)[13.45 - 14.10](#)[14.10 - 14.30](#)[14.30 - 14.50](#)[14.50 - 15.00](#)

13.00 - 13.15: Discorso di apertura

- **Vytenis Andriukaitis**, eurodeputato, Socialisti e Democratici, presidente del gruppo di interesse sulle disuguaglianze sanitarie, i fattori di rischio e la prevenzione
- **Caroline Costongs**, Direttore di EuroHealthNet
- **Dott. Hans Kluge**, Direttore regionale per l'Europa, OMS – messaggio video registrato

[Registrati](#) per seguire il dibattito politico europeo di alto livello del **25 settembre 2025 dalle 13:00 alle 15:00 CEST in diretta streaming**.

Disuguaglianze sociali nella salute: i paesi stanno colmando il divario sanitario?

Webinar

26 settembre 2025 dalle 10 alle 12:30 CEST

Webinar online

[Registrati qui.](#)

Le disuguaglianze sociali in ambito sanitario in Europa non rappresentano solo una sfida, ma un invito all'azione. I risultati in termini di salute sono indissolubilmente legati al nostro contesto socioeconomico, all'istruzione, alle condizioni di vita e di lavoro. Molte persone incontrano ostacoli alla salute, come povertà, discriminazione o mancanza di potere e disparità di accesso ai servizi essenziali. Affrontare questi fattori non è solo un imperativo sanitario; è essenziale per preservare il modello sociale europeo e garantirne la competitività.

Il nuovo rapporto sulle "Disuguaglianze sociali in materia di salute nell'UE" di [EuroHealthNet](#) e del [Centre for Health Equity Analytics \(CHAIN\)](#) conferma il persistere delle disuguaglianze e la tendenza al ribasso in molti paesi europei e invita ad agire.

Questo workshop online riunirà esperti di sanità pubblica, ricercatori, responsabili politici e rappresentanti della società civile a livello europeo, nazionale e regionale per discutere più approfonditamente i dati nazionali e subnazionali del rapporto, le buone pratiche e le raccomandazioni.

Le intuizioni condivise consentiranno ai partecipanti di elaborare strategie integrate che promuovano la salute riducendo al contempo le disuguaglianze sociali.

Ordine del giorno

[10.00 - 10.40](#) [10.40 - 11.15](#) [11.15 - 11.25](#) [11.25 - 12.00](#) [12.00 - 12.15](#) [12.15 - 12.30](#)

10.00 – 10.05: Benvenuto e introduzione

- **Caroline Costongs**, Direttore di EuroHealthNet e moderatore del webinar - Benvenuti

10.05 – 10.40: Le prove: i risultati principali del rapporto EuroHealthNet-CHAIN sulle "Disuguaglianze sociali nella salute nell'UE".

- **Ingrid Stegeman**, responsabile del programma presso EuroHealthNet: perché preoccuparsi della salute e della sua distribuzione nella società?
- **Mirza Balaj**, Coordinatore scientifico CHAIN – Cosa ci dicono i dati sulle disuguaglianze sociali in ambito sanitario?
- **Dominic Watters**, padre single ed esperto di povertà – Oltre i dati: cosa posso dirvi sulle disuguaglianze sociali in ambito sanitario?

Domande e risposte del pubblico

[Registrati](#) al webinar di follow-up del 26 settembre 2025 dalle 10:00 alle 12:30 CEST, per approfondire i dati nazionali e subnazionali del rapporto e le buone pratiche per affrontare le disuguaglianze sociali in ambito sanitario.

EuroHealthNet è cofinanziato dall'Unione Europea. Tuttavia, le informazioni e le opinioni pubblicate su questo sito web sono quelle dell'autore e non riflettono necessariamente l'opinione ufficiale della Commissione Europea. La Commissione non garantisce l'accuratezza dei dati contenuti in questo sito web. Né la Commissione né alcuna persona che agisca per conto della Commissione può essere ritenuta responsabile dell'uso che potrebbe essere fatto delle informazioni ivi contenute.

<https://eurohealthnet.eu/publication/launch-of-the-social-inequalities-in-health-in-europe-report/>

The Role of Healthcare in Reducing Inequalities and Poverty in the EU

Contents

1. Measuring the redistributive impact of public healthcare.....	12
1.1. Introduction.....	12
1.2. Methodology and assumptions.....	13
1.2.1. Data.....	13
1.2.2. Modelling assumptions.....	16
1.3. Results.....	20
1.3.1. Distribution of health STIKs.....	20
1.3.2. Impact of health STIKs on inequality indicators.....	26
1.3.3. Impact of health STIKs on monetary poverty.....	28
1.3.4. Health STIKs and monetary poverty in rural and urban areas.....	30
1.3.5. Impact of health STIKs on vulnerable households.....	31
1.3.6. Impact of health STIKs by employment status.....	37
1.3.7. Impact of health STIKs by BMI range.....	42
1.4. Conclusions.....	47
2. Analysing vulnerability and affordability at the household level	49
2.1. Introduction.....	49
2.2. Data and methodology.....	50
2.2.1. Data.....	50
2.2.2. Methodology.....	53
2.3. Results.....	56
2.3.1. Unmet medical and dental needs.....	56
2.3.2. Catastrophic health out-of-pocket spending.....	60
2.4. Conclusions.....	80
3. The redistributive aspects of healthcare financing systems: social security vs. direct taxation.....	82
3.1. Introduction.....	82
3.2. Data and methodology.....	84
3.3. Results.....	85
3.3.1. Distributional impact of reforming the health financing scheme: from SSC to direct taxation.....	85
3.4. Conclusions.....	97
4. Generational fairness	99

4.1. Introduction.....	99
4.2. Methodology and data	102
4.2.1. The 2024 Ageing Report projections on healthcare expenditure	102
4.2.2. Reweighting the EU-SILC to represent projections of future population	104
4.2.3. Tax-benefit microsimulation: analysing changes in income and health STIKs between 2021 vs 2070	105
4.3. Results.....	107
4.3.1. Evolution of the redistributive capacity of health STIKs (2022-2070)	107
4.3.2. Distributional Impact of the demographic and public healthcare expenditure change by age group.....	112
4.4. Conclusions	116
5. Simulation of policy scenarios: changing co-payments in France	117
Conclusions.....	120
References	123
Glossary.....	127
Abbreviations	130
Country codes	131
List of Figures.....	132
List of Tables	143
Appendix I The hybrid valuation approach of health STIKs	144
Appendix II Additional figures Chapter 2.....	153
Appendix III Tables and additional figures Chapter 3.....	155
Annex A Reproducing results from Chapter 1 following Geske and Alaminos (2022)	159
Annex B Reproducing results from Chapter 1 adopting the Simplified Needs-Adjusted equivalence scale for extended income including healthcare.....	167

Executive Summary

Rafforzare la resilienza dei sistemi sanitari è un pilastro fondamentale del percorso verso il completamento dell'Unione Sanitaria Europea. La pandemia di Covid-19 ha evidenziato la necessità critica di sistemi sanitari meglio preparati, in grado di resistere a shock futuri.

Ciò comprende non solo la capacità a lungo termine dei sistemi sanitari di rispondere a crisi sanitarie simili in futuro, ma anche la capacità di rispondere a sfide più ampie come la crisi economica, i cambiamenti demografici o il costo delle nuove tecnologie. Le lacune nell'accesso all'assistenza sanitaria indeboliscono la resilienza dei sistemi sanitari e rischiano di consolidare le disuguaglianze sanitarie esistenti.

Garantire una risposta efficace alle sfide future richiederà quindi una gestione efficiente dei sistemi sanitari, anche con risorse limitate, senza compromettere il diritto fondamentale all'assistenza sanitaria per tutti.

Inoltre, come sostenuto dal rapporto del Professor Draghi sul futuro della competitività europea, le politiche che promuovono la crescita economica devono andare di pari passo con l'inclusione sociale. (1) Costruire sistemi sanitari resilienti e inclusivi è essenziale per raggiungere questi obiettivi. Questo rapporto include i risultati del progetto "Il ruolo dell'assistenza sanitaria nella riduzione delle disuguaglianze e della povertà

nell'UE", finanziato nell'ambito del programma. Il progetto ha sviluppato una metodologia e metriche innovative per valutare l'accesso all'assistenza sanitaria negli Stati membri dell'UE (SM).

Questo approccio consente di analizzare l'impatto distributivo dell'erogazione e del finanziamento dei trasferimenti sociali in natura (STiK) correlati alla salute. Questo toolkit contribuisce a migliorare la trasparenza e a un processo decisionale più informato, misurando gli effetti sociali di diversi scenari di riforma sanitaria. Può inoltre orientare le politiche di bilancio, evidenziando l'importanza di dare priorità e salvaguardare la copertura sanitaria universale in periodi di ristrettezza di bilancio.

Metriche innovative dell'assistenza sanitaria per affrontare le sfide emergenti

Gli STiK rappresentano circa il 35% delle prestazioni sociali totali nell'UE (2) e, nonostante la loro importanza nei sistemi di welfare, il loro impatto sulla povertà o sulla disuguaglianza non viene misurato regolarmente nelle statistiche ufficiali dell'UE, a differenza dell'impatto dei trasferimenti sociali in denaro.

Questo progetto mira a colmare questa lacuna, concentrandosi sugli STiK in ambito sanitario e sfruttando il modello EUROMOD, in modo da consentendo valutazioni più complete delle politiche sociali. EUROMOD svolge già un ruolo centrale nella valutazione dell'impatto distributivo e di bilancio delle imposte e delle prestazioni sociali in denaro nell'UE, supportando confronti e simulazioni tra paesi di diversi scenari politici. Il progetto contribuisce ad estendere EUROMOD per includere gli STiK sanitari e amplia il suo ambito analitico alle prestazioni pubbliche non monetarie e alla loro interazione con altre misure fiscali. (3)

Il rapporto giunge particolarmente tempestivo, dato l'attuale contesto di significative pressioni finanziarie e di priorità contrastanti per i fondi pubblici.

L'invecchiamento della popolazione aggiunge ulteriore pressione ai sistemi sanitari. In questo contesto, è essenziale misurare l'efficacia delle prestazioni sociali e garantire che le decisioni politiche sostengano la resilienza dei sistemi sanitari.

Ciò è chiaramente confermato dagli insegnamenti tratti dalla precedente crisi finanziaria e dalle successive misure di austerità, quando, ad esempio, il fabbisogno insoddisfatto di assistenza medica nell'UE ha raggiunto nel 2014 un livello superiore di oltre il 50% rispetto al fabbisogno insoddisfatto registrato 10 anni dopo. (4) Ciò evidenzia le conseguenze a lungo termine della carenza di investimenti nell'assistenza sanitaria.

Sfruttare il potenziale del nuovo modello

Questo progetto ha sviluppato una serie di strumenti per misurare la performance dell'assistenza sanitaria da una prospettiva distributiva, valutando l'impatto sui bilanci delle famiglie sia della ricezione che del pagamento di servizi e prodotti sanitari. I metodi ideati consentono di monitorare la riduzione della povertà e della disuguaglianza di reddito attraverso la copertura sanitaria pubblica, in modo simile a quanto viene regolarmente fatto per i trasferimenti di denaro utilizzando EU-SILC.

Questi strumenti di modellazione simulano scenari ipotetici o "what-if", fornendo preziose informazioni a supporto di una migliore progettazione e attuazione delle politiche pubbliche, anticipandone l'impatto su disuguaglianza, povertà e sostenibilità fiscale. Ad esempio, questo strumento può supportare le decisioni su come allocare un determinato budget sanitario per ridurre al minimo la povertà o migliorare l'accessibilità economica dell'assistenza sanitaria, oppure stimare il costo minimo necessario per raggiungere uno specifico obiettivo politico.

Inoltre, l'integrazione degli STiK sanitari in EUROMOD consente analisi più complete in diversi ambiti delle politiche sociali. Permette di tenere conto delle interazioni tra diverse componenti della spesa pubblica, tra cui ora anche l'assistenza sanitaria, contribuendo così a evidenziare compromessi e sinergie politiche, il che è particolarmente rilevante in periodi di mutevoli priorità e risorse limitate.

Il rapporto è strutturato in quattro capitoli, che illustrano il potenziale del modello sviluppato per esplorare la capacità redistributiva dei servizi e dei prodotti sanitari pubblici, le opportunità per migliorare l'accessibilità economica dell'assistenza sanitaria, modalità più eque di finanziamento dell'assistenza sanitaria e il ruolo della copertura sanitaria nel sostenere l'equità intergenerazionale nell'UE.

Evidenze convincenti sul ruolo dell'assistenza sanitaria nel sostenere società ed economie resilienti

Il primo capitolo evidenzia la capacità redistributiva dell'assistenza sanitaria finanziata con fondi pubblici, valutandone l'impatto sulla disuguaglianza di reddito e sulla povertà monetaria. Un nuovo approccio consente

di integrare il valore monetario delle prestazioni sanitarie in natura nel reddito delle famiglie, combinando due metodologie standard per la stima del valore delle prestazioni sanitarie in natura: l'approccio assicurativo e l'effettivo utilizzo dell'assistenza sanitaria.

Il primo metodo consiste nell'imputare parte della spesa pubblica (5) per l'assistenza sanitaria al reddito disponibile degli individui in base alle loro caratteristiche personali (ad esempio, età e sesso). Si presuppone che il valore imputato corrisponda al costo ipotetico del premio assicurativo che ogni persona dovrebbe sostenere in assenza di un sistema sanitario pubblico.

Il secondo approccio si basa su una proxy dell'utilizzo dell'assistenza sanitaria per imputare al reddito disponibile il costo dei servizi e dei prodotti sanitari effettivamente consumati dagli individui. I risultati mostrano che gli STiK sanitari riducono considerevolmente le disuguaglianze e i tassi di rischio di povertà in tutti i paesi dell'UE.

Nella metà degli Stati membri dell'UE, l'impatto redistributivo degli STiK sanitari supera quello dei trasferimenti di denaro (escluse le pensioni). Inoltre, la notevole eterogeneità dei risultati tra i paesi sottolinea il potenziale di apprendimento reciproco e scambio di buone pratiche politiche.

Il secondo capitolo si basa su metriche esistenti per integrare e contestualizzare i dati sulla protezione finanziaria sanitaria. Anche se tutti gli Stati membri dispongono di sistemi sanitari pubblici, la spesa pubblica non copre l'intera gamma di prodotti e servizi sanitari né il loro costo totale.

Le famiglie devono sostenere parte del costo con pagamenti Out-Of-Pocket (OOP) per i farmaci e i servizi sanitari al momento del consumo, il che può rappresentare un ostacolo significativo all'accesso all'assistenza sanitaria e tradursi in bisogni insoddisfatti.

Utilizzando dati statisticamente confrontabili provenienti dall'Indagine sul Bilancio delle Famiglie e dall'EU-SILC, possiamo analizzare congiuntamente i bisogni insoddisfatti e l'indicatore dell'OMS Europa sull'onere finanziario dell'assistenza sanitaria.

Ciò consente un'analisi innovativa di come i bisogni insoddisfatti e l'onere finanziario siano distribuiti tra i quintili di reddito.

La nostra analisi mostra che un basso L'onere finanziario dell'assistenza sanitaria tra le famiglie povere può nascondere elevati bisogni insoddisfatti. I risultati confermano che i bisogni medici insoddisfatti e l'onere finanziario ricadono in modo sproporzionato sui gruppi vulnerabili, come le famiglie con membri anziani, le famiglie al di sotto della soglia di povertà o quelle in cui il principale percettore di reddito è un pensionato, un agricoltore o un lavoratore autonomo.

L'analisi dell'impatto dell'OOP, esplorata nel capitolo 2, integra l'analisi fornita attraverso l'utilizzo di metriche sviluppate nell'ambito del progetto e presentate nel capitolo 1.

Il terzo capitolo mostra come i diversi modelli di finanziamento dell'assistenza sanitaria influenzino la distribuzione del reddito. I sistemi finanziati principalmente tramite i contributi previdenziali tendono a essere più regressivi, poiché sono prelevati sui salari e spesso riscossi a un tasso fisso, o quasi fisso, a differenza dei sistemi basati sulle imposte dirette.

Simulando ipotetici spostamenti verso una maggiore dipendenza dalle imposte dirette per finanziare la spesa sanitaria pubblica, EUROMOD mostra il potenziale per ridurre la disuguaglianza di reddito e la povertà, data la natura più progressiva delle imposte dirette rispetto ai contributi previdenziali nella maggior parte degli Stati membri.

Questo lavoro illustra le possibilità di EUROMOD come simulatore di riforme del finanziamento dell'assistenza sanitaria. L'estensione di EUROMOD per tenere conto di tali riforme consente analisi complete che combinano molteplici elementi dei sistemi fiscali e previdenziali, non solo relativi all'assistenza sanitaria.

Il quarto capitolo analizza l'equità intergenerazionale dei sistemi sanitari nel contesto dell'invecchiamento demografico e delle variazioni previste nella spesa sanitaria pubblica.

L'invecchiamento della popolazione rappresenta una sfida economica e fiscale significativa, in particolare perché si prevede che la riduzione della popolazione in età lavorativa finanzia l'aumento dei costi sanitari.

Un esercizio di modellizzazione EUROMOD, che utilizza le proiezioni di spesa demografica e sanitaria del Rapporto sull'invecchiamento 2024, suggerisce che l'"equità intergenerazionale" dei sistemi sanitari non può essere data per scontata.

Senza adeguamenti politici, le generazioni più giovani potrebbero sostenere una quota maggiore del crescente onere fiscale del finanziamento dei sistemi sanitari, compromettendo l'equità nel tempo. I risultati illustrano il forte impatto distributivo degli STIK sanitari da una prospettiva intergenerazionale.

In conclusione, le analisi di questi capitoli sottolineano il ruolo essenziale dell'assistenza sanitaria finanziata con fondi pubblici nel ridurre la disuguaglianza di reddito e la povertà monetaria. Sottolineano l'importanza fondamentale di tenere sistematicamente conto degli impatti distributivi nella progettazione e nella riforma dei sistemi sanitari.

I risultati evidenziano notevoli opportunità per gli Stati membri dell'UE di impegnarsi nell'apprendimento reciproco e nello scambio di buone pratiche.

Ciò vale in particolare per preparare i propri sistemi sanitari ad affrontare la duplice sfida dell'invecchiamento della popolazione e delle crescenti pressioni fiscali derivanti da richieste politiche contrastanti.

Lo strumento e le metriche sviluppati e presentati in questo rapporto sono fondamentali per consentire la comparabilità tra paesi e promuovere l'apprendimento reciproco.

Bibliografia

(1) https://commission.europa.eu/topics/eu-competitiveness/draghi-report_it. Ultimo accesso: giugno 2025.

(2) https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Social_protection_statistics_-_social_benefits#Social_protection_benefits_in_cash_and_in_kind. Ultimo accesso: giugno 2025.

(3) Per saperne di più, visitare <https://euromod-web.jrc.ec.europa.eu/> (ultimo accesso giugno 2025). Si veda anche Sutherland e Figari (2013).

(4) https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_silc_08__custom_16886538/default/table?lang=en. Ultimo accesso giugno 2025.

(5) Secondo il Sistema dei Conti Sanitari (SHA) 2011 (OCSE et al., 2017), la spesa pubblica include i regimi governativi, i regimi di assicurazione sanitaria contributiva obbligatoria, sia le assicurazioni sanitarie sociali che i regimi assicurativi privati obbligatori, e i conti di risparmio medico obbligatori.

Appendice III Tabelle e figure aggiuntive Capitolo 3

Tabella III.1 – Schemi di finanziamento, dettagliati, per paese, 2021

	General Government budget	Social health insurance	Compulsory private insurance	CMSA	Voluntary health insurance	Non-profit financing	Enterprise financing	Household OOP payment	Non-residents
AT	31.50	43.62	0.00	0.00	4.39	1.39	0.18	17.90	0.00
BE	21.08	55.57	0.04	0.00	4.67	0.02	0.00	18.62	0.00
BG	11.70	47.52	0.00	0.00	0.57	0.54	0.31	39.35	0.00
CY	38.79	14.33	0.00	0.00	9.82	1.44	0.00	35.48	0.14
CZ	13.02	72.12	0.00	0.00	0.13	0.44	0.38	13.92	0.00
DE	7.55	69.75	6.37	0.00	1.25	0.85	0.36	12.57	0.00
DK	84.34	0.00	0.00	0.00	2.19	0.13	0.00	13.34	0.00
EE	10.73	64.16	0.00	0.00	0.33	0.15	1.19	23.43	0.00
EL	28.67	31.66	0.00	0.00	4.09	0.09	0.13	34.88	0.49
ES	67.08	4.07	0.00	0.00	6.68	0.37	0.00	21.80	0.00
FI	63.75	13.15	0.74	0.00	1.80	0.43	2.25	17.88	0.00
FR	5.11	72.03	4.79	0.00	7.98	0.00	0.61	9.46	0.00
HR	5.93	77.10	0.00	0.00	6.09	0.02	0.01	10.86	0.00
HU	10.33	59.24	0.00	0.00	1.76	1.10	0.49	27.09	0.00
IE	73.57	0.45	0.00	0.00	10.45	0.00	1.63	12.20	0.00
IT	74.58	0.18	0.00	0.00	1.84	0.19	0.43	22.77	0.00

LT	9.72	57.74	0.00	0.00	1.07	0.01	0.06	31.36	0.03
LU	5.59	79.09	0.00	0.00	3.11	0.97	0.00	9.93	1.31
LV	60.58	0.00	0.00	0.00	2.02	0.17	0.01	37.23	0.00
MT	63.47	0.00	0.00	0.00	2.38	0.00	0.01	34.12	0.00
NL	7.58	21.45	53.48	0.00	5.43	0.00	1.42	10.64	0.00
PL	10.69	60.32	0.41	0.00	5.55	1.16	0.78	21.10	0.00
PT	59.82	2.34	0.00	0.00	7.58	0.10	0.81	29.35	0.00
RO	15.31	63.78	0.00	0.00	0.44	0.24	0.08	20.14	0.00
SE	84.98	0.00	0.00	0.00	0.63	0.06	0.43	13.90	0.00
SI	5.91	65.62	0.00	0.00	13.74	0.10	1.03	12.38	0.00
SK	4.02	76.07	0.00	0.00	0.00	0.97	0.32	18.70	0.00

Source: Computations from the Fiscal Policy Unit of the JRC using Eurostat Statistics for 2021.

https://health.ec.europa.eu/publications/report-role-healthcare-reducing-inequalities-and-poverty-eu_en



Il problema di fondo della disuguaglianza economica

Maurizio Bovi

Di disuguaglianza si parla molto. Ma non c'è un consenso unanime sulla sua definizione. Particolarmente difficile appare distinguere tra disparità accettabili e inaccettabili. Una difficoltà che pesa sulle scelte che riguardano le politiche distributive.

Un fenomeno dovuto a un mosaico di fattori

La disuguaglianza economica – relativa a reddito, ricchezza e consumi – è un tema che tocca in profondità persone e società. Da un lato, premiare chi ha talento, lavora sodo e innova stimola crescita e progresso. Dall'altro, la disuguaglianza economica concentra vantaggi in poche mani e spesso lascia indietro molti, a prescindere da sforzi e talenti.

La disuguaglianza deriva da un mosaico di fattori: per esempio, opportunità, incentivi, mobilità sociale, merito, libertà, istituzioni, valori etici, livello di sviluppo economico dell'area in cui si vive. Questa complessità rende problematica l'interpretazione normativa di strumenti di misurazione come il coefficiente di Gini o rapporti interquintilici. Pensiamo a due persone che, a parità di altre condizioni, decidono liberamente di lavorare un diverso numero di ore: le statistiche mostreranno una disparità di reddito, ma è davvero un problema?

Qui però mi occupo di un'altra questione, più fondamentale e prioritaria: la mancanza di un sufficiente accordo su quale—o quali—tra i fattori indicati rende [tollerabile \(o accettabile o simili\) la disuguaglianza](#). È molto probabile che esistano divergenze significative anche riguardo al livello di disuguaglianza considerato accettabile. Per essere chiari, personalmente considero intrinsecamente intollerabile ogni disuguaglianza che derivi da mancanza di pari opportunità, segregazione o discriminazione. A prescindere dalla sua entità. Al tempo stesso, però, bisogna riconoscere che “non intollerabile” non significa automaticamente “accettabile”. Perciò, anche se alcune disuguaglianze possono essere considerate tollerabili, la definizione precisa di tollerabile va tenuta aperta, nel rispetto della complessità del fenomeno.

Cosa dicono i dati

Per esperienza diretta sappiamo che la gente ha opinioni e sensibilità difforni sul tema. I dati lo confermano. Secondo un [sondaggio del Pew Research Center](#), circa sei adulti statunitensi su dieci affermano che nel paese vi è troppa disuguaglianza economica. Tuttavia, il restante 40 per cento ha un'opinione diversa, una quota

significativa. Inoltre, i dati aggregati nascondono l'eterogeneità sottostante. Lo stesso sondaggio mostra, e non sorprende, che le opinioni divergono lungo lo spettro politico: i Democratici sono quasi il doppio più propensi rispetto ai Repubblicani a sostenere che negli Stati Uniti vi sia troppa disuguaglianza (78 per cento contro 41 per cento). Un altro risultato prevedibile è che l'accettazione della disuguaglianza varia in base al reddito. Sebbene una percentuale simile di persone di ogni fascia di reddito (alta, media e bassa) concordi sul fatto che la disuguaglianza negli Stati Uniti sia eccessiva, la loro percezione su quanto sia accettabile varia sensibilmente. Tra chi riconosce il problema, l'85 per cento degli adulti con redditi alti giudica accettabile un certo grado di disuguaglianza, una percentuale che cala al 72 per cento per i redditi medi e scende ulteriormente al 59 per cento per quelli bassi.

I dati dicono anche che queste prospettive divergenti non sono un fenomeno esclusivamente statunitense. All'inizio di quest'anno, il Pew ha pubblicato i [risultati di un'indagine](#) condotta in trentasei paesi. I risultati mostrano che una mediana del 54 per cento degli adulti ritiene che la disuguaglianza economica sia un problema molto grave nel proprio paese, mentre il 30 per cento la considera moderatamente grave. Anche in questo caso, le convinzioni politiche e il livello di reddito influenzano significativamente la percezione della sua tollerabilità, accentuando la divergenza delle opinioni.

Un'interpretazione è che la tollerabilità della disuguaglianza dipende dalle cause che la generano. Ma non esiste un accordo condiviso neanche sulle cause, anche per via della loro varietà e della complessità del fenomeno. Per esempio, una persona di successo tende a essere più meritocratica di un povero il quale, tra l'altro, può dare più peso al ruolo della fortuna. In ogni caso, le persone sembrano percepire e giudicare in modo difforme la medesima disuguaglianza che esiste nella società in cui vivono.

Anche a livello intrapersonale possono esserci elementi che rendono variabile la tollerabilità della situazione. Chi è moralmente turbato dalla disuguaglianza può provare lo stesso disagio qualora i propri sforzi e risultati non vengano riconosciuti in modo equo. Eppure, quel riconoscimento finisce inevitabilmente per generare disuguaglianze.

Divergenze tra economisti

Pure il quadro internazionale riflette la complessità della questione. L'Obiettivo di sviluppo sostenibile (Sdg) n. 10 dell'Onu, "Ridurre le disuguaglianze", denuncia disparità legate a reddito, genere, età, disabilità, razza e altro ancora. Il messaggio è chiaro: uno sviluppo sostenibile deve essere inclusivo. Ma la scelta delle parole è altrettanto significativa: si usa "ridurre" senza specificare meglio, forse perché non c'è sufficiente consenso sul tema della disuguaglianza. Probabilmente per via del maggior consenso sui problemi creati dalla povertà, per dire, l'Sdg n. 1 parla di "Sconfiggere la povertà", ovvero di eliminarla totalmente.

Due economisti, ampiamente riconosciuti come esperti in materia di disuguaglianza, sottolineano l'importanza del tema.

[Anthony B. Atkinson](#) scrive: "Non cerco di eliminare tutte le differenze nei risultati economici. Non miro a una totale uguaglianza. In effetti, alcune differenze nelle ricompense economiche possono essere del tutto giustificabili. Piuttosto, l'obiettivo è ridurre la disuguaglianza rispetto al livello attuale, nella convinzione che l'attuale grado di disuguaglianza sia eccessivo".

[Joseph Stiglitz](#) sostiene la necessità di una maggiore uguaglianza rispetto a quella attualmente presente negli Stati Uniti, affermando: "Noi (o almeno la maggior parte di noi) crediamo nell'uguaglianza, non in una uguaglianza assoluta, ma in una molto più ampia rispetto a quella che caratterizza l'economia odierna".

Come nel caso delle analisi del Pew, anche qui ciò che viene considerato "eccessivo" o "maggiore uguaglianza" rimane indefinito. Un possibile motivo è che se molti economisti (e non solo) sono d'accordo sull'inaccettabilità di certe cause di disuguaglianza (come discriminazione e segregazione), su altri meccanismi le opinioni restano divergenti.

Non c'è accordo neanche tra i filosofi

Ma è la mancanza di consenso tra i filosofi a destare ancor più preoccupazione poiché, data l'alta astrazione teorica dei loro ragionamenti, ci si aspetterebbe che tale accordo emergesse con più facilità. Invero, essi devono convergere "solo" sulla questione di fondo: "Esiste una disuguaglianza moralmente accettabile?" Eppure, anche qui le posizioni sono piuttosto eterogenee. Poiché è questo il punto cruciale del presente articolo, vale la pena soffermarsi un po' di più.

Il “sufficientarismo” punta a garantire che [tutti abbiano “abbastanza”](#); il “[limitarianismo](#)” sostiene che sarebbe moralmente inaccettabile possedere risorse superiori a quelle necessarie per condurre una vita piena e soddisfacente.

Un altro nodo è la fortuna dietro il successo personale. Ronald Dworkin distingue tra “fortuna brutta” – condizioni fuori dal nostro controllo – e “fortuna d’opzione”, cioè scelte volontarie dal risultato incerto. In letteratura, c’è un certo accordo sull’idea di compensare gli effetti della fortuna brutta, mentre le opinioni sulla fortuna d’opzione sono più eterogenee.

Gli utilitaristi tollerano la disuguaglianza solo se aumenta la felicità (utilità) collettiva o soddisfa le preferenze della maggioranza. Per John Rawls, una certa disuguaglianza è moralmente giustificata se migliora la condizione dei più svantaggiati in termini di “beni primari”. Concentrandosi su poveri e svantaggiati, Amartya Sen dice che il reddito non dovrebbe essere uguale tra due persone con diverse abilità psicofisiche.

Sebbene tutte queste (come anche altre) teorie di giustizia distributiva riconoscano che qualche disuguaglianza può essere accettabile, divergono profondamente sul “perché”. Per dire, due situazioni che materializzano due identici indici del Gini possono essere lette in modi molto diversi dai vari teorici. L’egualitarismo radicale allarga il campo delle differenze. Sostiene che le differenze tra individui non giustificano alcuna – o, al più, una minima – disuguaglianza, poiché tutti i bisogni e gli interessi meritano pari considerazione morale.

I pro e i contro

A impedire la convergenza verso un approccio assolutamente superiore c’è anche il fatto che tutti questi principi distributivi hanno dei pro e dei contro.

Il “sufficientarismo” e il “limitarianismo”, benché presentino un certo richiamo teorico, non hanno ancora risolto il problema del significato preciso di queste soglie. Anche allocare i beni a chi li preferisce di più, come suggerito dall’utilitarismo, appare accettabile. Ma non sempre è così. Robert Nozick, immagina un *utility monster*, cioè un essere che trae molta più utilità da ogni unità di risorsa rispetto agli altri. Secondo il principio utilitarista dovremmo dare tutte le risorse a questo mostro, perché ciò massimizza la felicità totale. Per Nozick, però, questa distribuzione sarebbe immorale. Ronald Dworkin ha sollevato il problema degli *expensive tastes* per criticare il riferimento alla soddisfazione delle preferenze come criterio distributivo. Si pensi al caso di un individuo che trae piacere solo da cibi pregiati o automobili di lusso: sarebbe davvero giusto, sul piano morale, assegnargli maggiori risorse per soddisfare simili preferenze? Se l’approccio delle capacità di Sen si occupa validamente dei più vulnerabili, esso trascura altri gruppi che, però, sono la maggioranza. La meritocrazia si concentra proprio su questi gruppi e ha dei vantaggi, ma vale solo sotto certe condizioni e, appunto, non può applicarsi, per esempio, ai disabili. L’egualitarismo radicale ha un suo fascino teorico, ma rischia di indebolire gli incentivi, frenare la mobilità sociale, ridurre la partecipazione attiva delle persone alla società, alimentare la loro dipendenza dall’assistenza e di mettere a rischio l’assetto democratico di un paese. Si potrebbe continuare, ma il punto rimarrebbe: non c’è sufficiente consenso su ciò che è considerabile una disuguaglianza moralmente accettabile, neppure a livello di principi filosofici. Con tutte le implicazioni che ne derivano sul piano dell’interpretazione delle misure, dell’implementazione delle norme e delle dinamiche sociali.

[Il problema di fondo della disuguaglianza economica - Lavoce.info](#)

Partecipazione sociale ed equità sanitaria come motori di società sostenibili e prospere

Riepilogo

Le attuali sfide geopolitiche, ambientali e sociali richiedono una transizione giusta e inclusiva, guidata dalla connessione sociale e dalla fiducia. Il settore pubblico da solo non è sufficiente: la partecipazione sociale, l'empowerment e la co-creazione sono essenziali per soddisfare i bisogni di tutti i gruppi di popolazione, compresi quelli più vulnerabili.

Descrizione

Questo evento, organizzato dalla Slovenia e dall'OMS, riunirà leader globali, agenzie delle Nazioni Unite, società civile e giovani, in un dialogo per:

Mostrare innovazioni e soluzioni politiche che pongono salute, equità e benessere al centro del processo decisionale.

Dimostrare come le nazioni stiano mettendo in pratica i principi di partecipazione, solidarietà e collaborazione nel perseguimento della salute, della crescita inclusiva e della prosperità.

Contribuire alle discussioni dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite e alla prossima Sessione Speciale sulle Malattie Non Trasmissibili, creando inoltre slancio verso il 22° Vertice per lo Sviluppo Sociale, rinnovando l'impegno alla Dichiarazione di Copenaghen e allineandosi alle risoluzioni dell'AMS sulla partecipazione sociale.

Negli ultimi cinque anni, il mondo ha dovuto affrontare shock senza precedenti: la pandemia di COVID-19, la guerra, i cambiamenti climatici, l'instabilità economica e la disinformazione diffusa, il tutto in una società sempre più invecchiata, digitalizzata e socialmente polarizzata.

In questo contesto, le persone chiedono di vivere in comunità sane e sicure, dove il benessere sia al centro delle politiche e dove nessuno venga lasciato indietro a causa dell'insicurezza sociale ed economica, dei rischi ambientali, della discriminazione o della mancanza di fiducia nelle istituzioni.

Le attuali sfide geopolitiche, ambientali e sociali richiedono una transizione giusta e inclusiva, guidata dalla connessione sociale e dalla fiducia.

Il settore pubblico da solo non basta: la partecipazione sociale, l'empowerment e la co-creazione sono essenziali per soddisfare i bisogni di tutti i gruppi di popolazione, compresi quelli più vulnerabili.

Investire nella salute pubblica e creare le condizioni per una partecipazione significativa al processo decisionale e all'attuazione delle politiche pubbliche offre elevati rendimenti sociali, contribuisce a una società più equa, rafforza i sistemi e promuove lo sviluppo sostenibile, rinvigorendo il contratto sociale per società più prospere e sane

[**Social Participation and Health Equity as Drivers of Sustainable and Prosperous Societies | UN Web TV**](#)

Fragilità economica, welfare sanitario e Mezzogiorno: istituzioni e società civile a confronto per una nuova coesione nazionale

Roma, 30 settembre 2025 – Si è svolto, presso la Sala degli Atti Parlamentari della Biblioteca del Senato “Giovanni Spadolini”, su iniziativa del Senatore **Francesco Zaffini**, Presidente della 10ª Commissione Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale, con il patrocinio del Senato della Repubblica, l’evento **“Fragilità economica, welfare sanitario e Mezzogiorno”** promosso dall’Osservatorio Salute Benessere e Resilienza della **Fondazione RiES ETS**.

L’indice di Vicinanza della salute dell’Osservatorio Salute Benessere e Resilienza ha messo in luce una perdita dal 2010 ad oggi, di **21 punti sul dominio Fragilità economica** (che mette a fattor comune gli indicatori di povertà assoluta e relativa, energetica, abitativa) e di **24 punti per il dominio Omogeneità territoriale** (che considera la mobilità sanitaria e le differenze di reddito tra nord e Mezzogiorno).

Lo scenario analizzato ha fatto emergere marcate differenze nell’accesso ai servizi sanitari nel sistema Paese a discapito del Mezzogiorno soprattutto in termini di **rinuncia alle cure per motivi economici**. Nell’anno 2024, i “motivi economici” (**4,2%** - erano il 3,2% nel 2022) hanno di fatto eguagliato i “lunghi tempi d’attesa” (**4,5%**) nelle dichiarazioni dei cittadini come causa per rinunciare o rimandare le cure, mettendo in evidenza un fenomeno di crescita rapida e preoccupante da arginare. Gli strumenti di **welfare sanitario possono ridurre di circa il 38%** la propensione alla rinuncia alle cure per motivi economici.

Lo sviluppo del tessuto produttivo del Mezzogiorno verso una conformazione delle imprese più attrattiva e più strutturata, riducendo il fenomeno della **migrazione interna** e consentendo una maggiore **adozione degli strumenti di welfare sanitario**, diventa un fattore determinante per un maggiore **accesso alla salute** distribuito su tutto il territorio nazionale.

L’evento è stato l’occasione per presentare e discutere proposte concrete di policy, tra cui:

- la promozione della formazione tecnica e manageriale per contrastare la dispersione di capitale umano;
- il rafforzamento delle reti familiari e di comunità per migliorare la qualità della vita e ridurre l’isolamento sociale;
- lo sviluppo del welfare sanitario integrativo a supporto del Servizio Sanitario Nazionale, con particolare attenzione alle aree più svantaggiate.

L’incontro ha visto la partecipazione di Ministero della salute, Banca d’Italia, Confindustria, Federmanager, WHO con l’obiettivo di analizzare le criticità legate alla fragilità economica e sociale del Mezzogiorno, al fine di promuovere politiche integrate per lo sviluppo e il benessere dei territori.

“La fragilità economica non è solo una questione di numeri - ha **dichiarato il Presidente della 10 Commissione di Palazzo Madama, Senatore Francesco Zaffini** - ma rappresenta il vero spartiacque nell’accesso ai diritti fondamentali, salute in primis. Le disuguaglianze territoriali, evidenti soprattutto nel Mezzogiorno, amplificano questo divario e impongono una risposta integrata: economia, salute, lavoro e coesione sociale devono essere affrontati insieme, non a compartimenti stagni. La Commissione che presiedo rappresenta, sin dal principio del mio mandato, il luogo istituzionale dove queste sfide si affrontano in modo concreto, per costruire una coesione nazionale più forte e dare risposte reali ai cittadini”.

Duilio Carusi, Coordinatore dell’Osservatorio Salute Benessere e Resilienza, ha sottolineato: «Abbiamo acceso i riflettori su una realtà che non può più essere ignorata: la povertà e la fragilità economica colpiscono in modo diseguale il Paese, lasciando il Mezzogiorno in una posizione di svantaggio strutturale. Serve una svolta: strumenti di sviluppo della coesione territoriale e welfare sanitario integrativo sono leve decisive per ridurre le disuguaglianze, migliorare l’accesso alle cure e contrastare la migrazione lavorativa e sanitaria. Solo integrando sviluppo economico e coesione sociale potremo garantire un sistema sanitario più equo e vicino ai bisogni di tutti.»

Sono intervenuti

- Francesco Zaffini – Presidente 10ª Commissione, Senato della Repubblica
- Marco Mattei – Capo di Gabinetto, Ministero della Salute
- Paolo Marini – Presidente, Fondazione RiES
- Andrea Brandolini – Capo Dipartimento Economia e Statistica, Banca d'Italia
- Duilio Carusi – Coordinatore Osservatorio Salute Benessere e Resilienza, Fondazione RiES; Adjunct Professor Luiss Business School
- Chris Brown – Head Investment for Health & Development Office, WHO Europe
- Maurizio Tarquini – Direttore Generale, Confindustria
- Valter Quercioli – Presidente, Federmanager

Per informazioni:

Fondazione RiES – Osservatorio Salute Benessere e Resilienza

Via di Villa Emiliani, 14/16 – 00197 Roma

Tel. 06/85225059 – osbr@fondazioneries.it

www.osservatoriosalute.it

Sistema Salute, 69, 3, 2025: pp. 325-332

DOI: 1048291/SISA.69.3.1

L'impegno per la sanità pubblica. Interpretazioni e prospettive

Commitment to public health. Interpretations and perspectives

Chiara Giorgi, Sapienza Università di Roma

I saggi ospitati in questo numero di «Sistema Salute» sono il frutto del lavoro di ricerca ed elaborazione compiuto da più studiose e studiosi in seno alle attività promosse dal Laboratorio su salute e sanità (*Laboss*), nello specifico nel corso di uno degli annuali appuntamenti dedicati agli *Itinerari delle politiche per la salute*. *Laboss* è nato da tre anni con l'intento di affrontare le questioni che ruotano attorno alla salute e alla sanità in una prospettiva multi e interdisciplinare, volta a integrare competenze diverse e complementari – dalla storia alla sociologia, all'economia, alla medicina, all'epidemiologia, alla demografia, al diritto, alla filosofia, alle scienze ambientali. Si tratta di una rete di studiose e studiosi che ha come obiettivi quelli di costruire interpretazioni comuni delle attuali dinamiche, condividere analisi e approfondimenti, promuovere linee di ricerca coordinate, sviluppare possibili soluzioni per le politiche su salute e sanità in Italia, in un'ottica europea e internazionale.

Il proposito è altresì di contribuire a rendere più informato il protagonismo dei soggetti sociali rispetto alla rilevanza di politiche sanitarie pubbliche e universaliste.

Laboss vuole essere un luogo di aggregazione di coloro che si occupano di questi temi, promuovendo occasioni di confronto, dando continuità all'impegno in questo campo, con iniziative di riflessione ed elaborazione, con la produzione di narrazioni alternative rispetto a quelle dominanti. Si intende così favorire la divulgazione dei saperi coinvolgendo, accanto al mondo degli studi, soggetti sociali e politici, professionisti e cittadini in prima persona, in una ricerca che possa diventare prassi e che possa promuovere una formazione non condizionata da logiche corporative, né di profitto.

Al fondo di questo progetto politico e culturale vi è la convinzione che la salute non possa essere un tema di settore, relegato a un ambito puramente specialistico, bensì un terreno fondamentale per offrire risposte alle istanze di uguaglianza e di libertà. Riaffermare la centralità del diritto universale alla salute, quale diritto sociale e di libertà, comporta abbracciare una visione sistemica della sanità e della cura, coinvolgendo il

modello di società che vogliamo, le relazioni tra gli esseri umani e con l'ambiente, gli assetti istituzionali, il ruolo della politica e dell'azione pubblica. Restituire priorità alla salute per tutte e per tutti è una scelta politica irrinunciabile. In questa direzione, se si vuole evitare che la salute sia ridotta a una merce acquistata sul mercato da coloro che hanno capacità di spesa e alti redditi, occorre rilanciare i principi costitutivi del Ssn, ossia dello strumento volto a rendere effettivo questo diritto.

La tenuta, il potenziamento e la riqualificazione del servizio sanitario – senza discriminazioni di accesso, finanziato attraverso la fiscalità generale progressiva, volto a intervenire sui determinanti di salute – dipendono infatti dalle scelte che a più livelli si compiranno, dalla rimessa in campo del principio dell'integrazione socio-sanitaria, dalla priorità della prevenzione, da una programmazione nazionale dei servizi e dalla loro capillarizzazione territoriale, dal rifinanziamento della spesa sanitaria e sociale, dall'arresto del pesante processo di privatizzazione in corso.

Ma è altrettanto fondamentale una spinta culturale e politica, volta a riaffermare la centralità del diritto universale alla salute sancito dalla nostra Costituzione, in un approccio comprensivo di ogni aspetto legato alla qualità della vita delle persone e fondato su una dimensione relazionale.

Una prospettiva questa che mette al primo posto il benessere delle persone, l'esigibilità dei diritti, il soddisfacimento di bisogni individuali e collettivi, la solidarietà e l'interdipendenza, la giustizia sociale, la qualità delle relazioni e dei servizi pubblici.

D'altronde, la salute – nella sua dimensione fisica, psichica, sociale e ambientale – ha rappresentato in più stagioni storiche un terreno di conflitto in cui le istanze sociali e le mobilitazioni collettive hanno portato a sperimentare nuove soluzioni.

In questa direzione, *Laboss* promuove annualmente incontri residenziali rivolti all'approfondimento di alcune delle questioni più importanti che investono il Servizio sanitario nazionale. Il primo di essi (settembre 2023) è stato dedicato al tema: *Il Servizio Sanitario Nazionale è in pericolo. Le sfide dell'universalismo*. Tre gli assi tematici trattati: l'universalismo in sanità e le trasformazioni del welfare; l'espansione del privato nella sanità; le disuguaglianze nella salute. Il ricco e partecipato confronto ha permesso di far luce sugli aspetti più rilevanti dell'attuale assetto sanitario, sui rapporti tra pubblico e privato e, in generale, sulle scelte di fondo che sono state fatte negli ultimi anni in tema di salute, in Italia come nel resto del mondo¹.

In continuità con i temi trattati nel 2023, il secondo seminario residenziale del settembre 2024 dal titolo *Il SSN è indispensabile* – di cui i saggi qui ospitati intendono restituire il lavoro di ricerca, elaborazione e tessitura – ha affrontato ulteriori temi cruciali che riguardano le attuali e future prospettive della sanità pubblica.

La prima questione affrontata è quella dell'**autonomia regionale differenziata** e dei suoi effetti sulla salute. Il saggio di Marina Davoli, Stefania Gabriele, Francesco Pallante – che si avvale della collaborazione di Antonio Addis e Carla Ancona – prende avvio dall'esame delle richieste di autonomia differenziata in materia di "tutela della salute" avanzate da alcune regioni (Veneto, Lombardia e inizialmente Emilia-Romagna) indagandone motivazioni e possibili conseguenze. Come gli autori e le autrici mettono in evidenza, l'obiettivo delle richieste è stata l'acquisizione di maggiori poteri e il ridimensionamento dei vincoli di sistema legati alla presenza di un Servizio sanitario nazionale.

Su questo è stata decisiva la sentenza della Corte Costituzionale dello scorso novembre (n. 192), che ha avuto un massiccio effetto demolitorio nei confronti della legge Calderoli (n. 86/2024), a partire dalla riaffermazione di un modello di regionalismo di tipo "*cooperativo*" che deve tener conto degli inderogabili e vincolanti principi costituzionali.

Dopo la sentenza della Corte, che ha riportato al centro dell'attenzione i *diritti* da garantire e non più i *poteri* da devolvere, non si possono trasferire interi blocchi di materie o ambiti di esse, né si può più parlare di Autonomia differenziata come una nuova forma di Stato.

Tuttavia, resta assai preoccupante che alcune Regioni, con il sostegno del Ministro per gli Affari regionali, continuino ad insistere nell'avanzare incisive pretese.

Di qui l'importanza dell'accurata analisi condotta nel saggio al fine di evidenziare i potenziali rischi ed effetti – ad esempio in termini di mobilità sanitaria – derivanti dalle reiterate richieste di forme e condizioni particolari di autonomia in un paese come il nostro da tempo segnato da ampi divari territoriali e disuguaglianze di salute. Inoltre a essere sottolineato è l'impatto del regionalismo differenziato su due ulteriori materie che incidono in modo rilevante sulla salute: istruzione e ambiente.

Tra le questioni fondamentali che più interrogano oggi lo stato di salute della sanità pubblica vi è senza dubbio quella del **personale sanitario**.

A essa sono dedicati i tre saggi di Giovanna Vicarelli, di Marco Geddes da Filicaia ed Elena Spina e di Stefano Neri i quali offrono analisi accurate sulla situazione attuale, prospettando anche possibili soluzioni.

I nodi critici riguardano le politiche sinora perseguite che continuano da due decenni a mantenere assurdi tetti di spesa per quello che invece è un elemento “non comprimibile” nella sanità: il cosiddetto fattore umano.

Le condizioni economiche, psicologiche, di vita e di lavoro del personale registrano un peggioramento, accentuatosi e divenuto noto soprattutto con lo scoppio della pandemia.

Medici, infermieri e nel complesso il personale della cura vivono infatti in condizioni di crescente disagio, a causa del mancato riconoscimento economico e professionale, scarsa gratificazione, difficili condizioni di lavoro che investono le stesse modalità di relazione con i pazienti e con le strutture politico-organizzative del SSN.

Si tratta di problemi che richiedono un ripensamento complessivo, un rinnovamento nelle modalità formative e di aggiornamento professionale, un incoraggiamento delle e dei giovani per innovare il lavoro professionale, un riconoscimento delle donne nei ruoli più alti.

In particolare Vicarelli si sofferma sui processi della formazione medica in Italia, con un’indagine di ampio respiro che evidenzia le reiterate insufficienze nella formazione del personale della cura, offrendo più elementi per ripensare le modalità formative nelle facoltà mediche.

Un tema questo oramai ineludibile, troppo spesso rinviato o da ultimo affrontato in modo inadeguato e superficiale.

A loro volta Geddes da Filicaia e Spina restituiscono un quadro completo della realtà del personale sanitario, confrontando l’Italia con il quadro europeo, soffermandosi sulla questione di genere e generazionale; ipotizzando varie soluzioni organizzative per migliorare la situazione della crisi in corso.

Infine il saggio di Elena Spina e Stefano Neri offre ulteriori elementi di analisi, facendo luce sulle motivazioni – bassi stipendi, precariato, burocratizzazione, peggioramento delle condizioni di lavoro sino al verificarsi di episodi di violenza contro il personale sanitario – che spingono soprattutto i giovani medici a lasciare il SSN, propendendo per percorsi professionali all’estero o nel settore privato.

Per arginare questo fenomeno, vengono proposti alcuni interventi strutturali, tra cui l’aumento delle risorse, il riequilibrio tra tempo di cura e burocrazia, il riconoscimento del lavoro svolto, una nuova alleanza tra professionisti sanitari e pazienti.

Un’alleanza che possa produrre un cambiamento strutturale delle relazioni all’interno del sistema salute, ridando valore e importanza al lavoro sanitario e restituendo soggettività e autonomia al paziente, nell’ottica del rilancio di un servizio pubblico umano ed equo, oltre che efficiente ed efficace.

I saggi di Paolo Francesconi, Gavino Maciocco, Luca Negrogno, Lorenzo Roti affrontano a loro volta due questioni oramai indifferibili nel panorama attuale: l’enorme peso assistenziale dovuto alla presenza di oltre 3 milioni di **anziani non autosufficienti** e l’epidemia delle **malattie croniche** che continuano a essere trascurate, nonostante la crescente consapevolezza del loro peso sulla salute.

Come evidenziano gli autori, le politiche nazionali e globali hanno in parte fallito nel contrastarle, benché esistano soluzioni efficaci e a basso costo per la prevenzione e il loro controllo.

L’incapacità di adottarle è oggi un problema politico, piuttosto che tecnico.

In questo il caso della Toscana è emblematico. La politica sanitaria toscana ha avuto il merito di attivare interventi innovativi ed efficaci nel controllo delle malattie croniche e, successivamente, il demerito di averne provocato il fallimento. In questa cornice si analizzano in modo approfondito le linee del piano di sviluppo dell’assistenza territoriale (DM 77/2022), con particolare attenzione all’organizzazione delle Cure primarie, articolata per Distretti sociosanitari, e delle Case della Comunità.

Tante sarebbero le potenzialità presenti in questa riorganizzazione territoriale, volta a promuovere un’assistenza di prossimità, a gestire la cronicità, capace di prendersi effettivamente cura delle persone in modo integrato proattivo e partecipativo. Tuttavia, anche in questo caso si riscontrano più ostacoli e

resistenze che rischiano di ostacolare l'attuazione di un necessario modello di riferimento per sostenere e rafforzare il SSN universalistico.

Negli ultimi tempi, le minacce derivano da una cultura corporativa dei soggetti professionali (nelle stesse incertezze che circondano la figura dei medici di medicina generale), dal peso crescente di attività e logiche di mercato sostenute dal governo e da altri interessi corporativi, dalla mancanza di risorse ordinarie per l'assunzione di personale all'interno delle Case della Comunità che rischiano di essere un miraggio o, peggio, uno spazio per allargare le opportunità del privato, per accrescerne l'imprenditorialità professionale, privatizzando così l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie di base.

Rispetto agli anziani non autosufficienti, si mette in evidenza come la famiglia continui a restare il principale punto di riferimento, soprattutto tra coloro che hanno redditi bassi, in una lunga continuità storica con politiche assistenziali insufficienti.

In questa cornice si esaminano aspetti rilevanti della legge sull'assistenza alle persone anziane non autosufficienti (n. 33/2023) che, pur prevedendo interventi ad ampio raggio (la promozione dell'invecchiamento attivo, l'assistenza domiciliare, l'integrazione socio-sanitaria, l'assistenza residenziale), continua a essere rinviata o disattesa.

Affrontare il complesso di questi temi è più che mai necessario, a fronte di una situazione che sotto vari aspetti mette a rischio la tenuta e le attività del SSN.

È infatti in corso un'accelerazione di processi che da tempo stanno minando i principi del Servizio sanitario nazionale. Le conseguenze dei cambiamenti introdotti da tempo in Italia, e nel contesto globale, con l'affermarsi delle politiche neoliberali sono state già drammaticamente portate alla luce dalla pandemia. Quest'ultima aveva reso infatti evidenti le inadeguatezze delle condizioni precedenti, dovute al depotenziamento del servizio sanitario pubblico, alle risorse e allo spazio lasciato alla sanità privata, all'indebolimento della medicina territoriale e dei servizi socio-sanitari.

La pandemia sembrava aver riportato al centro dell'attenzione pubblica il diritto alla salute, fisica e psichica, individuale e collettiva. In questa chiave essa poteva essere l'occasione per tornare a potenziare l'assetto sanitario nazionale sotto più profili.

Tuttavia, la direzione intrapresa nei recenti sviluppi mostra tutt'altra direzione.

Non è riuscito ad affermarsi un progetto di ampio respiro capace di prospettare una politica per la salute incentrata sui punti fermi dell'universalismo, dell'imprescindibile funzione pubblica, dell'equità di accesso e finanziamento, della prevenzione, della globalità e uniformità territoriale dei servizi, della programmazione e del decentramento territoriale fondato su una solida rete territoriale di cure primarie e di servizi integrati. Lo scenario attuale è segnato da numerosi problemi ai quali si accompagnano narrazioni tese a propugnare l'irreversibilità della crisi della sanità pubblica, la sua presunta insostenibilità, incoraggiando modelli individualistici e corporativi.

Tra le attuali criticità, oltre quello ricordate nei saggi qui ospitati, vi sono l'aumento delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi; la scarsa quota di risorse economiche assegnate alla sanità pubblica, con l'aumento di quelle assegnate alla sanità privata in continua "espansione"; il forte sostegno alle attività fuori dal servizio pubblico da parte delle politiche del governo e di regioni come la Lombardia; una declinazione selettiva e condizionale dell'universalismo.

Nel dettaglio, si registra una riduzione della spesa pubblica per la sanità che aumenta il già presente divario con il livello di spesa di altri paesi europei.

Nel 2019 la spesa sanitaria pubblica rappresentava il 6,5% del Pil, ben distante dai livelli di spesa di Germania e Francia che superavano l'8% del Pil.

Nel 2025 i dati si attestano a poco più del 6% del Pil, con due punti percentuali inferiori alla media europea e decisamente ancor meno rispetto a Germania e Francia.

Gli effetti delle politiche di austerità, con tagli e ridimensionamento delle risorse pubbliche, si manifestano in termini di riduzione dell'offerta, divario nella qualità e quantità dei servizi forniti dalle regioni, difficoltà di accesso fisico (liste di attesa) ed economico alle cure, spostamento della domanda verso il mercato privato.

Cresce infatti sia la spesa sanitaria privata diretta, con percentuali più alte che in altri paesi (nel 2023 giunta a 42 miliardi con un trend di crescita del +2,7% rispetto ai valori dell'anno precedente²), sia la spesa intermediata da assicurazioni e fondi sanitari integrativi (che nel 2023 è giunta a 5,9 miliardi per arrivare a 6,4 nel 2024)³.

Questi ultimi hanno progressivamente assunto una natura sostitutiva del SSN e sono legati alla presenza del welfare aziendale che in Italia coinvolge milioni di lavoratori.

È questa la realtà del “secondo pilastro” sempre più incoraggiato negli ultimi anni al fine di compensare il sottofinanziamento del servizio pubblico tramite un sistema di assicurazioni e di fondi sanitari sviluppatosi con il sostegno di forti agevolazioni fiscali, nel quale l'erogazione delle prestazioni sanitarie e dei servizi da parte del privato diventa prevalente rispetto a quella fornita dalla componente pubblica.

Si tratta di un sistema discutibile sia dal punto di vista dell'equità, sia dell'efficienza: esso mette in discussione l'approccio universalista del diritto alla salute, reintroduce un collegamento fra assistenza sanitaria e condizione occupazionale, produce una discriminazione a favore di alcune categorie di lavoratori, escludendo ampia parte della popolazione.

Come più dati dimostrano, le coperture assicurative non migliorano il livello di assistenza, sottraggono risorse alle entrate fiscali, ampliano la presenza delle compagnie assicurative e della sanità privata.

Quest'ultima viene a disegnarsi su misura degli interessi economici e finanziari di grandi imprese che considerano la salute un mercato con grandi opportunità di crescita e profitto.

Le strutture private vanno rapidamente ampliando la propria presenza, specie nell'ambito dell'assistenza territoriale, assumendo una forte caratterizzazione finanziaria.

Dagli ultimi dati di Mediobanca risulta che il giro d'affari complessivo della sanità privata in Italia superi i 70 miliardi (74 miliardi di euro nel 2023), tra accreditamento, spesa diretta e spesa intermediata, con stime per il 2024 di una crescita aggregata pari al 4,8%⁴.

Nel complesso, i processi di privatizzazione hanno subito un'accelerazione anche tramite un significativo dirottamento di risorse pubbliche verso la sanità privata, realizzatosi con più meccanismi: dalla defiscalizzazione di cui beneficia il sistema dei fondi sanitari; all'affidamento dei servizi e delle prestazioni a privati accreditati favoriti da processi di accreditamento spesso problematici e senza controlli⁵; alle esternalizzazioni.

È così che va prefigurandosi un sistema composto da una sanità pubblica, sempre più impoverita e indebolita, e parallelamente da un secondo pilastro privato accessibile solo ai più ricchi (che peraltro lascia al pubblico le attività più costose). Si consolidano gli spazi del mercato, le logiche di profitto, gli interessi particolaristici che aggravano le disuguaglianze sociali.

Restano allarmanti gli ultimi dati Istat che fotografano l'aumento della percentuale di persone che rinunciano alle cure per motivi economici (5,3%) e per le lunghe liste di attesa (6,8%); la crescita del ricorso al privato per visite ed esami specialistici (la stessa questione delle liste di attesa viene affrontata in termini individualistici, incoraggiando la spesa privata); la diminuzione della speranza di vita in buona salute in particolare tra le donne e a svantaggio del Mezzogiorno⁶.

In questo difficile contesto occorre fare scelte politiche rispetto a dove destinare le risorse economiche e come utilizzarle, così come rispetto al modello di cura e sanità pubblica. Solo una nuova stagione di impegno civile, politico e culturale; di conflitti, mobilitazioni e partecipazione può riaffermare la centralità del diritto universale alla salute, nel rilancio e riqualificazione di quello che è e dovrebbe rimanere uno dei maggiori capisaldi di universalismo e uguaglianza del paese: il Servizio sanitario nazionale⁷.

La posta in gioco è molto alta. Come aveva affermato negli anni Settanta uno dei più importanti scienziati europei, protagonista indiscusso delle lotte per la salute, Giulio A. Maccacaro: decidere quale posto spetti alla salute è qualcosa che qualifica non solo un assetto sanitario, ma in generale un modello di società⁸.

1 Per una restituzione dei lavori di elaborazione si rinvia a «Politiche sociali» fascicolo 3, settembre dicembre 2023, saggi di Giuseppe Costa e Chiara Di Girolamo; Nicoletta Denticò e Gavino Maciocco; Marco Geddes da Filicaia e Chiara Giorgi; Giovanna Vicarelli

2 Ministero dell'Economia e delle Finanze, *Il monitoraggio della spesa sanitaria*. Rapporto n. 11, 2024.

3 Istat, *Sistema dei conti della Sanità*, giugno 2025.

4 Cfr. Area Studi Mediobanca, *La sanità e i suoi maggiori operatori privati in Italia*, Milano, 2025. Tra i maggiori gruppi privati si confermano nell'ordine Papiniano Spa (Gruppo San Donato e Ospedale San Raffaele), Humanitas Spa, Policlinico Universitario A. Gemelli, Gruppo Villa Maria Spa e Kos Spa.

5 Gli ultimi dati del Ministero della salute confermano che sono in maggioranza le strutture private accreditate

che erogano assistenza specialistica ambulatoriale (59,7%), e soprattutto le strutture che erogano assistenza riabilitativa (78,4%), assistenza territoriale residenziale (85,1%) e semiresidenziale (72,8%).

Quelle che erogano assistenza ospedaliera restano in maggioranza pubbliche (51,3%), per quanto vicine a quelle accreditate (48,7%). Cfr. *Annuario statistico del SSN*, 2023, p. 14. A loro volta i recenti dati di Mediobanca attestano una crescita dell'1,7% dell'accreditamento, grazie alla possibilità data alle Regioni di avvalersi di operatori accreditati per ridurre le liste d'attesa.

6 <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/05/RA-2025-volume-integrale.pdf>.

7 A questo proposito si rinvia al documento nato dall'impegno delle associazioni che hanno aderito all'appello "Non possiamo restare in silenzio. La società civile in difesa della sanità pubblica" in <https://scossa.net/>.

8 Maccacaro G.A., *Il diritto alla salute obiettivo della riforma. Una società moderna esige che si pensi a prevenire prima che a curare*, in Ferrara E. (a cura di), *L'umanità di uno scienziato. Antologia di Giulio Alfredo Maccacaro*, Roma, Edizioni dell'Asino, 2010, p. 186.

Gaza

THE LANCET

L'ecidio sanitario di Gaza: le società mediche non devono restare in silenzio

[Alessandro Vitale](#), [Mohammad Abu Hilal](#), [Andrew A Gumbs](#), [Amir Szold](#), [Umberto Cillo](#) e [Isabella Frigerio](#)

La catastrofica crisi umanitaria a Gaza, con l'apparente deliberato attacco alle infrastrutture e al personale sanitario, ha messo in luce una profonda sfida per la comunità medica globale. Gli ospedali sono sotto assedio e i medici operano senza forniture di base, energia elettrica o sicurezza. [1,2](#) Siamo tutti profondamente preoccupati per la sofferenza della popolazione civile a Gaza e per gli ostaggi israeliani, che vivono entrambi in condizioni disumane dopo il massacro del 7 ottobre 2023. [2](#)

Le agenzie dell'OMS e delle Nazioni Unite hanno segnalato almeno 772 attacchi al sistema sanitario³, [con](#) il 94% degli ospedali danneggiati o distrutti² [e oltre 1500](#) operatori sanitari uccisi⁴, il bilancio più alto mai registrato.^{5,6} Nessuna organizzazione indipendente o neutrale ha fornito prove che Hamas abbia deliberatamente utilizzato ospedali o altre strutture civili come scudi umani.⁷ Anche se dimostrate in futuro, tali affermazioni non potrebbero mai giustificare attacchi sistematici al sistema sanitario. Ciò costituisce una violazione del diritto internazionale umanitario e richiede una condanna esplicita.^{1,2} La maggior parte [delle società mediche e chirurgiche in tutto il mondo è rimasta in silenzio o ha rilasciato dichiarazioni vaghe sull'"healthocidio" di Gaza. Una recente analisi ha rilevato che solo il 24,5 % delle società specialistiche statunitensi ha commentato pubblicamente il conflitto di Gaza](#)⁸, [in](#) contrasto con le crisi precedenti in cui le società mediche hanno mobilitato risorse ed espresso [sostegno](#)^{9–12}

Il valore della vita umana non dovrebbe dipendere da nazionalità, religione o alleanze politiche. Infatti, sia medici israeliani che palestinesi si sono presi cura dei feriti durante la tragedia del 7 ottobre 2023, a dimostrazione del fatto che l'assistenza sanitaria può essere potenziata per costruire ponti di fiducia. [13](#) Le organizzazioni dovrebbero anche cercare di bilanciare l'azione per porre fine alla catastrofe di Gaza con il tentativo di sostenere medici e scienziati in Israele che si stanno impegnando per cambiare la situazione dall'interno.

Questo va oltre la politica; si tratta di assistenza. Alcuni sostengono che le società mediche debbano rimanere apolitiche. Tuttavia, ignorare le questioni politiche che incidono sulla salute significa ignorare i veri ostacoli all'assistenza. Rimanere in silenzio fingendo di essere neutrali è, di fatto, una forma di complicità.

Il principio di neutralità medica, fondato sul diritto internazionale umanitario, non significa indifferenza; ci obbliga a condannare qualsiasi erosione di questa norma come una minaccia sia all'assistenza che all'etica. Come afferma la Dichiarazione di Ginevra dell'Associazione Medica Mondiale, i medici devono agire nell'interesse dell'umanità, soprattutto in tempi di crisi. [14](#)

L'Associazione medica israeliana sollecita la fornitura di assistenza medica a tutti gli esseri umani in modo indiscriminato. [15](#) Come medici, dobbiamo sostenere tutte le vittime del conflitto, denunciare gli attacchi al personale e alle strutture mediche e garantire che le cure raggiungano chi ne ha bisogno ([appendice](#)).

Vogliamo essere ricordati per la nostra solidarietà, non per il nostro silenzio. Questo è un momento decisivo. Le generazioni future giudicheranno se abbiamo difeso la vita o se abbiamo distolto lo sguardo. La medicina è più di una scienza: è un dovere morale. E quando questo dovere è minacciato, il silenzio diventa tradimento.

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(25\)01735-0/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)01735-0/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)



“Come può il mondo tacere su Gaza?”

Global Sumud Flotilla

Un'imponente missione internazionale salpa in aiuto di Gaza. Con lo slogan “Quando il mondo rimane in silenzio, noi salpiamo”, una flottiglia di aiuti umanitari è partita domenica 31 agosto da Barcellona e da Genova con destinazione Gaza. A gestire l'iniziativa è la “Global Sumud Flotilla”, coordinamento internazionale di volontari, associazioni non governative e persone che intende rompere il “blocco imposto da Israele” all'accesso via mare a Gaza, con l'obiettivo di portare aiuti alla popolazione palestinese ormai stremata.

È la prima ondata della Global Sumud Flotilla, la più ampia missione civile mai organizzata per rompere il blocco israeliano, una flotta di oltre 50 barche con delegazioni da 44 paesi. Le due partenze previste – la prima da Barcellona e da Genova il 31 agosto, la seconda da Tunisi e dalla Sicilia il 4 settembre – mirano a far convergere decine di barche verso le coste di Gaza, creando un fronte marittimo coordinato. Lo faranno legalmente, navigando in acque internazionali, con equipaggi eterogenei che includono personalità note come Greta Thunberg, medici, avvocati, giornalisti, ma soprattutto centinaia di persone di lingua, età, religione diverse, accomunate da un unico obiettivo: giustizia e libertà per Gaza.

«Rompere un assedio disumano... Facciamo dal basso ciò che gli Stati non fanno», afferma lo storico **Alessandro Barbero** che spiega il significato profondo di questa missione: **«Sumud è una parola araba che indica la capacità di resistere**, la forza di tener duro, di sopportare tutto di fronte alle avversità. Quando gli arabi che la usano sono palestinesi, è evidente a tutti cosa significa», dice Barbero che parla di «crimini di un governo contro un intero popolo, contro i suoi bambini».

Si prevede che la flottiglia giungerà nell'enclave costiera devastata dalla guerra a metà settembre. L'obiettivo è “aprire un corridoio umanitario e porre fine al genocidio in corso del popolo palestinese”, come dichiarato dalla Global Sumud Flotilla. “Questa sarà la più grande missione di solidarietà della storia, con più persone e imbarcazioni di tutti i tentativi precedenti messi insieme”, ha detto l'attivista brasiliano Thiago Avila. “Si tratta di una missione non violenta che mira ad aprire un corridoio di aiuti umanitari”, ha affermato Saif Abukeshk, attivista ispano-palestinese membro del comitato direttivo della flottiglia. “Non possiamo

ignorare il fatto che i palestinesi muoiono di fame perché c'è un governo che sta intenzionalmente facendo morire di fame quelle persone", ha concluso.

Greta Thunberg: "Come può il mondo tacere su Gaza?"

"La domanda oggi non è perché stiamo salpando. La questione non riguarda affatto la missione che stiamo per intraprendere. La questione riguarda la Palestina", ha affermato Thunberg alla conferenza stampa degli organizzatori della Global Sumud Flotilla. **"La questione riguarda come le persone vengono deliberatamente private dei mezzi di sussistenza più elementari e come il mondo possa tacere"**, ha aggiunto l'attivista svedese, sostenendo che Israele "è molto chiaro riguardo al suo intento genocida. **Vogliono cancellare la nazione palestinese, vogliono impossessarsi della Striscia di Gaza.** Se questo non spinge la gente ad agire, se questo non spinge la gente ad alzarsi dal divano e ad agire, a riempire le strade, a organizzarsi, allora non so cosa lo farà".

Nel frattempo si sta muovendo Israele. Il ministro della Sicurezza Nazionale israeliano Itamar Ben-Gvir ha presentato al governo un piano volto a fermare la Global Sumud Flotilla in base al quale **tutti gli attivisti arrestati saranno trattenuti in detenzione prolungata – a differenza della precedente prassi – nelle prigioni israeliane di Ketziot e Damon, utilizzate per detenere i terroristi** in condizioni rigorose tipicamente riservate ai prigionieri di sicurezza. Agli attivisti saranno negati privilegi speciali come tv, radio e cibo specifico: "Non permetteremo a chi sostiene il terrorismo di vivere nell'agiatazza", ha dichiarato Ben-Gvir citato dal Jerusalem Post.

Salute Internazionale sottoscrive le dichiarazioni di Alessandro Barbero e di Greta Thunberg e partecipa idealmente al viaggio della Flotilla, tenendo i riflettori sempre accesi su tutto ciò che succederà

<https://www.saluteinternazionale.info/2025/09/come-puo-il-mondo-tacere-su-gaza/>



All you need is love

Letizia Fattorini

L'aggressività descrive uno stato del sistema psicofisiologico che permette all'individuo di rispondere con un insieme di comportamenti ostili volti alla distruzione, la coercizione, la degradazione, l'umiliazione di una cosa o di un essere percepito dall'abusante come significativo e che rappresenta una sfida (1).

"Per ogni cosa c'è il suo momento, il suo tempo per ogni faccenda sotto il cielo. (...) C'è un tempo per odiare e un tempo per amare" (Qo 3, 1-8).

Stiamo assistendo al perpetrarsi di aggressività e odio in tutto il mondo. Un'escalation di conflitti armati in cui, malgrado le tutele previste dal diritto internazionale umanitario e dai diritti umani, i civili continuano a subire il peso delle guerre, affrontando attacchi mirati, sfollamenti forzati, fame e restrizione nell'accesso agli aiuti. Il crescente disprezzo verso tali leggi e la loro applicazione selettiva o politicizzata stanno erodendo il quadro protettivo, e alimentando una cultura dell'impunità (2).

Il quadro apocalittico si ripercuote anche nella quotidianità, con drammatici reati che interessano singoli cittadini, alcuni dei quali senza apparenti problematiche sociali o sanitarie. Nonostante l'Italia rappresenti il paese europeo con il più basso tasso di omicidi (0,55 ogni 100.000 abitanti contro una media UE dello 0,9 nel 2022), i dati più recenti dell'Istat sui delitti consumati nel nostro Paese (anno 2023) rilevano un aumento globale del 3,7% rispetto all'anno precedente, con il movente in quasi la metà di questi (45,5%) rappresentato

da “futili motivi, rancori personali”, seguito dai “motivi passionali” che riguardano il 12% circa delle vittime, percentuale che sale fino al 60% nel caso di donne. A questo proposito, **dei 334 omicidi italiani totali nel 2023, 96 riguardano il genere femminile, ribadendo l'aumento vertiginoso – dall'11% al 35% – dei femminicidi negli ultimi trent'anni** (3). Anche la cronaca di questi giorni ne sottolinea la tendenza: nei primi cinque mesi del 2025 le vittime di femminicidio sono già arrivate a quindici (4).

Ma cosa induce all'aggressività e alla violenza? Gli esseri umani sono, di fatto, creature fondamentalmente sociali, motivate a stare con gli altri (5). Nella specie umana vengono adottati comportamenti fortemente prosociali, che includono l'altruismo – attraverso cui un individuo intraprende azioni per lui onerose o rischiose al fine di migliorare il benessere di altre persone – la cura e la cooperazione. Alla base dei comportamenti che favoriscono la collettività troviamo sistemi neuroendocrini originariamente adattati a consentire la riproduzione e a motivare la cura della prole e l'attaccamento, fondamentali per la sopravvivenza e lo sviluppo dei figli e, quindi, per la conservazione della specie.

Svariati studi su uomini e animali hanno collegato il neuropeptide ossitocina, altamente conservato evolutivamente, a un ricco repertorio di comportamenti sociali. Tale molecola, prodotta a livello dell'ipotalamo e rilasciata in circolo dall'ipofisi posteriore, è nota per le sue funzioni di neurotrasmettitore, neuromodulatore e neuromone. La dinamica del suo rilascio dipende dalla natura dello stimolo che lo promuove: perifericamente, l'ossitocina esercita un ruolo neuro-ormonale nell'indurre la contrazione uterina nel parto e l'eiezione del latte durante l'allattamento; a livello intracerebrale, il suo rilascio può risultare dalla combinazione di due differenti modalità che, insieme, possono influenzare tutte le regioni del proencefalo (a livello sinaptico e non, rispettivamente come neurotrasmettitore e neuromodulatore).

L'ossitocina come neuromodulatore si diffonde nell'ambiente extracellulare, dove interagisce con i recettori, la cui espressione è regolata attraverso meccanismi endogeni ed esogeni, tra cui: modificazioni epigenetiche, disponibilità di ligandi, età, cambiamenti dello stato ormonale, esposizione acuta o cronica a fattori di stress. Nei roditori il recettore per l'ossitocina attiva una serie di cascate di segnalazione intracellulare che coinvolgono bersagli citoplasmatici e nucleari inducenti la sintesi proteica, la quale a sua volta media gli effetti ansiolitici dell'ossitocina e migliora la formazione della memoria.

Nell'essere umano le vie di segnalazione intracellulare attivate dall'ossitocina sono ancora poco comprese. Non essendo ancora disponibile un ligando PET specifico per questa molecola, anche la distribuzione regionale dei recettori in vivo è ancora enigmatica. Tuttavia, utilizzando il metodo dell'analisi dei pattern di distribuzione dell'm-RNA nei recettori post-mortem, si è scoperto una ricchezza di questo recettore nelle regioni olfattive e sottocorticali. Inoltre, la scoperta della variabilità nel gene del recettore e in altri geni della via dell'ossitocina è stata associata ad una moltitudine di fenotipi socio-emotivi.

Alcuni studi hanno dimostrato che la somministrazione intranasale di ossitocina sintetica induce sottili cambiamenti nei comportamenti sociali: queste alterazioni sono state spesso descritte come tendenze verso una maggiore socialità, comprendendo aspetti della sfera emotiva e relazionale – come fiducia, empatia e altruismo – tutti fattori che possono essere mediati in primo luogo dagli effetti ansiolitici e antistress dell'ossitocina. Tale profilo del neuropeptide è ulteriormente rafforzato dai risultati di studi di neuroimaging, secondo cui l'ossitocina agisce costantemente sui neurocircuiti correlati alla ricompensa e alla paura. Di conseguenza, c'è un crescente interesse nell'inserire questa molecola in potenziali trattamenti per svariate condizioni psichiatriche, che vanno dall'ansia ai disturbi dello spettro autistico.

Prove sempre più numerose, tuttavia, indicano che gli effetti dell'ossitocina sul comportamento prosociale sono altamente suscettibili a modificazioni causate da variabili individuali e contestuali. In sostanza, il neuropeptide non facilita esclusivamente comportamenti sociali positivi, ma può anche produrre risposte protettive o, addirittura, difensive e aggressive.

Studi sull'uomo in cui l'ossitocina esogena è stata somministrata per via intranasale hanno rilevato che questa può aumentare l'invidia o il compiacimento per le sfortune altrui, diminuire la tendenza a cooperare

negli individui con Disturbo Borderline di Personalità, facilitare il favoreggiamento dei membri all'interno di un gruppo o addirittura escludere e denigrare chi non ne fa parte. Tali risultati, che contribuiscono ad individuare l'ossitocina come un neuromodulatore ormonale altamente complesso, conducono a prevedere una limitazione nell'utilizzo di questa molecola a quadri clinici specifici e in contesti terapeutici attentamente controllati, per minimizzare il rischio di esiti sfavorevoli (6).

Un altro ormone peptidico dell'asse ipotalamo-ipofisi coinvolto nell'instaurarsi di comportamenti aggressivi è la vasopressina, che esercita azioni disinibitorie attraverso il sistema della serotonina. Quest'ultimo rappresenta il sistema più studiato in relazione all'aggressività: una diminuzione della trasmissione serotoninergica, che può essere indotta dall'inibizione della produzione di serotonina o dall'antagonizzazione dei suoi effetti, determina una riduzione della rilevanza attribuita alla punizione per un certo tipo di comportamento. Inoltre, poiché la serotonina sembra facilitare l'inibizione della corteccia prefrontale, un aumento dell'aggressività può essere conseguenza di un'attività serotoninergica insufficiente. Studi sul sistema neurotrasmettitoriale serotoninergico mostrano che il metabolita della serotonina acido 5-idrossiindoleacetico, che si trova in basse concentrazioni nel liquido cerebrospinale in soggetti affetti da depressione, potrebbe essere anche la spia di condotte violente e preludio di comportamenti suicidari.

Per quanto riguarda il coinvolgimento del sistema endocrino nel comportamento aggressivo, si ritiene che possa essere implicato anche il testosterone. È stato ad esempio dimostrato un aumento di concentrazione di testosterone nei detenuti che hanno commesso crimini violenti. Il testosterone scatena l'aggressività agendo a livello centrale attraverso l'attivazione dell'amigdala, mentre a livello periferico aumenta la massa muscolare per ottenere un comportamento motorio specifico. Inoltre, un gran numero di recettori per gli androgeni e l'estradiolo si trova nei neuroni dell'area prefrontale, dell'ipotalamo e, soprattutto, dell'amigdala. **Da menzionare la rilevanza dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, con l'importanza del cortisolo e delle sue relazioni con il sistema serotoninergico nell'antagonismo agli effetti del testosterone.** Inoltre, sembra che un ruolo importante nell'aumento o nella diminuzione dell'impulsività sia giocato dagli squilibri tra testosterone e serotonina o testosterone e cortisolo.

Il substrato genetico ha anch'esso un ruolo particolarmente importante nell'espressione del comportamento violento e nella presenza di tratti di personalità associati all'aggressività. Sono state ad esempio identificate mutazioni nel gene delle monoaminoossidasi (MAO) associate all'alterazione del metabolismo delle catecolamine, o polimorfismi dei geni di enzimi coinvolti nel metabolismo della serotonina, come la triptofano idrossilasi. È infine indubbio il ruolo del contesto socio-ambientale nel manifestarsi di un comportamento aggressivo, che negli individui viene esibito in vari gradi in base a sesso, età, aspetti culturali, così come per le peculiarità biologiche e genetiche precedentemente descritte (7).

Alla questione sulle motivazioni che inducono comportamenti di aggressione e violenza non possiamo dare una spiegazione definitiva e univoca. Il giornalista e scrittore Richard Rhodes, il quale – basandosi sulla ricerca e sulle interviste del criminologo Lonnie Athens a più di cento criminali – esplora le motivazioni e i comportamenti che portano ad un delitto, afferma: «Immaginare che l'uomo sia nato per la violenza, quando i tassi della sua presenza differiscono da gruppo a gruppo, da cultura a cultura, da epoca a epoca, è una sfida per il senso comune. E lo è anche invocare danni cerebrali per spiegare il comportamento violento quando la maggior parte delle persone che hanno subito danni cerebrali non è violenta. La povertà, la razza, la sottocultura, la malattia mentale, gli abusi subiti nell'infanzia, il sesso, sono tutti elementi squalificati – singolarmente e collettivamente – come spiegazioni della violenza criminale, squalificati dalla quantità delle eccezioni all'interno di ciascuna categoria rivelate anche solo da un'indagine superficiale» (8) .

Forse, la motivazione principale che ha condotto alla marcata espansione di comportamenti aggressivi e violenti è la mancanza di amore, inteso nel suo significato puro, da dizionario: «Sentimento di viva affezione verso una persona, che si manifesta come il desiderio di procurare il suo bene» . L'amore non è ricerca del proprio bene personale, ma l'espressione di uno dei comportamenti più fortemente prosociali: l'altruismo.

<https://www.saluteinternazionale.info/2025/09/all-you-need-is-love/>

«Luci sulla Palestina»: 20mila operatori di 230 ospedali d'Italia ricordano i 1.677 colleghi uccisi a Gaza

“Difendere l'umanità difendendo la salute”: l'appuntamento è alle 21 del 2 ottobre davanti agli ospedali per lettura “a staffetta” da Nord a Sud del Paese dei nomi dei colleghi uccisi nella Striscia negli ultimi due anni

Barbara Gobbi

«Noi denunciemo il genocidio della Palestina e ci mettiamo le nostre facce e i nostri corpi». La dichiarazione, in “neretto”, campeggia a metà dell'[identico testo](#) che, con parole di pietra, sarà letto dagli oltre 20mila operatori sanitari (secondo i promotori sono almeno il doppio) che si sono dati appuntamento alle 21 del 2 ottobre davanti a ciascuno dei circa 230 ospedali che da Nord a Sud Italia si illumineranno per il Flash Mob organizzato dalle reti #DigiunoGaza e Sanitari per Gaza, “Luci sulla Palestina: 100 ospedali per Gaza”. Una mobilitazione confermata, nonostante l'alt alla Global Sumud Flotilla e malgrado il piano di pace in venti punti di iniziativa trumpiana stia incontrando un consenso generale e trasversale.

Sono 1.677 i sanitari uccisi a Gaza

I promotori precisano di aver chiesto a medici, infermieri e Oss di non portare bandiere o simboli di associazioni, sindacati o partiti ma solo le bandiere della Palestina. All'insegna delle quali avverrà l'accensione in simultanea in tutta Italia di luci, torce, lampade e di “qualunque fonte luminosa porteranno i manifestanti davanti agli ospedali”.

A questo punto si aprirà la commemorazione dei 1.677 operatori e operatrici sanitarie uccisi a Gaza in questi due ultimi anni di guerra - «mentre curavano, mentre soccorrevano, mentre difendevano il diritto più elementare di ogni essere umano, quello di essere assistito» - con la lettura collettiva dei loro nomi, a staffetta e un centinaio ciascuna, tra le Regioni. Un numero che non si è mai fermato: quel triste contatore è fermo a tre settimane fa e nel frattempo altre 47 operatrici e operatori sono stati uccisi. Con «una strage che va avanti sistematicamente». il tentativo, è il giudizio politico degli organizzatori, «di eliminare un popolo».

Accanto a chi è stato ucciso, ci sono i «361 sanitarie e sanitari palestinesi detenuti senza processo nelle carceri israeliane». Le testimonianze parlano di torture, violenze, uccisioni, ricorda il testo del Flash Mob. Che incalza: «Li ricordiamo, tutte e tutti, e premiamo perché vengano liberati al più presto».

Lombardia capofila

L'adesione di medici, infermieri e altri operatori sanitari nelle Regioni si profila massiccia in tante Regioni. In testa la Lombardia, con quasi 5mila sanitari registrati con modulo di partecipazione e 36 ospedali coinvolti, in particolare sulla provincia di Milano (2.272 adesioni) e Monza-Brianza con oltre 400. A seguire, la Toscana con 2.267 sanitari e 23 ospedali soprattutto nella provincia fiorentina con 642 adesioni, seguita dalla provincia di Lucca (286) e Pistoia (219), poi Sardegna con 1.955 adesioni e 15 ospedali con provincia di Sassari (quasi 800 adesioni) e Oristano quelle con più sanitari registrati. E poi Puglia con 1.905 adesioni e 10 ospedali, Bari (oltre 1300 adesioni) e Lecce (quasi 300) le province con più adesioni. Nel Lazio sono 1658 le adesioni registrate e 13 gli ospedali distribuiti soprattutto a Roma e provincia (1169 adesioni), poi a Latina e Viterbo. E ancora il Piemonte con 1.656 sanitari e 26 ospedali soprattutto in provincia di Torino (782) e Cuneo, Emilia Romagna con 1.620 adesioni e 16 ospedali con più adesioni nella provincia di Bologna (304) seguita da Modena (272), Veneto 1.193 sanitari e 14 ospedali, le province di Treviso (232) e Padova (208) quelle con più adesioni.

Un testo politico

Quello aggiornato al 1 ottobre e che, se resterà in questa versione, sarà letto il 2 ottobre davanti agli ospedali italiani che hanno aderito, è un [documento](#) profondamente politico. Guarda «alle donne e agli uomini della Global Sumud Flotilla», che nel frattempo è stata intercettata dalla Marina militare israeliana. E li ringrazia per l'«impresa coraggiosa, disarmata, umanitaria e politica», non lesinando le accuse di ipocrisia e di complicità nei confronti dei Governi.

Ma soprattutto, vi si legge, «come sanitarie e sanitari sappiamo che non esiste neutralità davanti alla distruzione deliberata di ospedali e vite. Difendere la salute significa difendere l'umanità. Il nostro dovere è "prendere parte": la nostra parte è quella della cura, del diritto alla vita e della difesa dell'umanità».

La chiamata ad agire

La parola genocidio, in quel testo di una paginetta, ricorre cinque volte. La richiesta al Governo e alle Istituzioni a tutti i livelli e quindi alle rispettive aziende sanitarie e ospedaliere, è di «agire con il senso di urgenza e di eccezionalità che questo genocidio in corso richiede».

Non è chiaro però cosa si chiedi ai singoli ospedali di mettere in campo: di certo possono e devono continuare a curare i loro pazienti, inclusi quelli che arrivano da Gaza con i voli umanitari organizzati dal governo. Ma per i manifestanti, in quanto istituzioni anche le aziende in cui lavorano «possono e devono fare di più per fermare il genocidio e per rompere la complicità con le azioni del governo e dell'esercito israeliani».

Da parte loro, i manifestanti promettono «non ci fermeremo». E avvertono: «Siamo un movimento pacifico, intrecciato e solidale con tutte le altre mobilitazioni che dalle scuole ai porti, dalle università agli ospedali, per terra e per mare, ha un unico obiettivo: pace e giustizia per la Palestina».

https://www.ilsole24ore.com/art/luci-palestina-20mila-operatori-230-ospedali-d-italia-ricordano-1677-colleggi-uccisi-gaza-AHiRLbwC?cmpid=nl_sanita24





Effetti negativi sulla salute delle disposizioni relative all'energia contenute nel "One Big Beautiful Bill"

Robert L. Glicksman

Pubblicato il 10 ottobre 2025

DOI: 10.1056/NEJMp2510102

Il 4 luglio 2025, il presidente Donald Trump ha firmato la legge "One Big Beautiful Bill Act" (OBABA) del 2025. La Casa Bianca ha elogiato i tagli fiscali, le riduzioni della spesa federale e il rafforzamento della sicurezza delle frontiere previsti dalla legge. Ha inoltre previsto che la legge avrebbe stimolato una massiccia espansione della produzione nazionale di petrolio e gas, che avrebbe ridotto i costi energetici. Il comunicato stampa sulla firma della legge da parte del presidente non ha menzionato le conseguenze sulla salute pubblica né della legge nel suo complesso (che eliminerà l'assicurazione sanitaria per milioni di americani, secondo il Congressional Budget Office) né delle sue disposizioni relative alla produzione e all'uso dell'energia, forse perché tali conseguenze saranno estremamente negative.

L'Inflation Reduction Act (IRA) del 2022 mirava a incentivare la produzione di energia pulita da fonti come l'eolico e il solare, prevedendo agevolazioni fiscali per la produzione e l'utilizzo di energia pulita e sovvenzioni governative per facilitare la crescita delle industrie di energia pulita. Questi incentivi hanno funzionato. Ad esempio, la produzione di energia solare è aumentata del 32% nei primi 6 mesi del 2025 rispetto allo stesso periodo del 2024 e del 99% rispetto alla prima metà del 2022, prima dell'entrata in vigore dell'IRA. Analogamente, gli Stati Uniti hanno registrato un aumento del 65% nell'accumulo di energia tramite batterie nell'anno successivo a marzo 2024. Le vendite di veicoli elettrici sono aumentate del 14% nei primi 6 mesi del 2025 rispetto al 2024, escludendo le vendite di Tesla (che hanno subito un crollo nel 2025).

L'OBABA elimina la maggior parte degli incentivi dell'IRA per l'energia pulita. Ad esempio, elimina i crediti d'imposta per l'acquisto di veicoli elettrici nuovi o usati a partire dal 30 settembre 2025 e per gli investimenti volti a rendere le abitazioni più efficienti dal punto di vista energetico. Limita l'accesso ai crediti d'imposta per progetti eolici e solari la cui costruzione non inizi entro un anno dalla sua entrata in vigore. Abroga miliardi di dollari che l'IRA ha reso disponibili sotto forma di prestiti o sovvenzioni per finanziare progetti a basso impatto climatico.

Gli analisti hanno previsto un forte calo degli investimenti, della produzione e dell'utilizzo di energia pulita a seguito dell'eliminazione degli incentivi dell'IRA per l'energia pulita. Bloomberg New Energy Finance ha ridotto le sue previsioni di energia da nuova energia eolica offshore entro il 2035 da 27,8 GW a circa 6 GW. Lo ZERO Lab della Princeton University prevede che entro il 2035 la produzione di energia pulita diminuirà di oltre 820 terawattora, "più dell'intero contributo del nucleare o del carbone alla nostra attuale fornitura di elettricità". [1](#) Prevede inoltre una riduzione di 0,5 trilioni di dollari negli investimenti di capitale cumulativi nella produzione di elettricità e combustibili puliti nel prossimo decennio rispetto al livello di riferimento pre-OBABA. Analogamente, il Rhodium Group stima che l'OBABA ridurrà la costruzione di nuova capacità di generazione di energia pulita di quasi il 60% tra il 2025 e il 2035. [2](#) Rhodium sostiene inoltre che il numero di veicoli elettrici sulle strade statunitensi diminuirà di un terzo o due terzi entro il 2035 rispetto alle proiezioni precedenti all'OBABA per quel periodo.

Perché queste riduzioni sono significative dal punto di vista della salute pubblica? Oltre a produrre energia meno costosa rispetto alla combustione di combustibili fossili, le fonti di energia pulita come l'energia eolica e solare non generano gas serra (GHG), i principali responsabili del cambiamento climatico, le cui conseguenze negative per la salute pubblica sono ampiamente documentate. Secondo i rapporti del Global Change Research Program statunitense, tra questi rientrano l'aumento della mortalità e della morbidità legate al caldo,

dell'asma e di altre malattie respiratorie, delle malattie cardiovascolari e dell'ictus, delle malattie di origine alimentare, delle malattie e dei disturbi neurologici, delle malattie trasmesse da vettori e zoonosi, delle malattie trasmesse dall'acqua, dei danni al sistema immunitario e dei disturbi legati alla salute mentale e allo stress. Secondo lo ZERO Lab di Princeton, le emissioni nazionali di gas serra aumenteranno di circa 190 milioni di tonnellate all'anno nel 2030 e di 470 milioni di tonnellate nel 2035 a causa delle disposizioni dell'OBBBBA in materia di energia. Quest'ultima cifra equivale alle emissioni di gas serra di oltre 100 milioni di auto a benzina. Si prevede che le emissioni di gas serra provenienti dai settori energetico, dei trasporti, industriale e della rimozione del carbonio aumenteranno.

Oltre a eliminare la maggior parte degli incentivi dell'IRA per l'energia pulita, l'OBBBBA raddoppia la produzione di fonti energetiche basate sui combustibili fossili, che sono ad alto tasso di emissioni di gas serra. Fornisce nuovi crediti d'imposta per la produzione di carbone, utilizzato per produrre acciaio. Crea nuove detrazioni fiscali per i "costi immateriali" sostenuti dalle compagnie petrolifere e del gas. Richiede al governo federale di approvare maggiori trivellazioni di petrolio e gas su terreni federali, compresi terreni che sono stati a lungo interdetti a queste attività. Riduce i pagamenti delle royalty che le compagnie del carbone, del petrolio e del gas sono tenute a versare al governo federale per la produzione su terreni federali. Rinvia di 10 anni un programma dell'IRA che prevede di addebitare alle compagnie petrolifere e del gas le emissioni di metano – un gas serra estremamente potente – oltre un limite specificato. Il presidente e i suoi alleati al Congresso hanno a lungo criticato la pratica del governo di scegliere "vincitori e vinti" in materia di energia, ma l'OBBBBA fa esattamente questo, punendo le industrie di energia pulita e inondando di sussidi i produttori di combustibili fossili.

E le conseguenze negative dell'OBBBBA sulla salute pubblica vanno ben oltre gli effetti diretti dell'aumento delle emissioni di gas serra. Contrariamente a quanto affermato dalla Casa Bianca, sia ZERO Lab che Rhodium Group hanno previsto aumenti sostanziali della spesa energetica delle famiglie (fino al 13% entro il 2035, secondo ZERO Lab) a causa dell'aumento dei prezzi della benzina, del gasolio e dell'elettricità derivata da combustibili fossili. Questi aumenti ridurranno il reddito disponibile per altri scopi, compresi alcuni che potrebbero migliorare la salute (come mangiare cibi freschi, adottare misure preventive o ottenere assistenza medica). L'aumento dei prezzi dell'energia contribuirà all'insicurezza energetica per le persone con redditi fissi o con un basso potenziale di guadagno, che potrebbero affrontare problemi come stress da caldo o da freddo, difficoltà respiratorie e conseguenze negative sulla salute associate all'ansia. ³ Rhodium prevede inoltre che la spesa energetica industriale aumenterà (da 7 a 11 miliardi di dollari all'anno) rispetto al periodo precedente all'OBBBBA. Man mano che le aziende trasferiranno questi costi maggiori ai clienti, i bilanci delle famiglie subiranno nuovamente un duro colpo. Altre disposizioni che incidono negativamente sul settore solare, come l'eliminazione dei crediti d'imposta per le aziende che acquistano componenti da paesi come Cina e India, probabilmente comporteranno perdite di posti di lavoro in quel settore (fino a 84.000 posti di lavoro entro la fine del 2025, secondo la Solar Energy Industries Association).

Gli effetti dannosi dell'OBBBBA sulla salute pubblica non si limitano a quelli associati all'aumento delle emissioni di gas serra. Ad esempio, la legge elimina le sanzioni per le case automobilistiche che superano gli standard medi aziendali di risparmio di carburante stabiliti dal Dipartimento dei Trasporti. Ciò riduce gli incentivi per le case automobilistiche a vendere auto a basso consumo di carburante. La vendita di auto meno efficienti aumenterà non solo le emissioni di gas serra, ma anche le emissioni di inquinanti con effetti negativi sulla salute ben noti, come monossido di carbonio, precursori dell'ozono e particolato. L'aumento dell'uso di carbone o gas naturale per generare energia nelle aziende elettriche o negli impianti di produzione aumenterà la mortalità e la morbidità derivanti dall'esposizione al particolato, ai precursori dell'ozono e al mercurio generati dalla combustione di combustibili fossili. Secondo alcuni, quasi mezzo milione di persone negli Stati Uniti sono morte tra il 1999 e il 2020 a causa dell'esposizione alle emissioni di particolato derivanti dalla combustione del carbone. ⁴ Inoltre, i processi di estrazione del carbone e del gas naturale hanno conseguenze negative sulla salute. Ad esempio, vivere vicino ad aree di fratturazione idraulica per l'estrazione di gas naturale è stato collegato a un aumento del rischio di leucemia nei bambini piccoli, basso peso alla nascita e parti prematuri, asma infantile e morti premature negli anziani. ⁵ L'OBBBBA include anche una miriade di altre disposizioni dannose, come la revoca dei finanziamenti globali per i programmi antinquinamento nelle comunità svantaggiate e (incredibilmente) l'abrogazione dei finanziamenti per ridurre le emissioni diesel e l'inquinamento atmosferico nei pressi delle scuole.

L'IRA ha avviato gli Stati Uniti verso un futuro energetico più pulito. L'OBBBA inverte bruscamente la rotta. Alcuni osservatori sostengono che, poiché le forze di mercato stanno guidando la transizione verso l'energia pulita a causa dei suoi costi di produzione relativamente bassi, le disposizioni di legge in materia di energia non rallenteranno in modo significativo la riduzione delle emissioni di gas serra. L'obiettivo dell'OBBBA, tuttavia, è quello di interrompere queste forze eliminando i vantaggi in termini di costi della produzione di energia pulita e sostituendola con la produzione di combustibili fossili, ampiamente sovvenzionata. I numerosi danni alla salute che ne derivano probabilmente colpiranno in modo sproporzionato le comunità già svantaggiate, comprese quelle situate vicino a fonti di inquinanti atmosferici convenzionali come le centrali elettriche o in zone basse a maggior rischio di inondazioni a causa dei cambiamenti climatici. Man mano che queste conseguenze si manifesteranno, è probabile che gli americani considerino l'OBBBA disgustoso, non bello.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2510102?query=TOC>



OECD Health Policy Studies

Decarbonising Health Systems Across OECD Countries



Foreword	3
Acknowledgements	4
Executive summary	8
1 Overview	10
In Brief	11
Transforming healthcare delivery to reduce emissions in the health system	13
Reducing emissions from pharmaceuticals and medical inputs: Addressing supply chains	20
Countries have stepped up climate action in health systems, but most efforts reflect broader government mitigation priorities	25
Scaling up policies that improve population health and reduce emissions: Good for health and good for the environment	28
References	32
Notes	34
2 Transforming healthcare delivery to reduce emissions in the health system	35
In Brief	36
In 2018, 4.4% of greenhouse gas emissions in OECD countries were associated with the health sector	40
Where do health systems have room to reduce their emissions?	41
Reducing emissions without compromising care	46
Governing health systems mitigation	48
Transforming energy use in the health sector	54
Most countries have not introduced policies to encourage lower-emission or more sustainable alternatives in healthcare delivery	56
Reducing emissions through transforming clinical care	59
References	64
3 Rethinking health systems supply chains, pharmaceuticals and medical products	69
In Brief	70
Supply chains represent 79% of overall health system emissions	71
Substituting away from high-emissions products	73
Scaling up green healthcare procurement	78
Emissions reporting by companies is growing, but not always harmonised	81
Incorporating environmental considerations into healthcare decision making	83
References	86
4 Maximising impact: The climate co-benefits of public health policies	90
In Brief	91
Public health: Improving health outcomes while delivering climate co-benefits	92
Harnessing public health to achieve health and climate benefits across domains	98
References	125
Notes	133

FIGURES

Figure 1.1. Estimated greenhouse gas emissions related to healthcare (% of all emissions), 2018	14
Figure 1.2. Per-capita health sector emissions vary nearly 15-fold across OECD countries	15
Figure 1.3. Ten countries achieve high life expectancies with lower emissions per capita cost relative to the OECD average	17
Figure 1.4. Eleven OECD countries have lower avoidable mortality and low health sector emissions relative to the OECD average	17
Figure 1.5. Hospitals represent the largest share of healthcare emissions among places of care	19
Figure 1.6. More than three-quarters of all GHG in health are emitted in the supply chain	20
Figure 1.7. Supply chains represent nearly four-fifths of health sector emissions	21
Figure 1.8. Half of health sector emissions originate from health sector supply chains abroad	22
Figure 1.9. The consumption of medical goods and pharmaceuticals represents one-quarter of all health sector emissions	23
Figure 1.10. High-emission metered-dose inhalers remain dominant across the OECD countries who provided data	24
Figure 1.11. Staff and financial resources allocated to mitigation efforts are still emerging	27
Figure 1.12. Health outcomes of climate change mitigation measures in OECD countries by sector	28
Figure 1.13. Interventions to promote good health can also benefit climate	29
Figure 1.14. Achieving the diet targets would reduce GHG emissions by 304 Mt of CO ₂ equivalent per year in the OECD	30
Figure 1.15. More countries have employed policy tools to influence active transportation and household energy policies	32
Figure 2.1. Greenhouse gas emissions related to healthcare (% of all emissions), 2018	40
Figure 2.2. Hospitals accounted for close to one-third of health sector emissions in 2018	42
Figure 2.3. Emissions associated with outpatient care made up 20% of health sector emissions in 2018	42
Figure 2.4. Allocation of all GHG emissions related to healthcare demand by industry of origin, 2018	43
Figure 2.5. Supply chains represent nearly four-fifths of health sector emissions	44
Figure 2.6. Half of health sector emissions originate from health sector supply chains abroad	45
Figure 2.7. Life expectancy and health system emissions: Many countries perform well with lower-than-average emissions	47
Figure 2.8. Avoidable mortality and health sector emissions	47
Figure 2.9. Four OECD countries have higher-than average health spending but lower-than-average emissions	48
Figure 2.10. The use of telemedicine has increased dramatically in recent years	60
Figure 3.1. Supply chain emissions represent 79% of overall health sector emissions	71
Figure 3.2. Half of health sector emissions stem from production and transport abroad	72
Figure 3.3. Pharmaceuticals and medical goods drive a quarter of health sector emissions across OECD countries	73
Figure 3.4. Many OECD countries have reduced their use of desflurane for anaesthesia	75
Figure 3.5. High-emission metered-dose inhalers remain common in many OECD countries	76
Figure 3.6. Health spending represented close to three-tenths of overall government procurement in 2023	80
Figure 3.7. Baseline reporting years for GHG emissions vary across medical device companies	82
Figure 3.8. Target years for achieving GHG emission reduction goals also vary	82
Figure 4.1. The main drivers of non-communicable diseases are also the forces that accelerate climate change	93
Figure 4.2. Pathways to achieve positive health and climate outcomes through public health policies	94
Figure 4.3. The impact of climate change mitigation policies in OECD countries by sector on health	97
Figure 4.4. The impact of climate change mitigation policies in OECD countries by sector on greenhouse gas emissions	97
Figure 4.5. Adoption of policy instruments by domains in OECD Countries	98

Figure 4.6. The dual burden of food systems: Health burden and carbon emissions	99
Figure 4.7. Top five market share of sustainability-related food labels for new product launches in the EU in 2021	103
Figure 4.8. Public health policy instruments implemented by countries to guide consumption of healthy and sustainable foods	106
Figure 4.9. The dual burden of transportation: health burdens and carbon emissions	109
Figure 4.10. Public health policy instruments implemented by countries to guide low-emission transport use	115
Figure 4.11. Energy ladder in different developmental contexts	116
Figure 4.12. OECD countries reliant on pollution sources of energy in residential homes in 2021	117
Figure 4.13. The dual burden of household energy: Health risks and carbon emissions	118
Figure 4.14. Indigenous communities represent a significant yet often overlooked population across OECD Countries	121
Figure 4.15. Public health policy instruments implemented by countries to guide clean household energy use	125

TABLES

Table 2.1. Not all countries have developed health sector roadmaps or commitments for mitigation	38
Table 3.1. Embedding environmental factors into health technology assessments: Different approaches carry different benefits – and risks	85
Table 4.1. Climate change mitigation-sensitive burden of illness expressed in Disability Adjusted Life Years (DALYs) and deaths among OECD countries in 2022	95
Table 4.2. Healthy reference diets derived from EAT-Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems	100
Table 4.3. Health and environmental impact of four balanced diets as compared to baseline scenario in high income countries	101
Table 4.4. Front of package nutrition-based food labels implemented in OECD countries	102
Table 4.5. Policy options to shape consumer sustainable and healthy dietary choices	107
Table 4.6. Policy mechanisms to reduce negative environmental and health impacts of passenger transportation sector	109
Table 4.7. Policy mechanisms to reduce negative environmental and health impacts of residential energy use	122

Executive summary

In media, nei paesi OCSE, circa il 4,4% delle emissioni complessive di gas serra era legato al settore sanitario nel 2018. Tuttavia, fino a poco tempo fa, si prestava relativamente poca attenzione ai sistemi sanitari come fattore determinante delle emissioni di gas serra.

Analizzare attentamente quali settori e processi all'interno dei sistemi sanitari contribuiscono maggiormente alle emissioni di gas serra può aiutare i paesi impegnati ad agire per ridurre la propria impronta di carbonio a prendere decisioni più consapevoli.

Quasi nove paesi OCSE su dieci dichiarano di aver intrapreso azioni per decarbonizzare l'assistenza sanitaria e le strutture che la erogano. Nella maggior parte dei casi, l'obiettivo principale di queste politiche è stato quello di sfruttare le opportunità che riflettono strategie governative più ampie verso la decarbonizzazione, come il passaggio alle energie rinnovabili e lo sviluppo di standard edilizi a basse emissioni e rispettosi dell'ambiente.

Allo stesso tempo, permangono significative opportunità per i paesi di ridurre l'impatto ambientale dei loro sistemi sanitari adottando misure specifiche per il settore sanitario, ad esempio affrontando come, dove e quando viene erogata l'assistenza stessa.

In questo rapporto, le emissioni totali del settore sanitario sono state stimate e ulteriormente disaggregate sulla base di tre quadri distinti, che considerano la tipologia di fornitore, gli "ambiti" di emissione e il paese di origine delle emissioni. Questi approcci offrono diverse prospettive sui fattori delle emissioni del settore sanitario, disaggregando la stessa impronta complessiva in diverse categorie.

L'analisi sviluppata per questo rapporto ha rilevato che le strutture di terapia intensiva ad alta intensità di risorse, in particolare gli ospedali, contribuiscono in modo sproporzionato alle emissioni del settore sanitario. In media, nei paesi OCSE, gli ospedali rappresentano circa il 30% delle emissioni associate al settore sanitario. Spostare l'assistenza dagli ambienti intensivi come gli ospedali verso l'assistenza ambulatoriale e rafforzare l'assistenza primaria per contribuire a ridurre le cure evitabili e prevenibili sono già priorità chiave dei sistemi sanitari che desiderano fornire risultati di alta qualità riducendo al contempo i costi.

Ridurre le cure inappropriate, gli sprechi e il tempo trascorso in ospedale, ad esempio, potrebbe contribuire a ridurre le emissioni associate all'assistenza ospedaliera fino a un quarto in media nei paesi OCSE.

Dare priorità a politiche che promuovano un'assistenza appropriata e riducano l'assistenza a basso valore e gli sprechi nel sistema sanitario non comporta solo benefici per la salute e l'economia, ma anche per l'ambiente. Riconoscere i potenziali benefici ambientali dell'assistenza a basso valore rafforza ulteriormente le argomentazioni a favore degli sforzi per promuovere un'assistenza appropriata.

Sempre più spesso, i farmaci e altri input sanitari vengono esaminati a livello di prodotto per il loro potenziale impatto ambientale.

In diversi casi, i prodotti clinici, inclusi i gas anestetici e gli inalatori respiratori, dispongono di sostituti a basse emissioni facilmente reperibili e in gran parte clinicamente indistinguibili, il che offre ai medici e alle organizzazioni sanitarie l'opportunità di apportare modifiche alle loro pratiche che contribuiscano agli sforzi di decarbonizzazione nel settore sanitario.

Tuttavia, la gamma di prodotti sanitari sottoposti a screening ambientale, per non parlare di quelli identificati come sostituti a minore impatto ambientale, rimane relativamente limitata. Le significative lacune nella disponibilità dei dati, nonché le sfide legate alla comparabilità dei dati tra metodi e paesi, fanno sì che i responsabili delle politiche sanitarie, i medici e gli amministratori si trovino spesso a dover prendere decisioni con dati di alta qualità limitati.

In breve

- Una nuova analisi dell'OCSE indica che le emissioni di gas serra legate al settore sanitario rappresentavano in media il 4,4% delle emissioni complessive nei paesi OCSE nel 2018.

Questa percentuale è superiore alla quota di emissioni dei settori sottoposti a verifica per l'impatto delle loro emissioni, come l'industria aeronautica.

Ciò sottolinea l'importante ruolo svolto dai sistemi sanitari non solo nel migliorare i risultati sanitari, ma anche nel contribuire a fornire servizi in modo più efficiente e con una maggiore sostenibilità ambientale.

Le nuove stime dell'OCSE forniscono informazioni sull'impatto delle emissioni del settore sanitario, fornendo una panoramica delle emissioni di gas serra del settore sanitario. Le emissioni totali del settore sanitario sono state ulteriormente disaggregate utilizzando tre framework complementari, incentrati sulla tipologia di fornitore, sull'ambito di applicazione e sull'origine nazionale rispetto a quella internazionale.

Ogni analisi suddivide la stessa base di emissioni in categorie distinte, senza modificare l'impronta complessiva.

- Sebbene la maggior parte degli sforzi di mitigazione delle emissioni di carbonio nei sistemi sanitari dell'OCSE si sia finora concentrata su scelte non direttamente collegate alle politiche sanitarie, quasi tutti i Paesi OCSE intervistati dichiarano di stare adottando misure per decarbonizzare i propri settori sanitari.

Ridurre l'impronta di carbonio del settore sanitario richiede una combinazione di politiche. Alcune sono direttamente collegate alle scelte relative all'uso dell'energia o ai trasporti, che non sono direttamente collegate alle politiche sanitarie, ma richiedono comunque un intervento da parte dei responsabili politici del settore sanitario.

Quasi il 90% dei Paesi segnala che sono in corso iniziative per ridurre le emissioni associate al consumo energetico nel settore sanitario. Oltre tre quarti dei Paesi segnalano che sono stati adottati standard di efficienza energetica per gli edifici applicabili al settore sanitario.

Diversi Paesi, tra cui Austria, Francia, Paesi Bassi e Regno Unito, hanno segnalato misure proattive verso l'istituzionalizzazione di politiche che tengano conto e mirino a contrastare l'impatto delle emissioni dei loro settori sanitari.

- Le politiche sanitarie possono avere un impatto diretto sull'intensità di carbonio dei sistemi sanitari.

Questo rapporto si concentra sulle opportunità di trasformazione dell'assistenza sanitaria, consapevoli delle sue emissioni e del più ampio impatto ambientale. Individua le leve chiave attraverso cui la politica sanitaria può contribuire a ridurre le emissioni del settore sanitario: trasformare l'assistenza sanitaria per ridurre le emissioni, inclusa la riduzione delle cure a basso valore; decarbonizzare le catene di approvvigionamento mediche; sostituire prodotti ad alte emissioni con alternative a basse emissioni; e rafforzare le politiche di sanità pubblica che incoraggiano scelte più sane e città più sane.

- Le emissioni provenienti dalle catene di approvvigionamento rappresentavano in media quasi i quattro quinti (79%) delle emissioni del settore sanitario nei paesi OCSE nel 2018 (ultimo anno disponibile), il che dimostra l'importanza di dare priorità agli sforzi di mitigazione in quest'area.

Il 12% delle emissioni si riferisce alle emissioni dirette provenienti da una struttura sanitaria, con un ulteriore 9% di emissioni associato all'elettricità acquistata dalle strutture sanitarie. Queste stime derivano da una nuova analisi dell'OCSE che utilizza dati provenienti da tavole input-output inter-paese dell'OCSE estese in termini ambientali e dati del Sistema dei Conti Sanitari. Nei paesi OCSE stanno emergendo iniziative per

decarbonizzare le catene di approvvigionamento che incoraggiano la trasformazione della produzione e dei prodotti e introducono standard di appalti verdi per prodotti e servizi sanitari.

- Un'elevata quota di emissioni dei sistemi sanitari derivante dalle catene di approvvigionamento e il loro elevato livello di integrazione globale significa che si stima che metà delle emissioni associate al settore sanitario provenga da fuori dal paese in cui viene erogata l'assistenza sanitaria.

Alcuni esempi di iniziative per sviluppare linee guida e regole per gli appalti verdi per il settore sanitario opzioni di mobilità come le superstrade e le reti ciclabili contribuiscono sia a ridurre gli spostamenti in auto sia a migliorare i risultati sanitari.

- I responsabili politici continuano a non disporre di dati sufficienti sugli impatti delle emissioni dei prodotti e dei servizi sanitari, limitando la loro capacità di prendere decisioni informate e di monitorare l'impatto delle azioni di mitigazione.

Gli approcci nazionali alla misurazione dell'impronta di carbonio hanno utilizzato metodologie diverse, ostacolando la comparabilità, mentre i confronti internazionali sono spesso rimasti a livello settoriale.

Ciò ha complicato la comparabilità tra i paesi e messo a dura prova la capacità di identificare aree di intervento politico. Sono necessari ulteriori interventi per sviluppare approcci più frequenti, armonizzati e dettagliati per la misurazione degli impatti del sistema sanitario.

Massimizzare l'impatto: i benefici climatici delle politiche di sanità pubblica

In breve

- Il cambiamento climatico e il crescente e diseguale peso delle malattie non trasmissibili (MNT) condividono fattori sistemici. Le MNT rappresentano l'88% di tutti i decessi nei paesi OCSE. Molti dei principali fattori delle malattie non trasmissibili che alimentano questo crescente peso, tra cui la dipendenza dai combustibili fossili, i sistemi di trasporto incentrati sull'automobile e i sistemi alimentari industrializzati, stanno anche alimentando il cambiamento climatico.

- Affrontare soluzioni dal lato della domanda che influenzano i comportamenti e le scelte dei consumatori produce sostanziali benefici per la salute e il clima. I sistemi alimentari, il trasporto passeggeri e il consumo energetico domestico contribuiscono in modo sostanziale al cambiamento climatico e sono responsabili rispettivamente di circa un terzo, un quarto e un quinto delle emissioni totali di gas serra nei paesi OCSE.

- Integrando le considerazioni ambientali nella salute pubblica, i governi possono creare politiche vantaggiose per tutti che promuovano miglioramenti sanitari a lungo termine rafforzando la resilienza del sistema sanitario e sostenendo anche gli sforzi di decarbonizzazione. Un passaggio a diete sane prodotte in modo sostenibile, o diete "win-win", costituite principalmente da alimenti di origine vegetale con poca o nessuna carne rossa e trasformata, potrebbe ridurre le emissioni di gas serra di 304 MtCO₂eq, equivalenti alle emissioni di 72 milioni di automobili in un anno e a 26.999 decessi prematuri per cancro all'anno nei Paesi OCSE.

- È disponibile un'ampia gamma di opzioni politiche per promuovere scelte più sane e sostenibili nei settori alimentare, dei trasporti e dell'energia domestica, che vanno da approcci normativi rigorosi ad approcci basati sulla scienza comportamentale volti a "spingere" le popolazioni verso determinate pratiche. In media, nei Paesi OCSE, le politiche volte a modificare l'energia domestica sono state più diffuse di quelle volte a modificare l'industria alimentare e il settore dei trasporti.

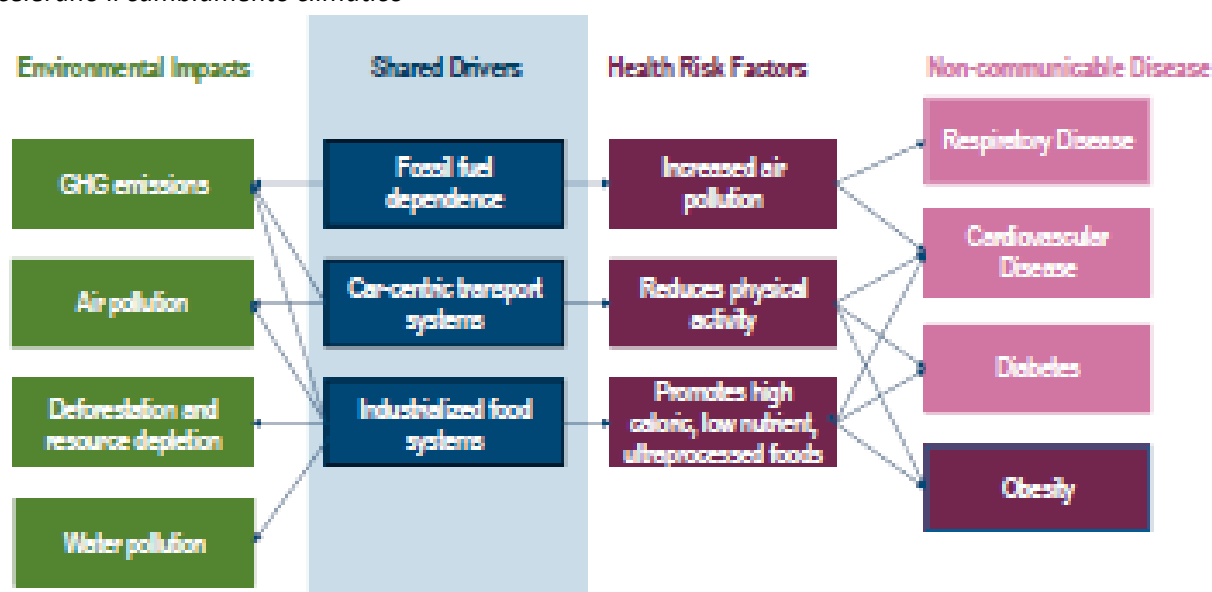
- I Paesi OCSE hanno avuto maggiori probabilità di aver implementato politiche normative che hanno un impatto sulla salute nei settori dei trasporti e dell'energia (82%) rispetto al settore alimentare (53%). Gli incentivi finanziari per passare a scelte più salutari erano analogamente più comuni nei trasporti (76%) e nell'energia (88%) rispetto al settore agroalimentare. La maggior parte dei paesi intervistati ha segnalato l'implementazione di politiche basate sull'informazione in tutti e tre i settori, sebbene queste fossero anche più frequenti nei settori dei trasporti e dell'energia (88%) rispetto al settore agroalimentare e agricolo (65%).

- Nei settori alimentare, dei trasporti e dell'energia, i paesi hanno l'opportunità di adottare politiche che contribuiscano a dare priorità alla salute delle persone e del pianeta. Queste includono: o Diete sostenibili: oltre tre quinti (63%) dei paesi OCSE includono considerazioni di sostenibilità ambientale nelle proprie linee guida alimentari. Eppure pochi forniscono indicazioni chiare ai consumatori su come passare a un consumo alimentare a basse emissioni di carbonio. Le politiche dei paesi che collegano esplicitamente

nutrizione, sostenibilità e considerazioni climatiche, tra cui Belgio e Danimarca, potrebbero fungere da modello per altri che cercano di trasformare la sostenibilità dei propri sistemi alimentari. Altri paesi si sono impegnati a incoraggiare l'adozione di comportamenti più sani abbassando il prezzo di alimenti più salutari. In Canada e Irlanda, la legislazione urbanistica ha contribuito a creare ambienti alimentari più sani, vietando i punti vendita di alimenti non salutari in determinate località.

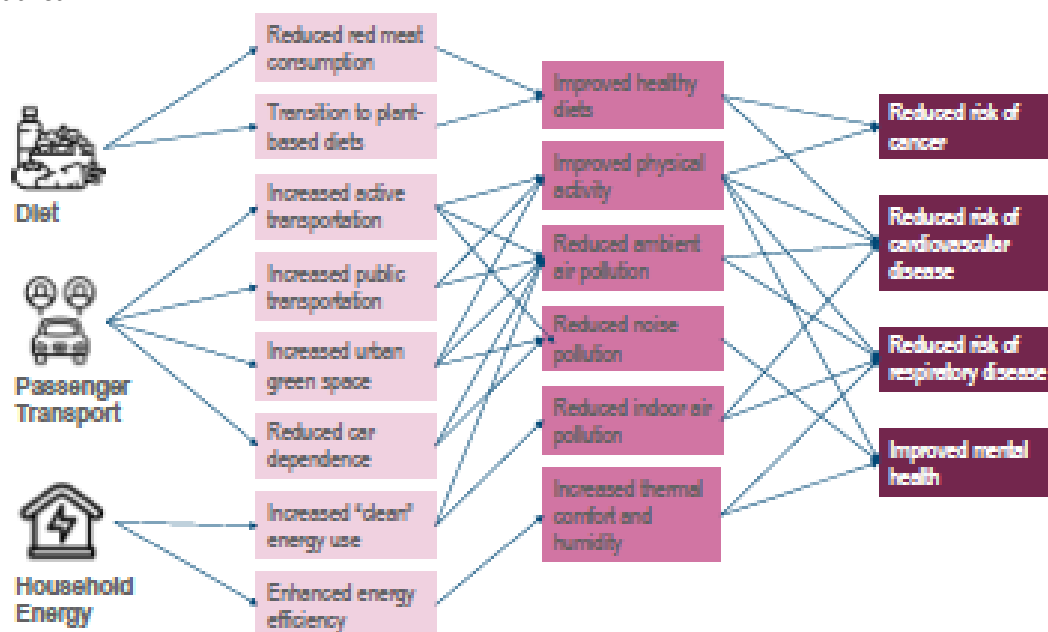
- **Trasporti sostenibili:** investimenti in infrastrutture e incentivi finanziari, come lo sviluppo di superstrade ciclabili e reti ciclabili in Danimarca e nei Paesi Bassi, possono aumentare significativamente l'adozione di opzioni di trasporto attivo. Alcuni Paesi, tra cui Germania e Lussemburgo, hanno iniziato a erogare sussidi per l'utilizzo del trasporto pubblico per incoraggiare le persone ad abbandonare l'uso dei veicoli privati per gli spostamenti che potrebbero essere effettuati con i mezzi pubblici.
- **Uso sostenibile dell'energia:** i Paesi hanno anche assistito a una forte evoluzione verso la promozione di ambienti energetici residenziali sostenibili e sani, inclusa l'eliminazione graduale delle fonti energetiche inquinanti per uso domestico attraverso misure normative e legali. Ad oggi, il 53% dei Paesi OCSE ha completato l'eliminazione graduale del carbone o si è impegnato in piani di eliminazione graduale completa, che vanno dal Belgio (2017) al Cile (2040). Altri, tra cui Repubblica Ceca, Estonia, Polonia, Repubblica Slovacca, Canada e Svezia, hanno offerto incentivi finanziari per sostenere la transizione verso un approvvigionamento energetico residenziale sostenibile. I paesi hanno anche adottato servizi di consulenza per aiutare i consumatori a comprendere meglio il consumo energetico domestico e i metodi per ridurlo, tra cui Canada e Svezia.
- Nonostante i progressi, i paesi OCSE rimangono ostacolati dall'assenza di una rendicontazione standardizzata e armonizzata sulle emissioni e sui risultati sanitari, rendendo difficile condurre valutazioni integrate complete e dare priorità alle azioni politiche in modo efficace all'interno dei contesti nazionali. Mentre sono in corso gli sforzi per adottare un approccio multisettoriale, la mancanza di un quadro unificato per la misurazione e la rendicontazione dei benefici collaterali per la salute e il clima continua a bloccare i progressi, limitando la possibilità di ampliare l'azione politica basata sull'evidenza.

Figura 4.1. I principali fattori che determinano le malattie non trasmissibili sono anche le forze che accelerano il cambiamento climatico



Source: Author's compilation of literature.

Figura 4.2. Percorsi per raggiungere risultati positivi in termini di salute e clima attraverso politiche di sanità pubblica



https://www.oecd.org/en/publications/decarbonising-health-systems-across-oecd-countries_5ac2b24b-en.html

quotidiano**sanità**.it

Nella proposta del PD sulla sanità e nella critica 5 Stelle manca un continente: la cura

Francesco Bottaccioli, *Fondatore e presidente onorario della Società Italiana di Psiconeuroendocrinoimmunologia (SIPNEI)*

03 SET - Gentile Direttore,

ho letto con interesse il [documento del PD](#) sulla Sanità, [l'intervista](#) a Marina Sereni e la [critica](#) di Ivan Cavicchi, pubblicati su QS. Propongo alcune considerazioni per approfondire il dibattito su un terreno che entrambi gli autori hanno evitato di affrontare, ma che, a mio avviso, è la radice della questione sanità: quello delle caratteristiche contemporanee della cura. Mi si consentano, tuttavia, alcune considerazioni preliminari nel merito dei testi detti.

Cavicchi ha fatto bene, a mio avviso, a ricordare a Sereni le responsabilità del PD quando ha avuto la possibilità di governare. È incontrovertibile che la gestione PD della sanità nazionale non ha contrastato, anzi, ha proseguito la tendenza neoliberista berlusconiana al sottofinanziamento del settore pubblico, alla crescita del privato e, al tempo stesso, all'appiattimento sul pensiero farmaco-centrico dominante. La bozza del PD e le parole di Sereni cercano di introdurre elementi innovativi sul ruolo dei trattamenti terapeutici multidisciplinari non farmacologici, sul ruolo dello psicologo, sulla prevenzione territoriale, ma, in assenza di una esplicita autocritica rispetto al modello e alla pratica precedenti, queste scarse aperture appaiono poco credibili. Con il rischio che, a livello di opinione pubblica, la differenza con la destra venga percepita semplicemente sulla quantità di denaro da stanziare per la sanità. Una proposta economicista che ha il fiato corto e che verrà demolita, in campagna elettorale, dalla manipolazione comunicativa meloniana.

La critica di Cavicchi cerca di individuare la radice dell'errore del PD e della sinistra in generale e di proporre "una via di uscita". Debbo dire che l'articolo non era stringente su questo punto e allora ricorriamo al libro dall'Autore: "Articolo 32. Un diritto dimezzato". Il libro è aperto da una Prefazione di Giuseppe Conte, dove egli traduce in politica la via di uscita di Cavicchi, "accettando di stringere (con l'Autore, evidentemente) una preziosa alleanza per restituire al diritto alla salute la sua vocazione fondamentale e universale" (p.6). Diritto che sarebbe stato perso negli ultimi 50 anni -dice Conte citando Cavicchi- dimenticando che la istituzione del servizio sanitario nazionale è del 1978. Non sono ancora 50 anni ed è evidente che quella legge di riforma è stata un salto in avanti spettacolare in termini pratici e di valori (universalismo e gratuità delle cure). Quindi, semmai questo diritto si sarebbe perso in tempi un po' più vicini, direi con la svolta neoliberalista, che ha travolto e ha cambiato pelle alla sinistra, cui cerca di rimediare la contro svolta di Schlein.

Resta il fatto, scrive Cavicchi, che la radice dell'errore starebbe proprio nella Costituzione, nell'art. 32 (quello che, inopinatamente, secondo il ragionamento di Cavicchi, ha ispirato la riforma del 1978), che esprimerebbe una contraddizione intrinseca: vorrebbe tutelare la salute senza considerare l'ambiente e l'economia. Da qui l'errore di riferirsi alla salute in termini medici. Per rafforzare la sua tesi, Cavicchi fa notare che *salus* significa "incolumità, integrità, salvezza, non vuol dire salute" (ibidem, p.50). Per questo, l'art.32 andrebbe riscritto da "La Repubblica tutela la salute" in "La Repubblica tutela l'incolumità e l'integrità". Ma a ben vedere, *Salus* è una dea romana che è raffigurata seduta, che dà da mangiare a un serpente, che, come è noto, è il simbolo della medicina. La salute, quindi, non è separabile dalla medicina intesa come cura. Del resto, siamo essere transitori, bisognosi di manutenzione e cura, anche nella ipotetica "società armonica" senza contraddizioni, vagheggiata da Cavicchi.

Viviamo in un'epoca ipertecnologica e iperspecialistica, nella quale convivono forme spettacolari d'intervento sull'organismo umano (biotecnologie, ingegneria genetica, trapianti) con un diffuso analfabetismo sugli aspetti di fondo della regolazione del benessere e della salute. Questo analfabetismo contemporaneo riguarda le persone, ma anche gli operatori della salute, che vivono la contraddizione tra l'aumento delle conoscenze scientifiche e la riduzione del campo di indagine e di intervento terapeutico, ingabbiato in ambiti superspecialistici.

L'effetto è una massiccia proletarizzazione degli operatori sanitari e una meccanizzazione delle terapie. Fenomeni che diventeranno notevoli con il progredire della rivoluzione tecnologica basata sulla Intelligenza artificiale. Proletari come merce a disposizione delle aziende pubbliche e private, che li acquistano a gettone, ma soprattutto come deficitari di conoscenza e di autonomia professionale, che distrugge il desiderio che è al fondamento della professione sanitaria: prendersi cura dell'altro usando la scienza e l'empatia umana. Credo che non sia possibile alcun cambiamento nella sanità, se non si prende di petto il tema dei fondamenti scientifici della cura, strettamente connessi ai fondamenti dell'economia e dell'ambiente sociale e fisico. La conoscenza scientifica su cui si basa il bagaglio teorico-pratico a disposizione degli operatori sanitari è di tipo riduzionista. Tre sono le idee fondamentali che storicamente hanno guidato la ricerca, la clinica e l'insegnamento: 1) le malattie, che sono di regola fenomeni complessi, hanno, secondo il paradigma dominante, determinanti semplici, come i geni, le singole molecole e i recettori, indagati applicando la logica lineare di causa-effetto; 2) la psiche non può influenzare la biologia e quindi non è un fattore di salute né tantomeno di terapia; 3) l'alimentazione, l'attività fisica e il vivere in un ambiente sociale competitivo e diseguale, oltre che inquinato e tossico, non sono fattori biologici di prima grandezza, al massimo, alcuni di loro possono svolgere un ruolo sussidiario. Conseguentemente, la ricerca fisiopatologica è centrata su singoli geni e molecole e quella terapeutica sui farmaci che, quindi, assieme alla chirurgia, hanno il dominio assoluto della cura dell'essere umano, che viene frantumato in una miriade di specializzazioni mediche.

La cronicizzazione delle patologie e i rilevanti costi economici delle cure specialistiche sono anche il frutto del paradigma riduzionista e della conseguente trasmissione del sapere.

La ricerca scientifica contemporanea, in realtà, documenta nell'essere umano la interdipendenza tra sistemi biologici e sistemi psichici e, al tempo stesso, traccia le vie con cui l'inquinamento ambientale, il cambiamento climatico e lo status sociale dei singoli e dei gruppi entrano nell'organismo modificandone l'omeostasi. Questa innovativo approccio scientifico, riassunto nella Psiconeuroendocrinoimmunologia, che sta permeando settori crescenti della ricerca fisiopatologica, consente di vedere con occhi nuovi le malattie contemporanee e di prospettare approcci preventivi e di cura basati sulla integrazione strutturale tra medicina e psicologia, che utilizza un ventaglio di strumenti non solo farmacologici.

In conclusione: senza una nuova scienza che orienti una nuova cura, che integri medicina e psicologia e che quindi alimenti un rinnovato slancio degli operatori sanitari e dei cittadini e una rinnovata fiducia e partecipazione nella produzione della conoscenza scientifica, le pur giuste richieste economiche e le pur stimolanti riflessioni giuridico-sociologiche non riusciranno a battere la propaganda della destra, che si fonda sul qualunquismo culturale e sulla fuga nei miti dell'anti-scienza.

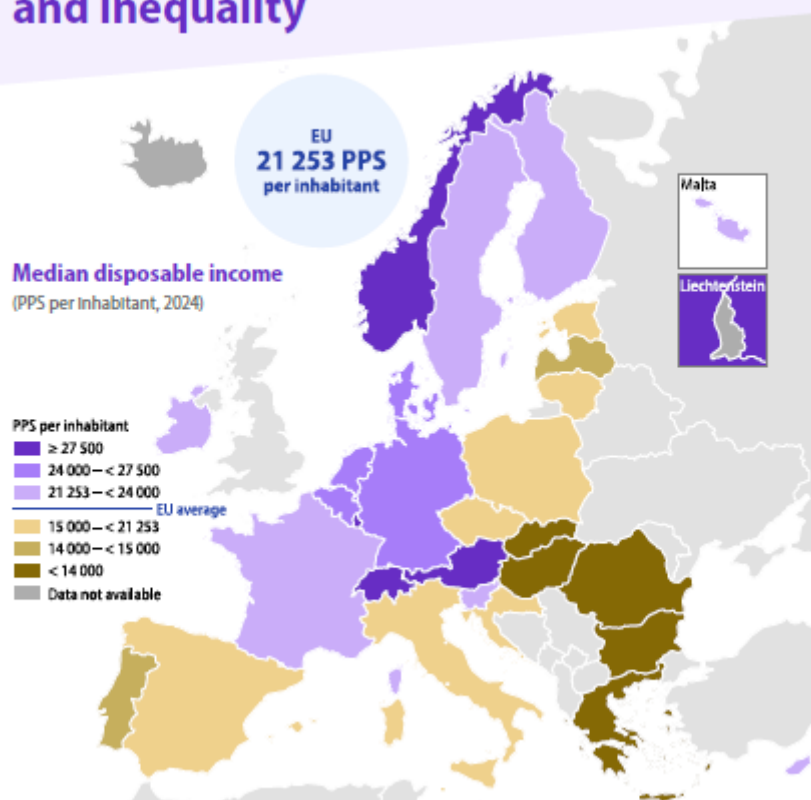
https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=131654



Contents

Foreword	3
Introduction	6
Income and inequality	9
Income distribution and inequality	10
People at risk of poverty or social exclusion	13
Severe material and social deprivation	20
Economic strain	25
Subjective poverty	31
Households, work intensity and childcare	33
Household conditions	34
Work intensity	37
Childcare arrangements	43
Health, disability, well-being and discrimination	46
Health	47
Disability	54
Well-being and trust in others	60
Self-perceived discrimination	64

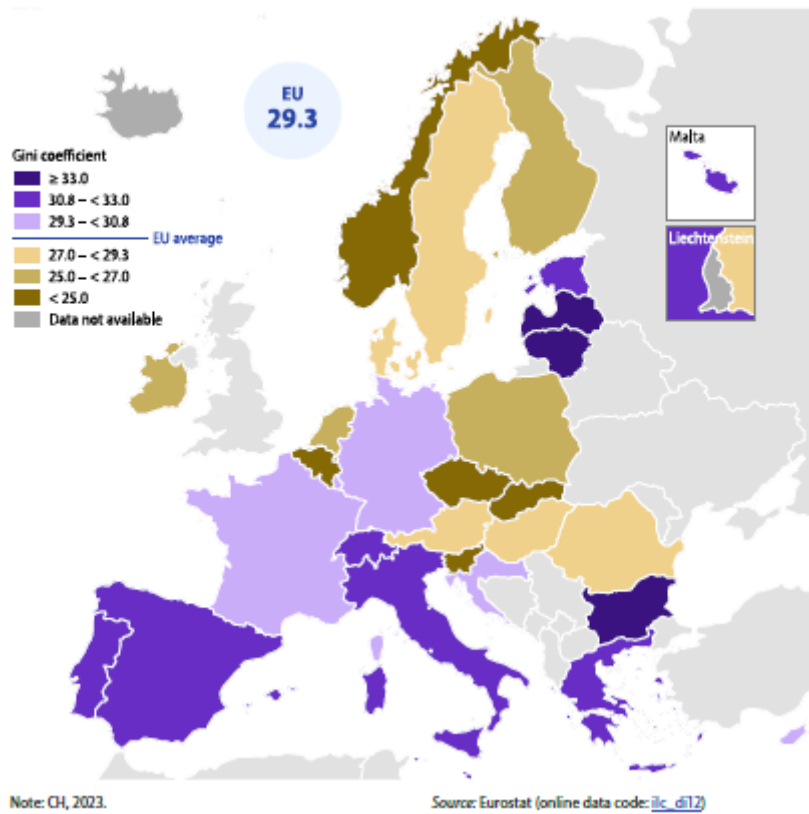
Income distribution and inequality



Note: CH, 2023.

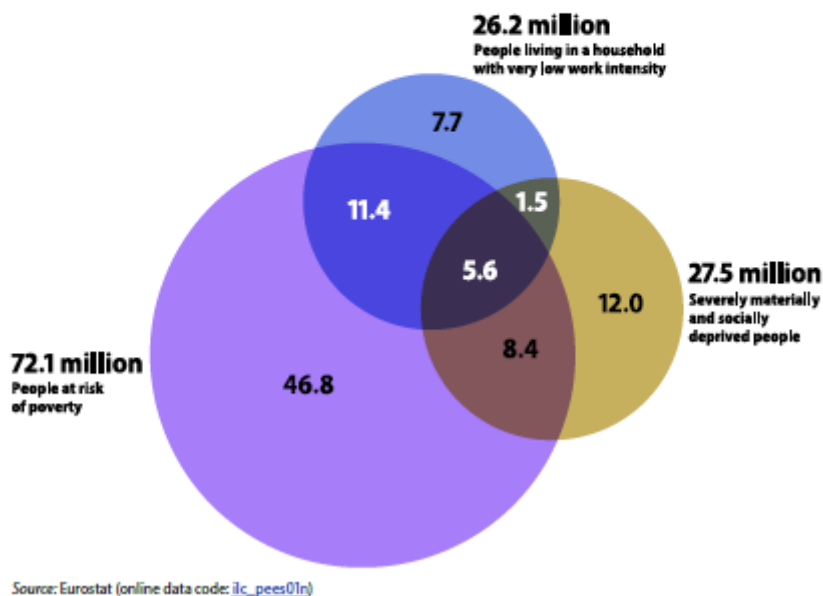
Source: Eurostat (online data code: [ic_di03](#))

Gini coefficient for equivalised disposable income per inhabitant (scale from 0 to 100, 2024)



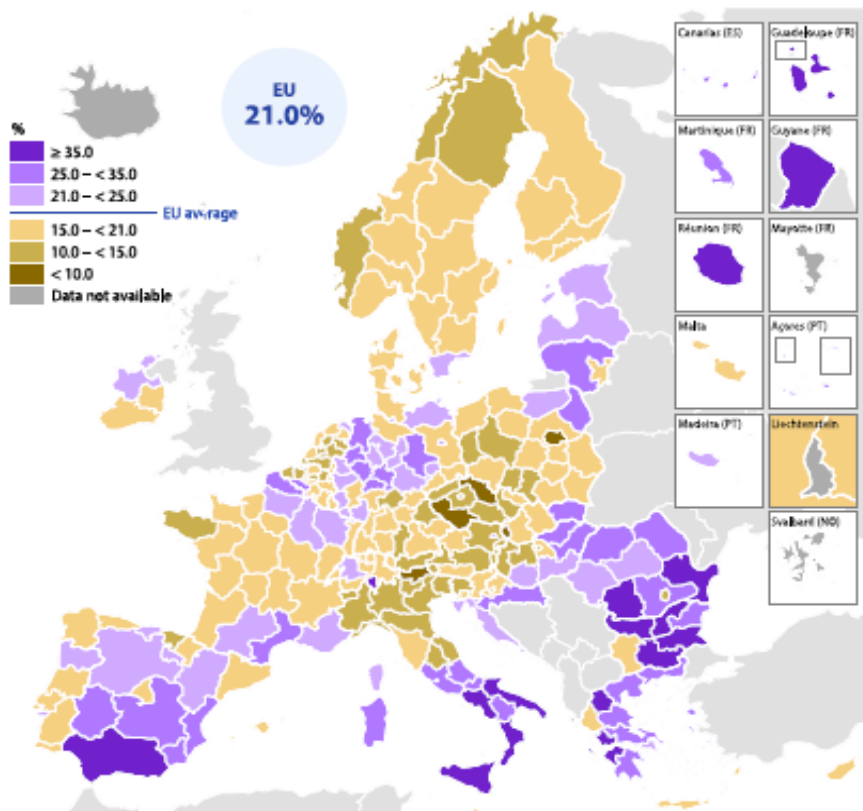
People at risk of poverty or social exclusion

People at risk of poverty or social exclusion, by type of risk (million, EU, 2024)



People at risk of poverty or social exclusion, by NUTS 2 regions

(% of total population, 2024)

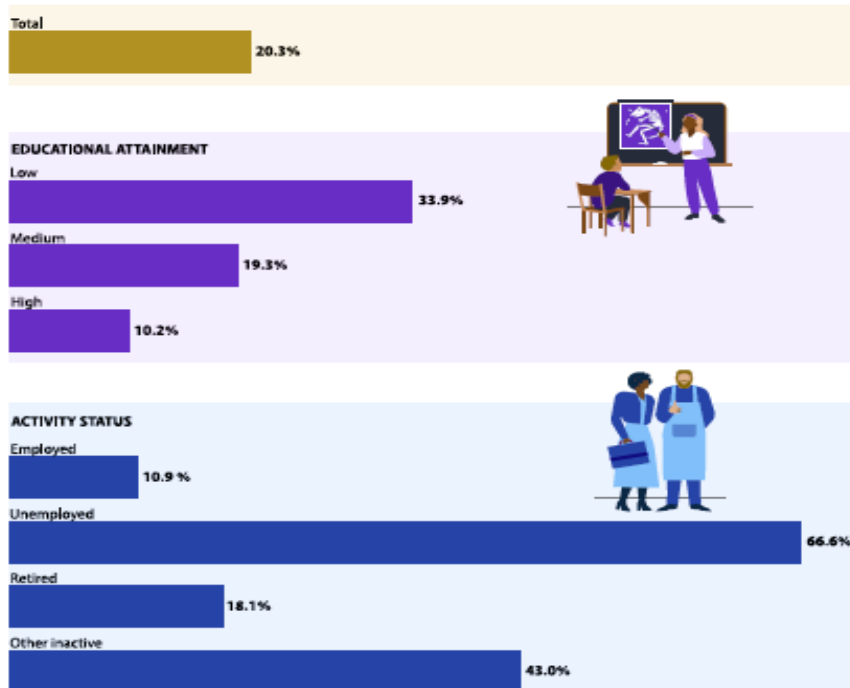


Note: Länsi-Suomi (FI19) and Åland (FI20) are aggregated (same value for both regions). CH, 2023.

Source: Eurostat (online data codes: [ilc_peps11n](#) and [ilc_peps01n](#))

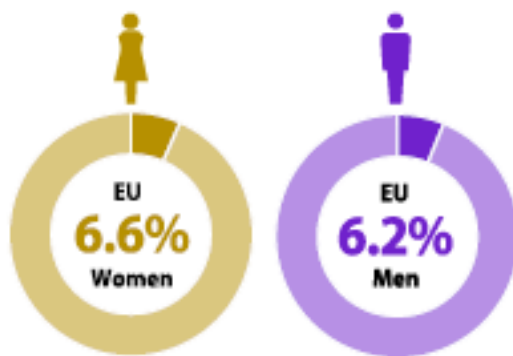
People at risk of poverty or social exclusion, by educational attainment and activity status

(% of population aged 18 or over in respective category, EU, 2024)



Note: the category of other economically inactive people includes all people outside the labour force apart from retired people.

Source: Eurostat (online data codes: [ilc_peps01n](#), [ilc_peps04n](#) and [ilc_peps02n](#))



In 2024, Romania (17.2%), Bulgaria (16.6%) and Greece (14.0%) recorded notably higher severe material and social deprivation rates than in other EU countries. The lowest rate was 1.8% in Slovenia.

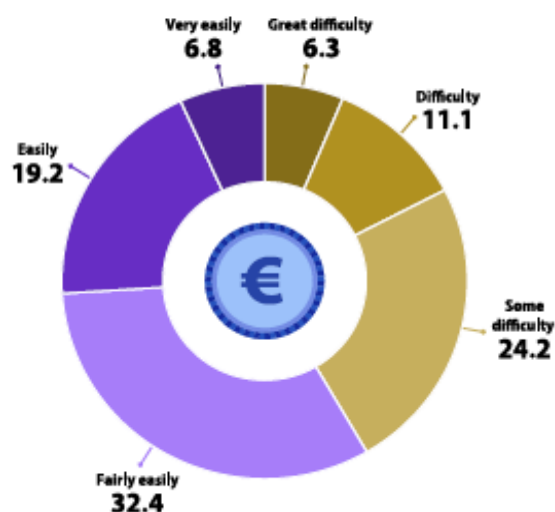
In all but 6 EU countries, the severe material and social deprivation rate was higher for women than for men. In Slovakia and Sweden, the rates were the same for both sexes. In the Netherlands, Cyprus, Germany and Italy, the rates for men were higher than the rates for women. In relative terms, the largest gender differences were observed in Malta and Luxembourg.

Economic strain

Ability of people to make ends meet

(% of total population, EU, 2024)

In 2024, 17.4% of all households in the EU experienced difficulty or great difficulty to [make ends meet](#). At the other end of the range, 26.0% of all households were able to make ends meet very easily or easily. The share of households making ends meet fairly easily or with some difficulty was collectively 56.6%.

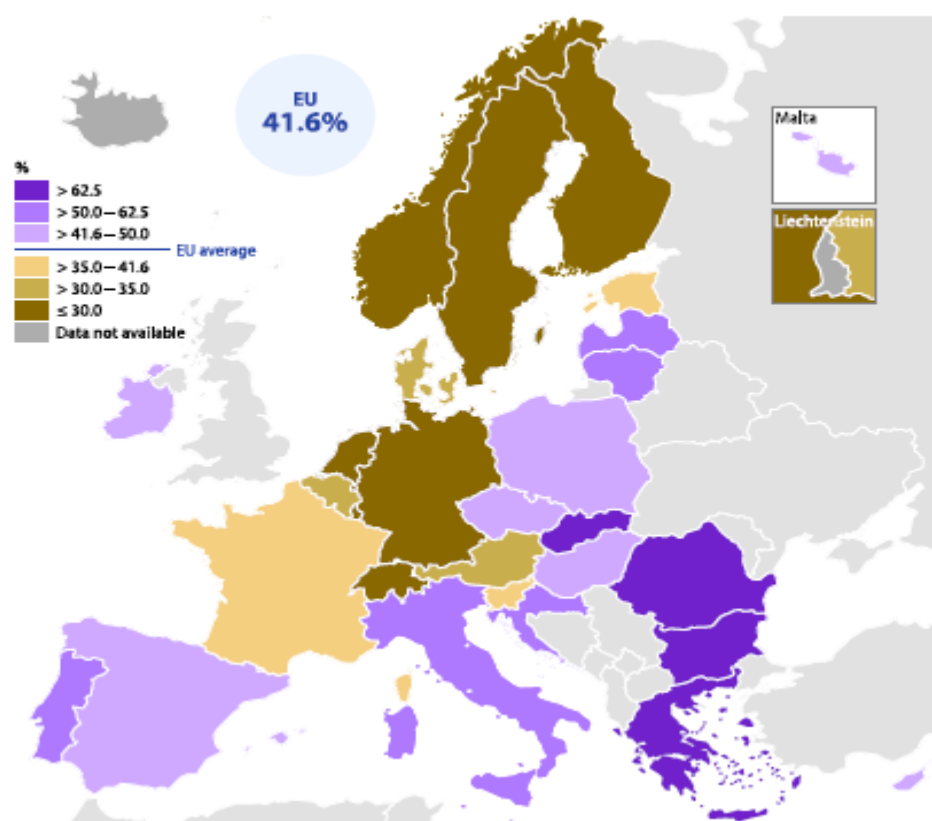


Source: Eurostat (online data code: [ilc_mdex09](#))



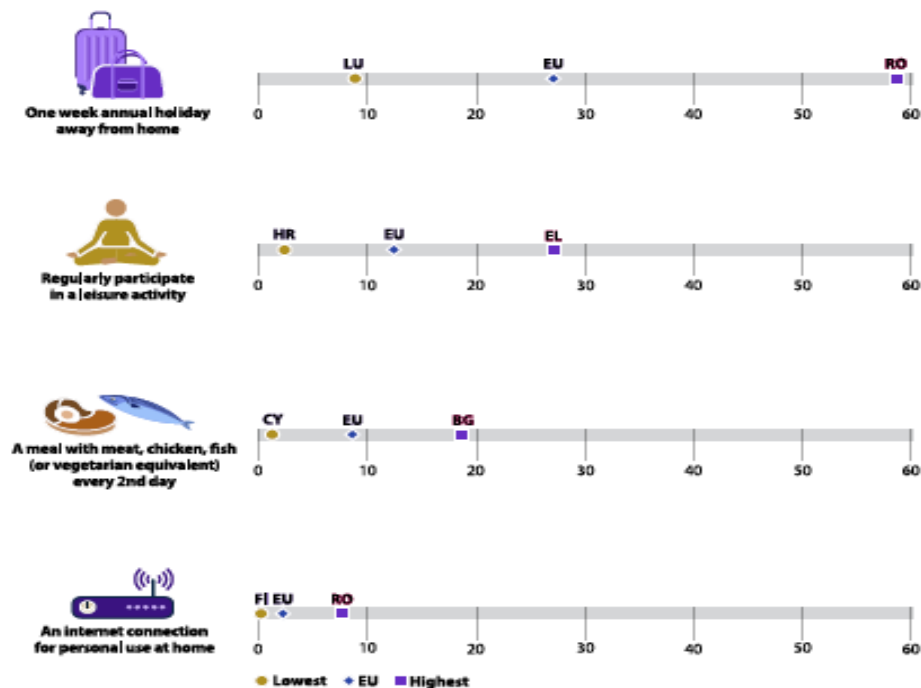
People having at least some difficulty to make ends meet

(% share of total population, 2024)



People unable to pay for selected items

(% share of total population, 2024)

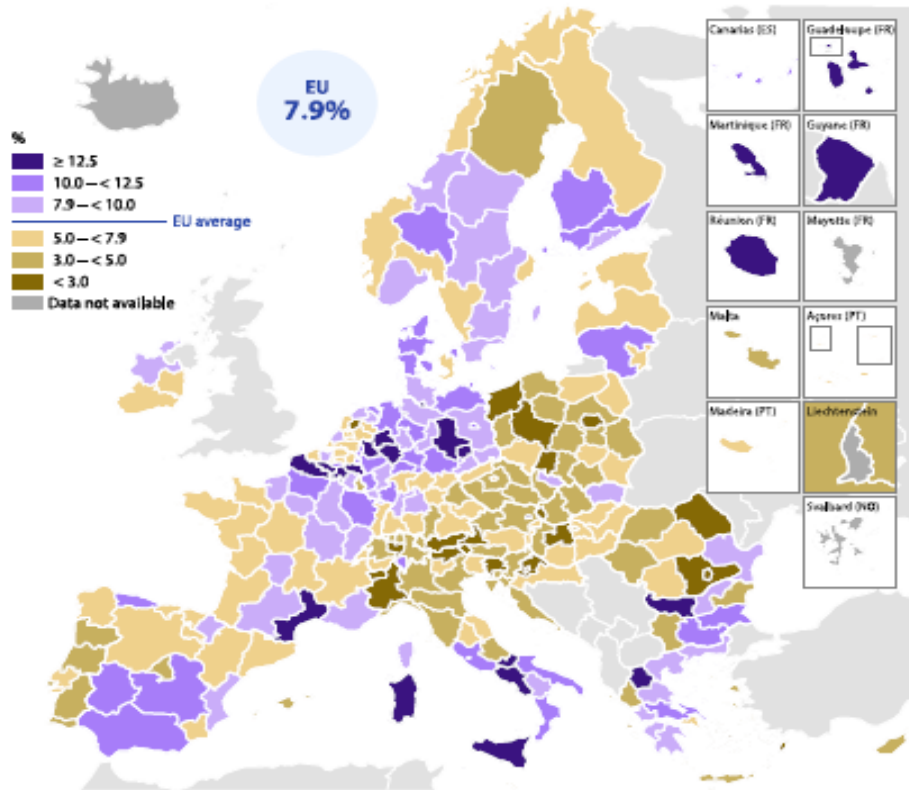


Note: for each expenditure item, the figure shows the share for the EU average as well as for the EU countries with the lowest and highest shares.

Source: Eurostat (online data codes: [ilc_mdcs02](#), [ilc_mdcs11a](#), [ilc_mdcs03](#) and [ilc_mddu07a](#))

People living in households with very low work intensity, by NUTS 2 regions

(% of population younger than 65, 2024)

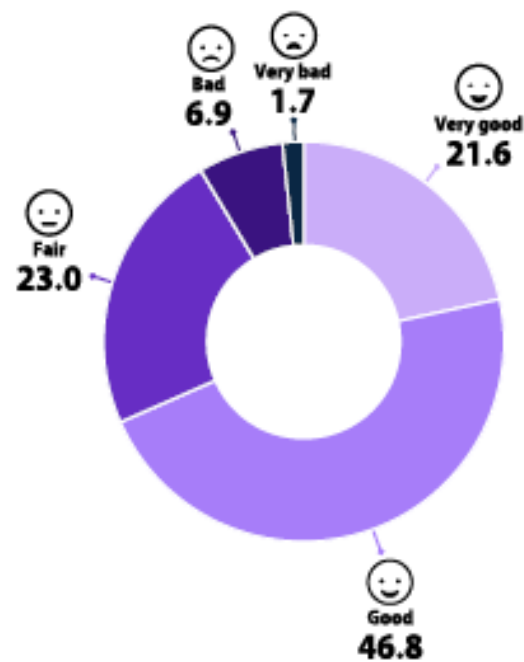


Note: Länsi-Suomi (FI19) and Åland (FI20) are aggregated (same value for both regions). CH: 2023.

Source: Eurostat (online data code: [ilc_lvh21n](#))

Self-perceived health

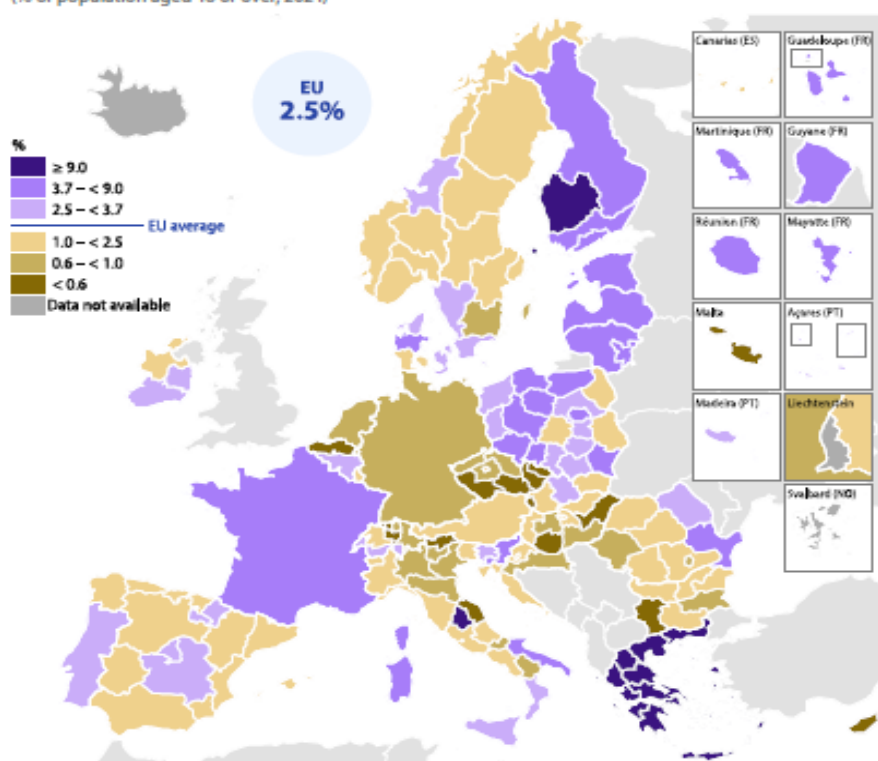
(% of population aged 16 or over in respective category, EU, 2024)



Source: Eurostat (online data code: [hlth_silc_10](#))

People reporting unmet needs for medical examination, by NUTS 2 regions

(% of population aged 16 or over, 2024)

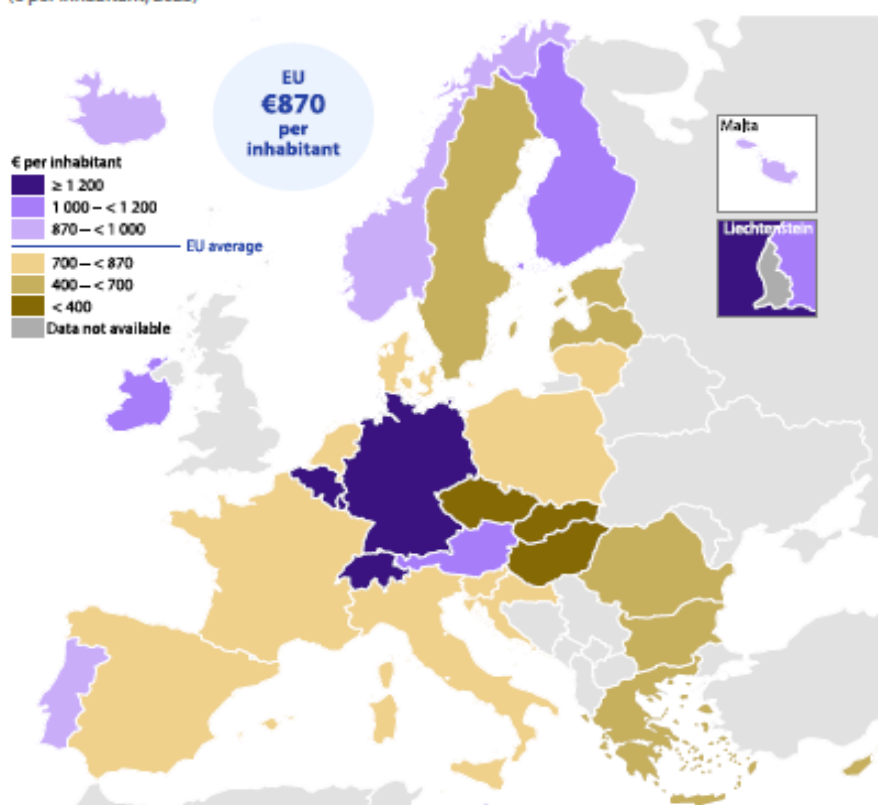


Note: DE, FR, NL, AT and PT: national data. BE: NUTS level 1. Länsi-Suomi (FI19) and Åland (FI20) are aggregated (same value for both regions). CH, 2023.

Source: Eurostat (online data codes: [hlth_silc_08_r](#) and [hlth_silc_08](#))

Household expenditure on health

(€ per inhabitant, 2023)



Note: EL, HR, LU, PL, RO, SK, FI, IS, NO and CH, based on COICOP 1999 rather than COICOP 2018. PT, RO and CH, 2022.

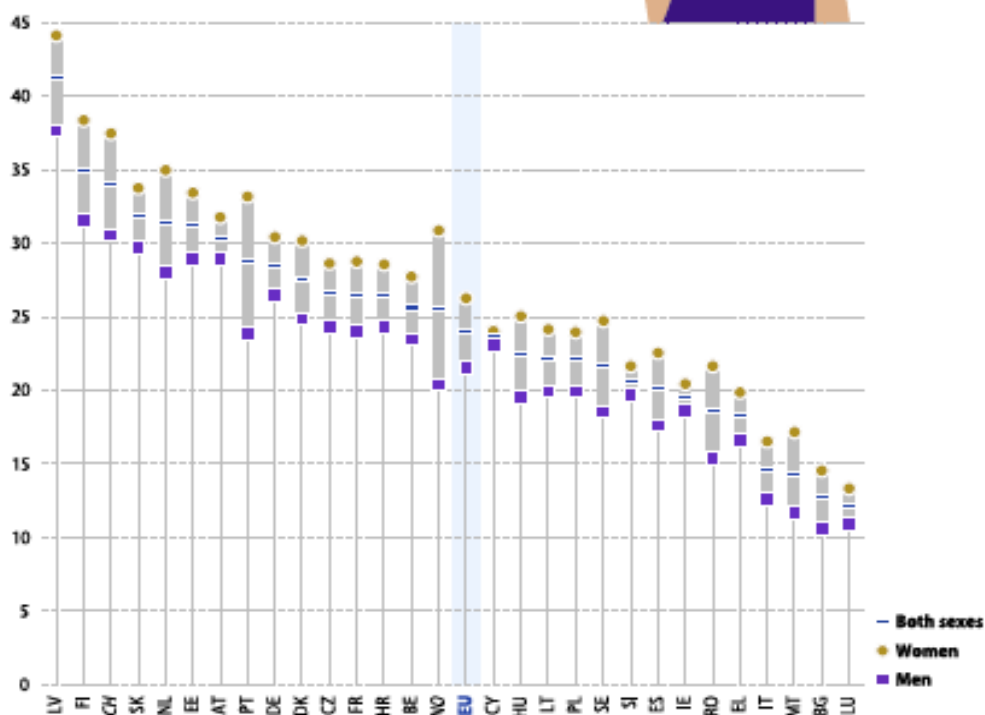
Source: Eurostat (online data codes: [nama_10_cp18](#) and [nama_10_co3_p3](#))

Disability



People with disabilities, by sex

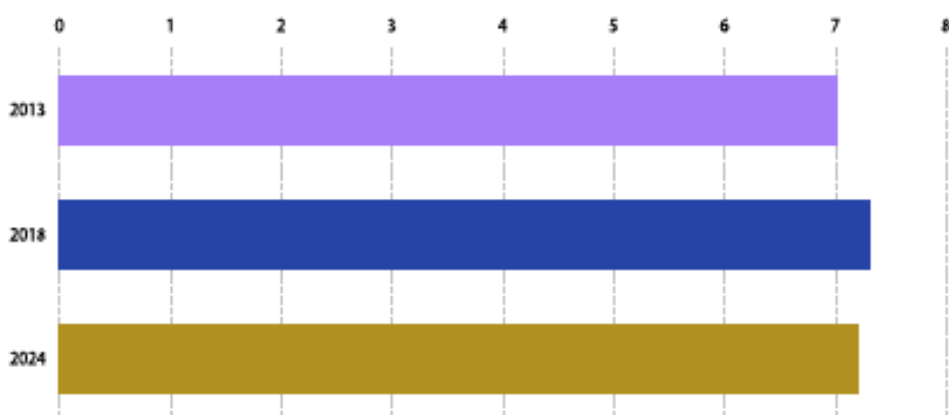
(% of population aged 16 or over in respective category, 2024)



Well-being and trust in others

Average rate of overall satisfaction

(rating from 0 (low) to 10 (high), people aged 16 or over, EU, 2013, 2018 and 2024)



Note: 2013, low reliability.

Source: Eurostat (online data code: [ilc_pw01](#))

<https://ec.europa.eu/eurostat/>



Contents

Foreword.....	iv
Acknowledgements.....	v
Abbreviations.....	vi
Executive summary.....	viii
Introduction.....	1
Albania.....	24
Armenia.....	42
Georgia.....	62
Ireland.....	88
Malta.....	108
Norway.....	128
Republic of Moldova.....	146
Romania.....	170
Tajikistan.....	188
Conclusions.....	211
Annex 1.....	214

Sintesi esecutiva

In tutta la Regione Europea dell'OMS, la mobilità internazionale degli operatori sanitari e assistenziali è in aumento, influenzata da cambiamenti demografici, disparità salariali, diverse opportunità di carriera e persistente carenza di personale sanitario.

Nonostante la crescita complessiva del numero di operatori sanitari nella Regione nell'ultimo decennio (aumento della densità del 20% per i medici, dell'8% per gli infermieri, del 2% per le ostetriche, del 17% per gli odontoiatri e del 21% per i farmacisti), la domanda continua a superare l'offerta, poiché l'invecchiamento del personale, il burnout e le cattive condizioni di lavoro determinano un tasso di abbandono.

Se da un lato la migrazione internazionale può creare opportunità per i singoli operatori sanitari e contribuire a rafforzare i sistemi sanitari in difficoltà, dall'altro pone anche serie sfide per i Paesi che stanno perdendo capacità di forza lavoro critica, in particolare quelli che già affrontano pressioni demografiche e risorse limitate.

Nella Regione Europea dell'OMS, la migrazione aggrava ulteriormente questa crisi poiché molti lavoratori si spostano da Paesi a basso reddito a Paesi ad alto reddito in cerca di migliori opportunità, lasciando i Paesi di origine con sistemi indeboliti, mentre i Paesi di destinazione diventano sempre più dipendenti da personale formato all'estero.

Con forti disparità tra gli Stati membri e al loro interno, soprattutto nelle aree rurali e svantaggiate, si prevede che la Regione dovrà far fronte a una carenza di quasi 950.000 operatori sanitari entro il 2030, rendendo urgenti la fidelizzazione, l'equa distribuzione e la gestione della migrazione.

Quello che un tempo era percepito come un movimento unidirezionale da sud a nord si è evoluto in una complessa e dinamica rete di mobilità attraverso confini e regioni.

La migrazione include ora trasferimenti a lungo termine, contratti a breve termine, modelli circolari e persino spostamenti transfrontalieri giornalieri.

Queste tendenze possono influire sulla capacità dei sistemi sanitari nazionali di pianificare e trattenere una forza lavoro sostenibile, in particolare nei paesi che registrano deflussi su larga scala.

Le pressioni sono particolarmente acute nei sistemi sanitari con risorse inferiori e in quelli che già si occupano di una forza lavoro che invecchia (in alcuni paesi, oltre il 40% dei medici ha più di 55 anni). In questo contesto, il presente rapporto offre un'analisi tempestiva e completa della mobilità della forza lavoro sanitaria a livello regionale e nazionale.

Basandosi sui dati dettagliati del "Questionario congiunto OCSE [Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico]/Eurostat/OMS-Europa [Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa] sulle statistiche sanitarie non monetarie" e dei Conti nazionali del personale sanitario, il rapporto fornisce un'ampia panoramica regionale, integrata da nove casi di studio nazionali.

Questi casi di studio – che riguardano Albania, Armenia, Georgia, Irlanda, Malta, Norvegia, Repubblica di Moldavia, Romania e Tagikistan – illustrano la diversità dei flussi migratori e mettono in luce le risposte politiche in tutta la regione.

Risultati regionali chiave

La migrazione della forza lavoro sanitaria nella regione è aumentata:

- tra il 2014 e il 2023, il numero (stock) di medici formati all'estero è cresciuto del 58% e per gli infermieri del 67% nei paesi che hanno riportato i dati;
- Germania e Regno Unito hanno rappresentato il 62% della crescita dei medici formati all'estero e l'88% della crescita degli infermieri formati all'estero durante questo periodo;
- tra il 2012 e il 2023, l'afflusso annuale nella regione è aumentato di quasi tre volte per i medici e di quasi cinque volte per gli infermieri;
- nel periodo 2012-2023, la crescita del numero di medici formati all'estero è stata evidente in tutte le sottoregioni europee, ma in particolare nelle sottoregioni dell'Europa settentrionale e dell'Europa occidentale; e
- la crescita degli afflussi annuali è stata particolarmente elevata nel Regno Unito con un aumento di quasi quattro volte per i medici e di due volte per gli infermieri tra il 2015 e il 2023.
- Il 60% dell'afflusso annuo totale di medici e il 72% degli infermieri sono stati formati al di fuori della Regione Europea. Tuttavia:
 - questo è stato determinato da un piccolo sottoinsieme di paesi: Regno Unito, Spagna, Germania, Irlanda e Francia per i medici, e Regno Unito, Germania e Irlanda per gli infermieri;
 - nella maggior parte (degli altri) singoli paesi, tutti o la maggior parte dei medici e degli infermieri formati all'estero in arrivo sono stati formati all'interno della Regione;

- quasi tutti i recenti afflussi di medici nei paesi della sottoregione dell'Europa orientale sono stati formati in altri Stati membri della stessa sottoregione. Gli Stati membri della sottoregione dell'Europa orientale e meridionale continuano a essere i principali fornitori di operatori sanitari per le altre sottoregioni europee:
- gli afflussi di medici e infermieri nella sottoregione dell'Europa occidentale includevano un numero relativamente elevato di medici e infermieri formati nella sottoregione dell'Europa meridionale;
- gli Stati membri della sottoregione dell'Europa orientale e meridionale continuano a essere i principali fornitori di operatori sanitari per le sottoregioni dell'Europa occidentale e settentrionale;
- del totale delle migrazioni all'interno della Regione Europea dell'OMS, il 52% dei medici proveniva dall'Europa orientale e il 62% degli infermieri dalle sottoregioni dell'Europa meridionale e orientale; gli Stati membri nelle sottoregioni dell'Europa occidentale e settentrionale fanno grande affidamento sulla forza lavoro sanitaria formata all'estero:
- in ordine decrescente, Cipro (94%), Israele (59%), Norvegia (44%), Irlanda (43%) e Svizzera (40%) hanno le percentuali più elevate di medici formati all'estero; e
- in ordine decrescente, Irlanda (52%), Svizzera (27%) e Regno Unito (23%) hanno le percentuali più elevate di infermieri formati all'estero. La lingua e la prossimità geografica sono fattori significativi nell'influenzare i modelli migratori:
- nel 2023, la Germania era il principale paese di origine dei medici formati all'estero che lavoravano in Austria, Bulgaria e Svizzera;
- la Repubblica di Moldavia era il principale paese di origine dei medici formati all'estero in Romania, e i medici formati in Romania costituivano la percentuale maggiore di medici formati all'estero in Ungheria;
- Sono stati osservati modelli simili tra Portogallo e Spagna e tra i paesi nordici.

Azioni politiche

In linea con il codice di condotta globale dell'OMS sul reclutamento internazionale del personale sanitario e con il Quadro d'azione sulla forza lavoro sanitaria e assistenziale nella regione europea dell'OMS 2023-2030, il rapporto richiede otto azioni chiave per gestire meglio la migrazione della forza lavoro sanitaria:

1. rafforzare la sostenibilità e l'autosufficienza della forza lavoro riducendo la dipendenza dal reclutamento internazionale e investendo nell'istruzione e nella pianificazione nazionali;
2. migliorare le strategie di fidelizzazione, inclusi stipendi competitivi, migliori condizioni di lavoro e strutture di carriera, supporto alla salute mentale della forza lavoro e incentivi per la forza lavoro rurale;
3. allineare la formazione e l'istruzione dei professionisti sanitari alle esigenze sanitarie della popolazione nazionale e ai futuri modelli di servizio;
4. promuovere pratiche di reclutamento internazionale etiche attraverso accordi bilaterali trasparenti ed equi con i paesi di origine;
5. migliorare la raccolta e il monitoraggio dei dati, inclusi i flussi migratori, le tendenze degli studenti internazionali e i modelli di emigrazione;
6. consentire ambienti di lavoro inclusivi che promuovano la parità di trattamento e la non discriminazione del personale sanitario migrante;
7. migliorare l'adozione del codice di condotta globale dell'OMS sul reclutamento internazionale del personale sanitario, inclusa la partecipazione attiva ai meccanismi globali di segnalazione e tutela;
8. sostenere la ricerca collaborativa per informare le politiche con solide evidenze sui diversi tipi di migrazione e sui loro impatti; e
9. facilitare il dialogo e la cooperazione regionale, riconoscendo l'interconnessione del mercato del lavoro sanitario europeo.

Conclusione

La migrazione del personale sanitario è ora una forza determinante che plasma la capacità e l'equità del sistema sanitario nella regione europea dell'OMS.

La crescente mobilità di medici e infermieri riflette tendenze più ampie nei mercati del lavoro, ma sottolinea anche la necessità di sviluppare e attuare politiche di fidelizzazione nei paesi di origine, migliorare l'autosufficienza nei paesi di destinazione e rafforzare l'applicazione del codice di condotta globale dell'OMS sul reclutamento internazionale del personale sanitario.

I casi di studio presentati in questo documento mostrano che l'adozione e l'attuazione pianificate di queste politiche possono avere un impatto sulla riduzione della migrazione e anche sul contributo alla fornitura di un'assistenza sanitaria equa e di alta qualità per tutti.

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1758179528.pdf>



Migranti. Please, non diventiamo mostri.

Richard Horton, Direttore di The Lancet

I partiti politici in Europa e negli Stati Uniti competono nelle loro offerte elettorali nel rendere normale l'incitamento all'odio contro i migranti. Questo tipo di opportunismo politico, che alimenta la rabbia pubblica e incita al disordine pubblico, fornisce terreno fertile per gli attivisti di estrema destra. Queste tattiche incendiarie hanno funzionato. Secondo i sondaggi, l'opinione pubblica considera l'immigrazione e l'asilo come le questioni più importanti che il Regno Unito deve affrontare, ben al di sopra dell'economia, del Servizio Sanitario Nazionale e della criminalità (1).

“Diventiamo tutti mostri quando la Storia ce ne offre l'opportunità”, scrive Olivier Norek nel suo romanzo su migranti e trafficanti, *“Tra due mondi”*. Una delle assurdità più maligne della rabbia politica e pubblica che circonda le migrazioni è che la mobilità umana è da sempre intrinseca a ciò che siamo. Chi vuole “fermare le imbarcazioni” nega una caratteristica fondamentale della nostra specie. Le prime popolazioni umane migrarono dall'Africa, incrociandosi con i Neanderthal in Medio Oriente e i Denisoviani nel sud-est asiatico. Queste migrazioni avvennero circa 50.000 anni fa. Recenti studi archeologici datano i movimenti umani in Africa ancora prima: 20.000 anni prima. Le popolazioni attraversarono l'Asia orientale e sud-orientale durante l'età del bronzo. E coloro che forse simpatizzano con le attuali politiche anti-migranti potrebbero ricordare la storia del loro paese, fatta di errabonda e violenta colonizzazione. Le sequenze dell'intero genoma delle popolazioni brasiliane, ad esempio, rivelano un complesso mix di origini indigene americane, europee e africane. La ricchezza del Nord del mondo deve molto alla tradizione nomade di sfruttamento del Sud del mondo.

Eppure i partiti politici in Europa e negli Stati Uniti competono nelle loro offerte elettorali nel rendere normale l'incitamento all'odio contro i migranti. Nel Regno Unito, la paura del partito Reform UK di Nigel Farage sta spingendo il Primo Ministro Keir Starmer e la leader dell'opposizione conservatrice Kemi Badenoch a considerare l'abbandono degli impegni di lunga data per i diritti dei rifugiati. “Il nostro Paese non è un dormitorio, è casa nostra... Diremo la dura verità sull'immigrazione”, ha dichiarato Badenoch all'inizio di quest'anno. Il mese scorso, il suo Ministro ombra della Giustizia, Robert Jenrick, ha etichettato coloro che attraversano la Manica come “spacciatori di droga, assassini e persino presunte spie”. Ha scritto di “uomini immigrati con opinioni retrograde”. Ha collegato i migranti a stupri, accoltellamenti e aggressioni sessuali. “Dobbiamo proteggere i nostri figli”, ha affermato Jenrick. Ha appoggiato coloro che protestavano fuori dagli “hotel per richiedenti asilo”. Questo tipo di opportunismo politico, che alimenta la rabbia pubblica e incita al disordine pubblico, fornisce terreno fertile per gli attivisti di estrema destra. Queste tattiche incendiarie hanno funzionato. Secondo i sondaggi, l'opinione pubblica considera l'immigrazione e l'asilo come le questioni più

importanti che il Regno Unito deve affrontare, ben al di sopra dell'economia, del Servizio Sanitario Nazionale e della criminalità.

La migrazione è una questione sanitaria, come ha chiarito la nostra Commissione UCL- *Lancet* su Migrazione e Salute nel suo primo rapporto del 2018 (un rapporto di follow-up della Commissione è in fase di elaborazione). Ibrahim Abubakar e i suoi colleghi hanno chiesto alle Nazioni Unite di nominare un Inviato Speciale per la Migrazione e la Salute. Tale proposta è stata ignorata. La Commissione ha inoltre invitato i governi nazionali a costituire degli osservatori a livello nazionale per la migrazione e la salute. Ancora una volta, pochi progressi. Volevamo che la migrazione diventasse una questione di benessere delle persone e non più associata ai concetti di sovranità e sicurezza. È deludente osservare il silenzio delle facoltà e delle associazioni mediche, delle accademie nazionali e dei massimi dirigenti medici sulla legittimazione dell'odio e del razzismo nel dibattito pubblico. Spesso pronti a rilasciare comunicati stampa per promuovere i propri interessi, rimangono in silenzio quando si tratta di difendere gli interessi di coloro che non hanno una tribuna per farsi sentire. Invece, la questione viene lasciata ad altri. Nel romanzo *"Small Boat"*, Vincent Delecroix basa la sua storia sul racconto vero di un'imbarcazione affondata nella Manica nel 2021, con la morte di 27 persone. Il racconto immagina l'esperienza della morte per questi passeggeri. Delecroix esplora anche i sentimenti di coloro che non hanno risposto alle chiamate di soccorso dall'imbarcazione, quando i passeggeri stavano per annegare. Mette in discussione la nostra mancanza di empatia (*quelli "che vengono a cercare la copertura dell'assistenza sanitaria universale"*), la nostra assenza di umanità (*"queste persone che pensano che dobbiamo loro qualcosa perché muoiono di fame nei loro paesi"*), la nostra insensibilità morale (*"non erano più un nostro problema"*) e la nostra tendenza a incolpare i migranti stessi per la loro situazione (*"non sono stato io a chiedere loro di andarsene"*). Chi o cosa è responsabile del fatto che una persona rischi la vita per attraversare la Manica su un'imbarcazione che non è in grado di navigare? La Guardia Costiera? La legge francese o britannica? Le politiche migratorie? La mancanza di risorse? I trafficanti? La guerra? La carestia? Il mare? Dio? La verità: "Non c'è naufragio senza spettatori". Tutti noi.

(1) [Offline Help us, please](#). The Lancet Vol. 406, September 6, 2025. Traduzione e sottotitolo nostri.

<https://www.saluteinternazionale.info/2025/09/migranti-please-non-diventiamo-mostri/>

Scenario SSN

quotidianosanita.it

Senza autocritica la sinistra non potrà rilanciare la sanità pubblica

Ivan Cavicchi

10 SET -

Gentile Direttore,

ho letto il nuovo libro di Rosy Bindi (La sanità uguale per tutti. Perché la salute è un diritto. Solferino 2025). È un libro in realtà, che non andrebbe compulsato criticato o chiosato, ma "smascherato" e "denunciato". Le cose in sanità vanno molto male ma i delitti di cui essa è stata comunque vittima sembrano senza colpevoli

e senza moventi. Gide, direbbe che essi, sembrerebbero “atti gratuiti”, imperscrutabili al massimo, dovuti al caso quindi alla malasorte.

Io, insieme a centinaia di migliaia sia di operatori della sanità ma anche di cittadini e di malati, sono stato un testimone oculare di questi delitti, che però, a partire dalla Bindi, molti, in particolare la sinistra, vorrebbero nascondere e sfuggire così al giudizio della storia.

La sanità pubblica sta morendo ma non per le cause che alla Bindi fa comodo spiegare, ma per le scelte politiche sbagliate, fatte dalla sinistra delle quali la Bindi, come ho dimostrato nei miei libri, non c'è dubbio sia stata una delle più solerti interpreti.

Lo scopo dello scopo

La mia impressione, è che oggi, il libro della Bindi, alla fine con la sanità, c'entri poco. Il suo “scopo dello scopo” è, con un governo di destra, cavalcare la sanità per riprendersi, in qualche modo, un ruolo politico al quale aveva rinunciato dimettendosi dal PD e uscendo dal parlamento.

Devo ribadire, ancora una volta, che il diritto alla salute a cui si riferisce la Bindi non si difende confermando le controriforme neoliberaliste che lo hanno messo fuori gioco, ma ripudiandole e, siccome il mondo non sta fermo e cambiano i contesti, creando, con delle riforme, le condizioni giuste per la sua riattualizzazione. Condizioni che, oggi grazie ad una sinistra, male in arnese, purtroppo non ci sono e che la Bindi neanche immagina.

Quella della Bindi, è palesemente, una finta difesa del servizio pubblico e del diritto alla salute. Lei prova, secondo me in modo maldestro, a scaricare le sue personali responsabilità politiche contro il governo in carica e ricavarne per se un vantaggio politico.

Oggi, il libro della Bindi è del tutto sovrapponibile a quello, scritto nel 2005 (La salute impaziente Jaca Book). Anche questo introdotto da Prodi.

La Bindi può dire quello che vuole per discolarsi dalle sue responsabilità e per riaccreditare le sue ambizioni personali, ma la sua legge di contro-riforma esiste ed è operativa tanto operativa da aver causato innegabili danni alla nostra comunità e alla nostra idea di emancipazione.

La “grande marchetta” al privato come l'ho chiamata tante volte anche su questo giornale, (Qs 13 febbraio 2023), mai smentita da nessuno, è stata lei a farla e addirittura farla con una scientificità giuridica molto accurata. E, i danni causati soprattutto ai soggetti più deboli e meno abbienti, della nostra società, oggi sono sotto gli occhi di tutti. Essi sono addirittura misurabili.

Come è possibile, quindi, avere da parte sua tanta impudenza al punto da sfidare la storia, la memoria, delle persone ma soprattutto le loro sofferenze? Oggi per chi si ammala di cose serie farsi curare nel pubblico è una cosa molto difficile. La mia risposta è che nella situazione data, con una sinistra confusa e disorientata, compromessa nelle sue eresie neoliberaliste, esattamente, come in certi periodi del medioevo, chiunque, può dire che la fine del mondo è vicina e proporsi come un salvatore.

Numeri tragici

Oggi siamo dentro una crisi della sanità a causa della quale:

- 6 milioni di cittadini per ragioni economiche non riescono a curarsi
- i cittadini con i soldi di tasca loro pagano (out of pocket) 40,6 miliardi di euro per essere curati dal privato
- la crescita dell'aspettativa della vita media è contraddetta da un calo impressionante dell'attesa di vita in salute.

Dopo la controriforma della Bindi oggi la gente si cura solo se paga e i poveracci campano meno degli altri.

Il governo Meloni è vero che non finanzia come dovrebbe la nostra sanità ma se si è onesti oggi è impossibile addebitargli i numeri tragici appena citati. Per fare tanti danni ci vuole quanto meno tempo. Si tratta di processi lunghi dei quali, questo governo, per quanto esecrabile non ne ha la responsabilità. La responsabilità ce l'hanno i governi che sono venuti prima e dei quali la Bindi ha fatto parte.

Ma se è così allora il problema vero non è il libro della Bindi ma è la sua faccia tosta. A me pare che la Bindi stia approfittando di quello che, i sociologi, chiamano “anomia”, cioè di una fase di grave disorientamento sociale, senza la quale, per chiunque sarebbe impossibile scrivere un libro tanto capzioso e tanto mendace come quello suo.

Evidentemente la Bindi è convinta di poterla dare a bere a chiunque. Come dimostra anche recentemente l'iniziativa, alla quale essa è stata invitata, e organizzata niente meno che da "Sinistra italiana". E che ha suscitato la protesta risentita di tanti suoi iscritti. Ma la stessa cosa vale per la Cgil che vede la Bindi come il proprio mentore. La Cgil vuole difendere i diritti ma a difesa dei diritti come ho scritto su questo giornale chiama i ladri di diritti.

Il coraggio di dire la verità

In questa situazione incasinata e confusa, quando penso alla Bindi, il mio pensiero in parte va a Vanna Marchi, la nota regina del "succhia-pancia" quindi delle televendite, ma soprattutto va a Foucault e al suo libro "il coraggio della verità" e che indaga il rapporto tra verità e potere e nel quale si analizza la "verità" non come una questione filosofica, ma come un'esperienza etica e politica.

La domanda centrale che pone Foucault nel suo libro (che ricordo è stato l'ultimo prima della sua morte) ruota intorno alla funzione del "dire-il-vero" e al ruolo che la verità riveste nell'ambito della politica e dei rapporti di potere.

La Bindi "il coraggio di "dire il vero" sulla sanità non l'ha mai avuto e anche con questo libro, non ce l'ha. Ma lei in realtà, il problema che pone Foucault, non ce l'ha, perché lei scientemente e consapevolmente è convinta che "dire il vero" non le convenga.

Il "fenomeno"

La Bindi è un vero "fenomeno" direbbero i miei amici fenomenologi essendo essa l'unica politica di professione che usando la legge ha tradito gli ideali della costituzione e della 833 restando a sinistra e con la pretesa di essere più a sinistra della Schlein, di Agnoletto e dei miei amici Edoardo Turi e Elisabetta Papini. Bisogna dargliene atto solo lei è capace di tanto. Davvero un fenomeno. Forse proprio perché è un fenomeno che nel 2021, il fatto quotidiano, pensò di candidarla come prima donna niente meno che alla presidenza della repubblica. Si disse che fosse la naturale custode della costituzione, le si attribuirono molti meriti tra i quali quelli di aver chiuso i manicomi e messo fine alla pratica dell'elettroshock. Si disse che lei era un politico sopra le parti e che non avesse mai brigato per il potere. E si applaudì alla sua decisione di dimettersi dal PD del quale fu presidente e dal parlamento. Ma in molti, me compreso, pensarono, conoscendo la Bindi da vicino, che le sue decisioni fossero ben calcolata quindi tutt'altro che casuali.

Le tesi fallaci della Bindi

A questo punto mi si rimprovererà di dire molto sulla Bindi e molto poco sul suo libro. Senza difficoltà ne convengo. Secondo me tre solo le tesi importanti che però voglio riportare testualmente:

- "A venticinque anni dalla riforma che porta il suo nome, l'autrice sgombra il campo dalle ricostruzioni di parte e dalle polemiche inutili e avanza proposte, chiare e coraggiose, volte a promuovere la rinascita di un servizio basato su equità, solidarietà e trasparenza".
- "Con un'analisi lucida e senza sconti per nessuno smaschera le contraddizioni di una trasformazione piegata alla logica del profitto.
- "tutti possono e devono battersi per difendere il diritto alla salute sancito dalla nostra Costituzione".

Sul primo punto è esattamente il contrario, la Bindi non risponde mai alle critiche anche pesanti che le sono state rivolte in questi anni, al contrario essa nega in modo sommario coloro che la criticano, cioè i suoi critici sono praticamente cancellati d'autorità dal mondo. Nella sua bibliografia sono citati solo i suoi supporter ma i suoi critici quelli che sulla Bindi hanno scritto interi libri sono come banditi e non si sa in nome di quale diabolica dialettica. Lei come tanti personaggi della storia non sgombra il campo dalle critiche ma semplicemente le fa fuori. E in modo sempre autoritario e sommario.

Anche sul secondo punto la Bindi non dice il vero. Se oggi la sanità pubblica è piegata alla logica del profitto è perché la riforma del 78 è stata controriformata negli anni '90. La logica del profitto è stata imposta al sistema pubblico proprio dal governo Prodi del quale la Bindi era ministro. È stata la Bindi che ha aperto la strada alle sperimentazioni gestionali, al ritorno delle mutue, al riconoscimento dei fondi sanitari, alla sanità sostitutiva, per non dimenticare l'intramoenia.

Infine, sul terzo punto di nuovo la Bindi non dice il vero l'art. 32 è stato di fatto delegittimato dalle controriforme fatte dal centro sinistra Quando si dice nella legge che per attuare l'art 32 che si istituisce il SSN

(art 1/ 833) per attuare l'articolo 32 allora contro-riformare il SSN come ha fatto la legge 229 della Bindi vale come cancellare la condizione grazie alla quale l'articolo 32 è attuabile.

Non basta fare l'apologia dell'articolo 32

Oggi la difesa dell'art 32, come ho recentemente dimostrato con il mio ultimo libro (Articolo 32. Un diritto dimezzato. Castelvechi editore) non è possibile, come propone la Bindi, facendone semplicemente l'apologia.

L'art 32 oggi per essere riattualizzato deve per forza diventare un "meta-diritto" cioè integrarsi con l'art 9 e 41 della Costituzione, cioè entrare a far parte di un progetto che la Bindi dimostra di ignorare del tutto e che è quello dello sviluppo sostenibile cioè un progetto pensato per integrare ambiente economia società e salute. Oggi "difendere il diritto alla salute sancito dalla nostra Costituzione" tout court come sostiene la Bindi nel suo libro, è impossibile.

Che fare?

La Bindi è una donna capace. Il mio amico Turi, il coordinatore del forum per il diritto alla salute, ripete sempre che essa è una "donna furba". E senz'altro lo è. Essa non è una sciocca e conosce come pochi le logiche del potere e l'arte della propaganda e della "democristianità". Allora mi rivolgerò alla donna 'furba'.

Personalmente non ho paura di dire che sulla sanità le distorsioni non solo storiche della Bindi sono talmente clamorose che essa rischia di fare un'altra cappellata dopo quella almeno secondo me che ha fatto con le sue dimissioni. Cioè capisco tutto ma alla impudenza e alla mendacia c'è pur sempre un limite. Con la sanità pubblica in ginocchio neanche alla Bindi è concesso di negare così spudoratamente la verità. La sanità per milioni di persone è un bene prezioso e inalienabile Oggi lei secondo me sbagliando si ripara ancora una volta dietro la figura di Prodi ma dimentica due cose che Prodi in Italia è stato il teorico di Blair, (la prefazione al libro "la terza via" è lui che l'ha fatta) e che Prodi nel tempo di Trump a dir poco ridicolo è anacronistico.

Se lei ci ripropone Prodi è come se ci riproponesse la terza via cioè la catastrofe che oggi spiega i drammi della sanità che abbiamo. Non sono un abile politico come la Bindi ma così è come tirarsi la zappa sui piedi.

Apokalypsis

Se la Bindi è furba come si dice dovrebbe capire che oggi è necessario fare quello che Odifreddi in un suo bel libro sulla verità ha chiamato "apokalypsis" che significa che la verità, in certi contesti, è il risultato di un processo di rivelazione o scoperta, un "toglier via il velo" dalla realtà.

A me non interessa sputtanare né la Bindi né il suo libro quello che a me interessa oggi è "salvare il salvabile".

La Bindi direbbero i maestri oggi non è una questione gnoseologica e né una questione ermeneutica ma è una "questione pratica".

In ragione di questa vecchia complicità estendo alla Bindi il mio "appello alla ragione" pubblicato su questo giornale (QS 22 luglio 2024) e la mia proposta di costruire una exit strategy in funzione del campo largo, (QS 8 agosto 2022) pubblicata anche su "alternative per il socialismo" (Pietà l'è morta n°77).

Se abbiamo il coraggio di dire la verità sulla sanità alle prossime elezioni è possibile mandare a casa il governo di destre e per la Bindi soddisfare le proprie insopprimibili ambizioni La Bindi si metta alla testa della verità non della menzogna storica

Conclusioni

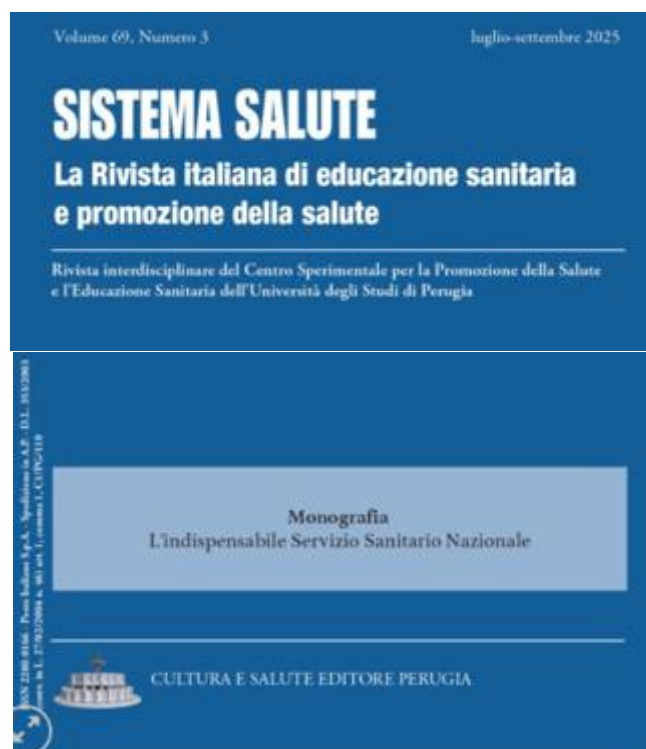
Nel 1998 la Bindi era al suo secondo incarico di ministro e ricordo che mi adoperai molto per aiutarla ad essere riconfermata sostenendo la sua candidatura da per tutto. Ancora la Bindi non aveva fatto la 229. Subito dopo la sua rielezione la Bindi scrisse la presentazione al mio libro "l'uomo inguaribile" contribuendo suo malgrado ad aprire un nuovo orizzonte politico e teorico che mi ha guidato in tutti questi anni e che, non essendoci altro ancora guida la discussione.

Io mi permetto di richiamare questa ormai antica complicità. Oggi con i problemi crescenti dell'economia in sanità siamo davvero alla vigilia di una catastrofe (QS 24 maggio 2023) credo che alla Bindi convenga di gran lunga di più avere il coraggio della verità e quindi voltare pagina e dare una mano perché la catastrofe quanto meno sia evitata.

La vedo dura e conoscendo la Bindi per primo ammetto che sembra una missione impossibile, ma non si sa mai.

Se avremo una catastrofe come probabilmente avremo e non si avrà il coraggio della verità la Bindi sarà la prima ad esserne incolpata e a restarci sotto.

[Senza autocritica la sinistra non potrà rilanciare la sanità pubblica - Quotidiano Sanità](#)



Indice

-
- ✓ In questo numero
Monografia L'indispensabile Servizio Sanitario Nazionale
-
- ✓ *INDICE*
-
- ✓ *Editoriale L'impegno per la sanità pubblica. Interpretazioni e prospettive*
Commitment to public health. Interpretations and perspectives
Chiara Giorgi
DOI: 1048291/SISA.69.3.1
OPEN ACCESS
-
- ✓ *Il diritto alla salute frammentato: autonomia differenziata e sanità*
The right to health fragmented: differentiated autonomy and health care
Marina Davoli, Stefania Gabriele, Francesco Pallante
DOI: 1048291/SISA.69.3.2
-
- ✓ *In formazione. Note sui processi trasformativi della formazione medica in Italia*
In Training. Notes on the Transformative Processes of Medical Education in Italy
Giovanna Vicarelli
DOI: 1048291/SISA.69.3.3

✓ *Il personale sanitario: una risorsa non comprimibile*
Healthcare workers: an essential, non-compressible resource
Marco Geddes da Filicaia, Elena Spina
DOI: 1048291/SISA.69.3.4

✓ *Patch Adams non ride più. La crisi del personale sanitario tra svalutazione economica e disagio psico-fisico*
Patch Adams doesn't laugh anymore: the healthcare workforce crisis between economic undervaluation and psycho-physical distress
Stefano Neri, Elena Spina
DOI:1048291/SISA.69.3.5

✓ *L'epidemia delle malattie croniche e la risposta della rete dei servizi sanitari e sociali. Il caso Toscana*
The chronic disease epidemic and the response of the health and social services network. The case of Tuscany
Paolo Francesconi, Gavino Maciocco, Luca Negrognolo, Lorenzo Roti
DOI: 1048291/SISA.69.3.6

✓ *La non-autosufficienza negli anziani e la legge 33/2023*
The long-term care in Italy and the Law 33/2023
Paolo Francesconi, Gavino Maciocco, Luca Negrognolo, Lorenzo Roti
DOI: 1048291/SISA.69.3.7

✓ *Indagine sulla percezione del rischio aggressioni nei luoghi di lavoro dei Tecnici della prevenzione dell'Azienda USL. Strategie e misure preventive*
Survey on the perception of the risk of aggression in the workplace of the prevention technicians of the local health authority. Preventive strategies and measures
Sara Gallicchio, Chiara Lorini
DOI: 1048291/SISA.69.3.8

✓ *Fattori interpersonali, psicosociali e terapeutici per il sostegno alla salute mentale infantile*
Interpersonal, psychosocial, and therapeutic factors for supporting child mental health
Aldo Diavoletto, Franca Bottiglieri, Marianna Sessa, Anna Tortorella, Giulia Savarese, Luna Carpinelli
DOI: 1048291/SISA.69.3.9

✓ *Radici storiche di un fallimento, da servizio sanitario pubblico a servizio sanitario privatizzato*
Historical roots of a failure, from public health service to privatized health service
Lamberto Briziarelli
DOI: 1048291/SISA.69.3.10

✓ *Documenti*
Un paradigma relazionale per rigenerare il welfare sanitario: il laboratorio di Piano B - Carla Collicelli
OPEN ACCESS

✓ *Documenti*
Health Promotion requires a strong WHO institutional backing
IUHPE
OPEN ACCESS

<https://www.edizioniculturasalute.com/prodotto/sistema-salute-n-3/#>

Sistema Salute, 69, 3, 2025: pp. 490-508

Un paradigma relazionale per rigenerare il welfare sanitario: il laboratorio di Piano B

di Carla Collicelli¹

Il documento che segue è stato presentato nel corso del primo evento pubblico organizzato il 15 marzo 2025 da Piano B, l'iniziativa lanciata da alcuni studiosi, esperti, docenti e attivisti interessati a valorizzare la vitalità della società civile per un rinnovamento della politica dal basso e sulla base di un paradigma relazionale.

La pubblicazione del volume di Donzelli (Piano B. Uno spartito per rigenerare l'Italia, 2024) chiarisce gli obiettivi, i concetti chiave ed alcune specifiche settoriali del modello di rigenerazione che si intende portare avanti attraverso il coinvolgimento delle forze vitali della società civile. Per quanto riguarda salute e sanità, a seguito della presentazione il 15 marzo del documento, si è costituito un Laboratorio virtuale ed un Gruppo Whatsapp (Spartito PianoB – SANITA Community) con circa 100 aderenti, che ha cominciato a lavorare scambiandosi idee e notizie.

1. La salute alla base di benessere, dignità, lavoro

Il ruolo e l'importanza della salute, propria e altrui, nella vita di ciascuno e rispetto alle comunità ed ai luoghi della convivenza umana, sono in costante crescita. E se nel passato erano prevalentemente il lavoro e l'istruzione, e con essi le tematiche dell'occupazione e della formazione, a collocarsi al centro delle preoccupazioni e delle aspettative sociali, non vi è dubbio che il benessere e la salute, e con essi la sanità e le politiche sociali, siano oggi altrettanto importanti.

Questo è il motivo per cui, a seguito della decisione di dare concretezza a Piano B avviando una discussione aperta e indirizzata alla formulazione di proposte per un ripensamento del nostro modello di sviluppo e di gestione della cosa pubblica, non potevamo non includere tra i primi temi da trattare quello della sanità.

Come rappresentato nello schema a cerchi concentrici che abbiamo costruito all'inizio del nostro impegno, e come spiegato nel libretto Piano B Uno spartito per rigenerare l'Italia, al centro di tutto c'è la nostra Costituzione, con i riferimenti a complessità, sostenibilità, generatività e sussidiarietà, ma tutto passa poi per l'azione di persone, istituzioni, imprese e territori, sulla vita e sulle politiche nei diversi ambiti.

Ed è nei diversi ambiti e settori che è necessario declinare l'approccio che abbiamo proposto di un paradigma personalista-relazionale e di farlo aprendo la discussione ed il confronto con gli addetti ai lavori, gli studiosi e i rappresentanti della società civile e dei corpi intermedi.

E' da almeno un secolo a questa parte che la promozione del benessere e della salute rientra a pieno titolo tra le priorità degli stati nazionali e delle politiche locali, il che ha dato vita al processo di progressiva formalizzazione dei moderni sistemi di protezione sociale ed alla costruzione ed articolazione di robusti sistemi di tutela sanitaria, all'interno dei quali i bisogni degli individui e delle comunità trovano collocazione e risposta in specifici istituti pubblici e canali di copertura.

Anche in Italia le politiche per il benessere hanno progressivamente assunto un ruolo preminente nel quadro degli obiettivi di sviluppo sociale ed economico, ed in particolare rispetto al riconoscimento dei principi costituzionali della dignità, della giustizia sociale, del pieno sviluppo della persona umana, e la tutela della salute è stata riconosciuta come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività con l'articolo 32 della Costituzione repubblicana.

L'introduzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nel 19782, uno degli esempi più ambiziosi e virtuosi nel mondo, che prevede tra i principi di riferimento l'universalismo, l'equità a tutti i livelli (territoriale, generazionale, di genere) ed il finanziamento pubblico su base fiscale, ha sancito l'impegno pubblico rispetto alla salute ed alla sua tutela, anche indipendentemente dalla collocazione lavorativa e sociale, cui era precedentemente legato il sistema mutualistico.

Con il **Trattato di Maastricht del 1993** gli obiettivi di salute sono diventati parte integrante delle politiche sociali europee, il che ha prodotto un particolare interesse per i temi della prevenzione, dell'informazione e dell'educazione sanitaria anche a livello di scambi e di accordi tra paesi. Ed è a partire dal 2000 che le strategie di sanità pubblica e di prevenzione sanitaria hanno subito un ulteriore rafforzamento in ambito internazionale, specie a seguito delle indicazioni dell'Oms, della Commissione europea, del Consiglio e del

Parlamento europei, che hanno sollecitato l'adozione di iniziative, azioni e misure ispirate a principi di *evidence based prevention*, di integrazione socio-sanitaria e di Salute in tutte le politiche.

Un'impostazione questa portata avanti in armonia con gli indirizzi concordati a livello globale, nei quali l'attenzione per il benessere, per la salute fisica e mentale e per una organizzazione sociale che produca benessere, ha assunto un ruolo sempre più importante.

La salute, come **"completo stato di benessere fisico e psichico"** per tutti è riconosciuta da molti anni quale obiettivo da porre alla base della convivenza umana, anche in relazione al diritto alla felicità, come recitano i documenti dell'Onu, dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), dell'Unicef e delle altre agenzie che si occupano di sviluppo e cooperazione³, e come ampiamente sancito dall'Agenda Onu per lo sviluppo sostenibile al 2030, che comprende tra i suoi 17 obiettivi l'obiettivo 3 dedicato a "Salute e benessere per tutti e a tutte le età"⁴.

Varata nel 2015, a pochi mesi di distanza dall'Enciclica *Laudato si'* di Papa Francesco⁵, l'approccio ecosistemico dell'Agenda pone al centro del principio di sostenibilità il valore delle interrelazioni tra forme di vita ed aspetti della convivenza, in stretta connessione con quello della salvaguardia del capitale umano e sociale, accanto al capitale ambientale e materiale.⁶

Da cui anche la recente modifica degli articoli 9 e 41 della nostra Costituzione, che ha introdotto il principio della "tutela dell'ambiente, della biodiversità e degli ecosistemi, anche nell'interesse delle future generazioni" (all'articolo 9) e quello della salute e dell'ambiente tra i vincoli dell'iniziativa economica privata (all'articolo 41).

2. Il contributo di Piano B al tema della salute e della sanità

Il presente documento segnala, nei paragrafi che seguono, i principali fattori che determinano la crisi del settore sanitario, a partire dal mancato rispetto dei principi inizialmente posti alla base delle politiche per la salute. Tanto da poter sostenere che, dopo la conquista ottenuta grazie all'istituzione del SSN nel 1978, nel corso del tempo siamo andati incontro ad una sorta di "eterogenesi dei fini", evidente nel venir meno dell'universalismo, nel malessere sociale e psichico che cresce e nelle profonde inadempienze del sistema in termini di risposta ai bisogni.

Gli elementi alla base di questo fallimento hanno a che fare in prima battuta con i cambiamenti intervenuti negli assetti sociali e nella domanda di salute, ed in particolare:

- l'invecchiamento della popolazione e le crescenti solitudini dal punto di vista demografico;
- la frammentazione sociale e l'indebolimento delle relazioni umane da un punto di vista sociologico;
- l'individualismo e le forme di egoismo autoreferenziale dal punto di vista antropologico;

Un punto fondamentale è dunque quello della necessità di partire dalla considerazione attenta della complessità sociale, dei cambiamenti in atto nelle aspirazioni e nei bisogni, e di tutti i fattori e le situazioni che costituiscono sfide nuove rispetto alla tutela del benessere e della salute.

Ma l'attenzione principale va posta sul odello di tutela della salute e del benessere che si è instaurato.

Il punto di vista di Piano B è che l'incapacità del sistema della salute a rispondere alla domanda di benessere e a promuovere uno sviluppo equo e sostenibile vada messa in relazione con il prevalere di modelli e paradigmi che non soddisfano a pieno gli obiettivi costituzionali prefissati, ed in particolare:

- il paradigma biomedico centrato su di una sorta di scientismo burocratico e sullo sviluppo tecnologico disordinato a detrimento della relazione terapeutica, da un approccio umanistico alle tecnologie, di una sana cooperazione tra discipline scientifiche e tra correnti di pensiero all'interno della stessa disciplina, e su di una rigidità dei percorsi e dei protocolli clinici;
- il paradigma economicistico, che pone al centro delle strategie il controllo della spesa ed un approccio aziendalistico ed efficientistico, con rigidi meccanismi di controllo finanziario, debole attenzione per l'impatto sociale del sistema sulla vita delle persone, integrazione mancata tra risorse, tra direzioni, competenze e strutture nonché mancata considerazione delle potenzialità insite nelle risorse spontanee, nelle forme di partecipazione civica e nella prevenzione primaria;
- e un paradigma burocratico-istituzionale centrato sulla separazione delle funzioni e delle competenze e la contrapposizione tra pubblico e privato.

Naturalmente siamo consapevoli che, in particolare per i primi due si tratta di paradigmi indispensabili per la gestione della sanità, rispetto al rapporto con la scienza e la ricerca biomedica il primo, e rispetto al rapporto con le risorse economiche il secondo. Da non demonizzare, quindi, ma da rendere compatibili con il resto.

La proposta di Piano B è allora quella di provare a ricomporre i segmenti di un sistema in profonda crisi attorno ad un paradigma diverso, che abbiamo voluto chiamare relazionale. Un paradigma che riconosce la salute e la malattia come eventi di senso nella vita delle persone e delle comunità e la cura come relazione, intersettorialità e dinamicità relazionale.

Un approccio che rimanda ad alcuni importanti punti di forza del nostro sistema:

- la storia secolare dell'benessere e della salute, nella quale la cura si è sempre basata sulla relazione tra curato e curante e tra comunità e individui;
- le riflessioni socio-antropologiche più recenti sull'esistenza di un sistema "pico-somato-am-bientale" alla base di benessere e salute;
- la realtà dei successi ottenuti nelle situazioni di emergenza sanitaria - come nella recente epidemia da Covid 19 - ogni qual volta si sono messe in campo risorse di solidarietà tra generazioni e territori, volontariato, supporti e forme di cura altamente relazionali.

Un approccio che viene sostenuto da più parti e in particolare:

- dalla ricerca scientifica più avanzata, anche da quella biomedica, dalle neuroscienze e dalla epidemiologia;
- dai sostenitori della cosiddetta "buona cura", della presa in carico, della medicina pro-attiva e narrativa e del budget di salute;
- dai referenti del "Movimento oltre il Pil", e di quello degli indicatori sui determinanti della salute, e più recentemente dalle recenti encicliche Laudato sì e Fratelli tutti, e dall'Agenda dell'Onu per lo sviluppo sostenibile.

Se vogliamo uscire dall'impasse nella quale il settore si trova, occorre a nostro avviso lavorare per mettere il paradigma relazionale alla base delle scelte strategiche e delle politiche di settore a tutti i livelli:

- A livello micro della relazione terapeutica, in termini di presa in carico, continuità assistenziale, medicina narrativa, etica dello sviluppo tecnologico (algoetica), sanità pro-attiva, solidarietà di territorio;
- A livello meso attraverso:

o il monitoraggio attento della domanda di benessere e relazionalità - come si è cominciato a fare con la misurazione del Benessere equo e sostenibile -,

o le forme di medicina di comunità previste dal PNRR in un senso relazionale e interconnesso,

o la valorizzazione delle esperienze di programmazione partecipata, co-progettazione, cooperazione e creazione di patti,

o la valorizzazione dell'associazionismo di patologia e territorio

o i programmi di rigenerazione urbana

- A livello macro con un impegno serio nella direzione dei principi di One Health e Global Health, cooperazione planetaria, salute in tutte le politiche e realizzazione della sostenibilità intergenerazionale a livello planetario.

3. Crisi del welfare e crisi della sanità dagli anni 90 del 900 in poi

A partire dagli anni 90 del secolo scorso l'area del benessere e del welfare è stata investita da una serie di sfide, in parte nuove e in parte preesistenti, ma per lo più misconosciute e disattese, legate all'evoluzione della struttura sociale ed ai mutamenti intervenuti sul piano delle aspirazioni e dei valori individuali e collettivi, nonché al portato dei progressi conseguiti in ambito scientifico e tecnologico.

Per quanto riguarda la struttura sociale, sono diventati sempre più rilevanti, per il loro impatto sul benessere e sulla salute, **l'invecchiamento della popolazione, il calo della natalità, l'aumento della mobilità sociale, l'indebolimento delle relazioni umane e sociali primarie e l'aumento delle solitudini, in un quadro generale di progressiva "molecolarizzazione" dei vissuti.**

Sono aumentate, di conseguenza, dal punto di vista epidemiologico, le patologie croniche, degenerative ed invalidanti ed il disagio psichico, una patologia sociale che assume forme diverse nei giovani alle prese con la propria crescita formativa, negli anziani per motivi anagrafici e di condizione sociale, nelle donne per i loro ruoli plurimi sempre più impegnativi, e nei lavoratori sottoposti a forme sempre maggiori di stress lavoro-correlato.

Per quanto riguarda le aspirazioni ed i valori, la cultura collettiva va sempre più nella direzione della **autoreferenzialità** individuale e di piccolo gruppo, sia per quanto riguarda gli stili di vita, che per la rivendicazione di empowerment e di autonomia. Un empowerment diverso dalle forme già presenti nelle anime storiche del welfare italiano - sia quella della beneficenza cattolica che quella della mutualità operaia - tendenzialmente comunitarie e relazionali, e sempre più intriso di elementi di sfida nei confronti dell'autorità istituzionale (ad esempio il cosiddetto *challenging patient*), di egocentrismo individualistico e di rivendicazionismo⁷.

Ne consegue un vero e proprio cambio di paradigma valoriale e comportamentale, con l'affermarsi di una cultura diffusa della salute e del benessere centrata sulla **domanda** più che sui bisogni, sulla richiesta di autonomia e di riconoscimento della primazia del soggetto destinatario delle cure, sostanziata anche dallo sviluppo di comportamenti sempre più diffusi di auto-informazione attraverso i mezzi della comunicazione di massa. E si è andata consolidando l'esigenza di costruire individualmente il proprio "spazio di salute", non solo come libertà dalle malattie, ma anche come auto-realizzazione personale.

Per quanto riguarda il progresso scientifico e tecnologico, il grande sviluppo della scienza e della medicina moderna ha comportato l'ingresso prepotente delle tecnologie informatiche e degli altri supporti strumentali e farmacologici anche nel campo del sociale e della sanità. Ne derivano sempre maggiori complessità e specializzazione nell'ambito dell'offerta, che contribuisce a sua volta ulteriormente alla crescita delle aspettative in termini di personalizzazione e di raggiungimento di obiettivi di benessere sempre più avanzati. Lo sviluppo scientifico e tecnologico, inoltre, ha dato vita al sovrapporsi di **atteggiamenti ondivaghi** e spesso polarizzati tra forme tendenzialmente acritiche e fideistiche e forme di sfiducia e rifiuto.

La mancanza di una strategia chiara di risposta alle sfide della modernità, capace di armonizzare il dettato normativo e gli obiettivi costituzionali con le nuove esigenze e forme della domanda di salute e benessere, è alla base della crisi che ha investito i sistemi pubblici di welfare dagli anni '90 del secolo scorso in poi.

Una **crisi** scatenata dalla progressiva presa d'atto delle tante mancanze di un sistema riconosciuto come formidabile motore di crescita socioeconomica e di emancipazione sociale, ma che mostra una crescente incapacità di risposta rispetto a molti problemi, tra cui quelli dei rapporti tra individuo e collettività, tra generazioni, tra territori diversi e luoghi di vita centrali e periferici, tra meccanismi di partecipazione dal basso ed esigenze di carattere burocratico e amministrativo.

Un tema di particolare rilievo sociale, messo a nudo nel contesto della crisi generale del welfare e particolarmente rilevante per la perdita di fiducia, la crescita del **disagio esistenziale** e della insoddisfazione nei confronti della convivenza, è quello della negazione delle tutele e garanzie sociali e sanitarie alle fasce di popolazione più deboli, solo parzialmente ed iniquamente mitigate dalla delega di una larga fetta di prestazioni di cura e sostentamento alla famiglia, ai care-giver familiari ed alle altre forme di aiuto informale, peraltro sempre più indebolite a seguito dei processi di mobilità sociale e lavorativa.

Una vera e propria "**eterogenesi dei fini**" rispetto agli obiettivi originari di un welfare nato per garantire benessere e giustizia per tutti, e che si trova ora ad alimentare disagi, squilibri demografici e lavorativi, ansia sociale e perdita di fiducia, in una sorta di mix incongruente tra modello universalistico - quello del servizio Sanitario Nazionale, in parte disatteso -, modello categoriale-professionale - rimasto in auge in ambito pensionistico e nelle forme di mutualità integrativa -, e modello individuale e fiscale - quello della delega alle famiglie e delle forme assicurative private -.

Non da ultimo l'assetto del sistema risulta incapace di garantire il rispetto del principio della **sussidiarietà**, sancito all'articolo 118 della Costituzione, in particolare per quanto riguarda la valorizzazione del tradizionale attivismo e della vivacità storica della società italiana dal punto di vista dell'impegno nel volontariato e nell'associazionismo⁸. Principio che non ha trovato adeguata applicazione nemmeno

1 Già Vice Direttore Censis dal 1993 al 2016, è sociologa e ricercatrice su welfare e salute, Associato senior presso CNR-Ethics, Esperto Senior presso CNEL e ASviS per l'Obiettivo 3 dell'Agenda ONU, docente in Sapienza di Comunicazione Scientifica e Biomedica e membro della Consulta scientifica del Cortile dei Gentili della Pontificia Accademia delle Scienze. Documenti

2 Legge n. 833, Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, 23 dicembre 1978

3 OMS, Dichiarazione di Alma Ata sull'assistenza sanitaria primaria, 1978

7 G. Cazzola e C. Collicelli, Welfare “fai da te”, come e quanto gli italiani pagano di tasca propria per le prestazioni sociali, Rubbettino 2000

8 L'articolo 118 recita: Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autono

4 ONU, Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, 2015

5 Papa Francesco, Laudato sì, Enciclica sulla cura della casa comune, Vaticano 2015

6 World Health Organization. Human rights. 10.12.2022 <https://bit.ly/3lioQro> (Ultimo accesso 08.02.23).

Sostenibilità della sanità



Ministero della Salute

EX DIREZIONE GENERALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE E DELLE RISORSE UMANE

DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Ufficio 4

ALLEGATO 1

TABELLE PARTI INTEGRANTI ACCORDO

“Determinazione del fabbisogno di Biologi, Chimici, Farmacisti, Fisici Odontoiatri, Veterinari e Psicologi specialisti da formare per gli anni 2025, 2026, 2027”

Fabbisogno di Biologi, Chimici, Farmacisti, Fisici Odontoiatri, Veterinari e Psicologi specialisti da formare rilevato ai sensi dell'articolo 8 comma 1, della Legge 401/2000

Tabella 1 - BIOLOGI, CHIMICI, FARMACISTI, FISICI ODONTOIATRI, VETERINARI e PSICOLOGI SPECIALISTI DA FORMARE ANNO 2025

Regione/ Provincia Autonoma	Biologo	Chimico	Farmacista	Fisico	Odontoiatra	Psicologo	Veterinario
Abruzzo	8	0	5	2	1	31	28
Basilicata	20	2	11	2	13	11	13
Calabria	24	16	22	3	4	0	7
Campania	226	25	79	12	102	0	6
Emilia Romagna	37	12	65	4	4	38	32
Friuli Venezia Giulia	10	2	9	3	6	0	3
Lazio	5	5	5	3	5	5	5
Liguria	42	2	23	8	0	49	33
Lombardia	261	5	118	35	127	184	132
Marche	14	4	9	2	12	3	4
Molise	13	5	15	2	6	8	10
Piemonte	31	2	18	2	3	35	48
Prov. Aut.ma di Bolzano	3	0	1	1	3	2	5
Prov. Aut.ma di Trento	2	0	2	1	1	2	2
Puglia	111	18	150	10	65	20	110
Sardegna	92	1	41	1	0	45	45
Sicilia	90	20	100	10	30	130	60
Toscana	37	4	12	5	9	22	40
Umbria	9	7	8	3	10	10	17
Valle d'Aosta	2	0	1	0	0	0	0
Veneto	24	0	12	5	10	20	15
Fabbisogno nazionale	1.061	130	706	114	411	615	615

Tabella 2 - BIOLOGI, CHIMICI, FARMACISTI, FISICI ODONTOIATRI, VETERINARI e PSICOLOGI SPECIALISTI DA FORMARE ANNO 2026

Regione/ Provincia Autonoma	Biologo	Chimico	Farmacista	Fisico	Odontoiatra	Psicologo	Veterinario
Abruzzo	8	0	4	1	1	4	6
Basilicata	19	6	7	3	13	11	13
Calabria	24	16	22	3	4	0	7
Campania	229	26	84	12	102	0	8
Emilia Romagna	37	12	65	4	4	40	32
Friuli Venezia Giulia	10	2	9	3	6	0	2
Lazio	5	5	5	3	5	5	5
Liguria	38	3	23	6	0	34	33
Lombardia	261	5	117	35	127	178	96
Marche	15	4	8	2	12	4	5
Molise	13	5	15	2	6	8	10
Piemonte	31	2	18	2	3	35	48
Prov. Aut.ma di Bolzano	4	0	1	1	2	4	5
Prov. Aut.ma di Trento	2	0	2	1	1	2	2
Puglia	90	20	180	11	65	20	110
Sardegna	92	1	41	1	0	45	45
Sicilia	90	20	100	10	30	130	60
Toscana	37	4	12	5	9	22	40
Umbria	0	6	0	3	0	0	12
Valle d'Aosta	2	0	1	0	0	0	0
Veneto	24	7	12	5	10	20	15
Fabbisogno nazionale	1.031	144	726	113	400	562	554

Tabella 3 - BIOLOGI, CHIMICI, FARMACISTI, FISICI ODONTOIATRI, VETERINARI e PSICOLOGI SPECIALISTI DA FORMARE ANNO 2027

Regione/ Provincia Autonoma	Biologo	Chimico	Farmacista	Fisico	Odontoiatra	Psicologo	Veterinario
Abruzzo	6	0	1	1	1	4	8
Basilicata	14	3	6	3	0	10	4
Calabria	24	16	22	3	4	0	7
Campania	229	26	84	12	102	0	9
Emilia Romagna	37	12	65	4	4	42	32
Friuli Venezia Giulia	10	2	9	3	6	0	9
Lazio	5	5	5	3	5	5	5
Liguria	14	0	10	1	0	46	6
Lombardia	261	5	117	35	127	178	51
Marche	14	3	6	2	12	9	1
Molise	13	5	15	2	6	8	10
Piemonte	35	2	29	7	6	35	50
Prov. Aut.ma di Bolzano	4	0	1	0	3	4	4
Prov. Aut.ma di Trento	2	0	2	1	1	2	2
Puglia	86	20	190	11	65	20	110
Sardegna	92	1	41	1	0	45	45
Sicilia	90	20	100	10	30	130	60
Toscana	37	4	12	5	9	22	40
Umbria	0	6	0	3	0	0	12
Valle d'Aosta	2	0	1	0	0	0	0
Veneto	37	7	18	7	5	20	35
Fabbisogno nazionale	1.012	137	734	114	386	580	500

Tabella 4 -DETTAGLIO FABBISOGNO PER SPECIALIZZAZIONE ANNO 2025, 2026 e 2027 (*)

Professione e Specializzazione	Fabbisogno anno 2025	Fabbisogno anno 2026	Fabbisogno anno 2027
BIOLOGO			
Farmacologia e tossicologia clinica	66	68	67
Genetica medica	146	147	146
Microbiologia e virologia	255	249	250
Patologia clinica e Biochimica clinica	427	401	387
Scienza dell'alimentazione	106	106	101
Statistica sanitaria e biometria	57	55	56
CHIMICO			
Farmacologia e tossicologia clinica	53	56	53
Patologia clinica e Biochimica clinica	55	59	56
Scienza dell'alimentazione	12	12	11
Statistica sanitaria e biometria	12	12	12
FARMACISTA			
Farmacia ospedaliera	465	482	493
Farmacologia e tossicologia clinica	115	121	116
Patologia clinica e Biochimica clinica	63	63	61
Scienza dell'alimentazione	23	22	21
Statistica sanitaria e biometria	33	33	33
FISICO			
Fisica medica	114	113	114
ODONTOIATRA			
Chirurgia orale	148	144	136
Odontoiatria pediatrica	94	91	88
Ortodonzia	151	147	146
PSICOLOGO			
Altre specializzazioni ammesse per accesso SSN	181	162	173
Psicologia clinica	394	360	367
VETERINARIO			
Altre specializzazioni DM 27/01/2006 n.146	404	368	325
Farmacologia e tossicologia clinica	61	59	54
Scienza dell'alimentazione	51	38	28
Statistica sanitaria e biometria	47	37	38

(*) I totali calcolati per figura professionale sommando i dati per singola specializzazione differiscono di qualche unità rispetto al totale nazionale ottenuto sommando i fabbisogni regionali poiché una specifica regione non ha fornito il dettaglio per scuola di specializzazione ma solo un numero complessivo di specialisti da formare per professione

quotidianosanità.it

La sanità che avanza a fatica. Crescita moderata del finanziamento, ma resta il divario territoriale Nord-Sud. L'annuario statistico della Ragioneria

Nel 2024 la spesa sanitaria pubblica cresce, ma rallenta rispetto agli anni pandemici e conferma forti disparità tra Nord e Sud. Ospedali e personale assorbono la maggior parte dei fondi, mentre prevenzione e territorio restano marginali. I fondi del Pnrr spingono l'innovazione, ma permangono ostacoli strutturali e gestionali.

18 SET -

Ogni anno l'Annuario Statistico della Ragioneria Generale dello Stato ci restituisce una fotografia dettagliata della macchina pubblica italiana: numeri, saldi, flussi di cassa. Ma al di là delle grandi cifre, ciò che più ci tocca da vicino è come queste risorse vengano distribuite e impiegate per i servizi essenziali, primo tra tutti quello sanitario. E proprio la spesa per la salute racconta, anche quest'anno, una storia fatta di contrasti, fragilità strutturali ma anche segnali di investimento.

Nel 2024, la **spesa sanitaria pubblica** si è confermata una delle voci più rilevanti del bilancio pubblico, pur registrando una **crescita moderata** rispetto agli anni pandemici. Dopo il picco del 2020-2021, alimentato dall'emergenza Covid, nel 2023-2024 si osserva una tendenza al riequilibrio: la spesa è aumentata, ma l'incidenza sul PIL è calata al 6,4%, rispetto al 7,4% del 2020. Questo non significa che si spenda meno, ma che la ripresa dell'economia ha ridotto il peso percentuale della sanità sul totale del prodotto interno lordo. Uno dei dati più interessanti — e preoccupanti — riguarda la forte **disomogeneità nella spesa pro capite** tra le diverse regioni italiane. Secondo le tabelle sulla spesa statale regionalizzata, mentre la provincia autonoma

di Bolzano supera i 2.400 euro per abitante, regioni come la Calabria si fermano ben al di sotto di questa soglia. In mezzo, un'Italia "a due velocità" in cui l'accesso ai servizi sanitari pubblici varia sensibilmente in base alla geografia.

Se si guarda alla composizione della spesa, **gli ospedali continuano ad assorbire la fetta più importante**. La spesa ospedaliera e i costi per il personale sanitario rappresentano oltre il 45% del totale, mentre l'assistenza territoriale, la medicina generale e soprattutto la prevenzione sanitaria restano in secondo piano. Un dato che lascia intendere quanto il sistema italiano sia ancora centrato sulla "cura" più che sulla "prevenzione".

Nel 2023 e 2024, grazie anche ai fondi del Pnrr, sono stati avviati diversi progetti di rinnovamento: digitalizzazione delle strutture sanitarie, investimenti in telemedicina, rafforzamento della medicina territoriale. Tuttavia, l'attuazione concreta di questi programmi si scontra con due limiti strutturali: la burocrazia complessa e la carenza di personale tecnico e sanitario, che rischiano di rallentare l'impatto delle riforme.

Altro elemento chiave emerso dall'annuario è la pressione che la sanità esercita sui bilanci regionali. **Otto regioni italiane risultano in piano di rientro, con tre casi commissariati**, a causa della difficoltà nel sostenere i costi del servizio sanitario. La compartecipazione statale, pur significativa, non riesce a colmare il gap tra fabbisogno e risorse effettivamente disponibili. Questo obbliga molte amministrazioni a manovre restrittive, spesso a discapito dell'offerta sanitaria locale.

L'Annuario Statistico 2025 mostra con chiarezza che la sanità continua a essere uno dei pilastri della spesa pubblica italiana. Ma ci ricorda anche che investire in salute non significa solo aumentare i fondi: serve una visione strategica che punti sull'equità territoriale, sull'efficienza della spesa e sul rafforzamento della medicina del territorio.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=132059

quotidianosanità.it

Nuovi Lea. "Fermi da due anni. Superare subito gli ostacoli burocratici". L'appello delle 75 società scientifiche del FoSSC

Il Forum delle Società scientifiche dei clinici ospedalieri e universitari denuncia lo stallo tra Governo e Conferenza Stato-Regioni. "Parliamo di strumenti che devono essere garantiti a tutti i cittadini" ma che, a causa dei ritardi, "quando saranno attuati dovranno essere considerati già vecchi e da riformare di nuovo". Una situazione che, sottolinea il Foru, penalizza soprattutto i cittadini più fragili.

05 SET - "Da più di 2 anni sono fermi ai blocchi di partenza i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che, nonostante i numerosi appelli delle 75 Società Scientifiche riunite nel Forum delle Società Scientifiche dei Clinici Ospedalieri ed Universitari Italiani, tardano ad essere attuati e, quando lo saranno, dovranno essere considerati già vecchi e, quindi, da riformare di nuovo.

Il complesso di tutti questi provvedimenti, di cui peraltro esiste la copertura finanziaria, è già pronto da molti mesi e non è ancora stato portato ad attuazione per lo stallo burocratico che si è venuto a creare tra Governo centrale e Conferenza Stato-Regioni.

A tutto svantaggio dei poveri cittadini; quelli che se lo possono permettere sono costretti a spostarsi, dalle Regioni più povere a quelle meglio dotate per erogare questi servizi, gli altri più poveri ne rimangono privi".

A dirlo, in una nota, **Francesco Cognetti**, Coordinatore FoSSC (Forum delle Società Scientifiche dei Clinici Ospedalieri ed Universitari Italiani), che torna a chiedere che le due norme che aggiornano i LEA, a distanza di 8 anni dall'ultimo DPCM del 12 gennaio 2017, siano subito promulgate.

“Gli standard di attuazione dei LEA nel 2023 – prosegue Cognetti -, pubblicati recentemente dal Ministero della Salute, ripartiti nelle tre aree prese in considerazione, cioè prevenzione, distrettuale e ospedaliera, mettono in evidenza una situazione di particolare gravità, con un divario tra Nord e Sud che rimane molto netto, ma anche con peggioramenti significativi, rispetto ai dati 2022, di alcune Regioni (Lazio, Sicilia, Lombardia e Basilicata).

Inoltre, non possono essere considerate adempienti nei confronti dei LEA 13 Regioni solo per aver superato la soglia del 60% in ognuna delle tre aree di assistenza considerate.

Stiamo parlando di Livelli Essenziali di Assistenza e, quindi, di strumenti che necessariamente devono essere garantiti a tutti i cittadini. Inoltre, questi dati si riferiscono a quelli che, ben 8 anni fa, erano stati giudicati elementi assistenziali essenziali.

Negli ultimi 8 anni, gli avanzamenti nel settore della Sanità sono stati tanti e tali da considerare gli elementi finora presi in considerazione ormai in parte anche superati”.

“Le due norme che aggiornano i LEA includono numerose modifiche - aggiunge Cognetti -, ad esempio l’ampliamento di screening preventivi, nuove prestazioni sanitarie, aggiornamenti in tema di esenzioni ed introduzione di nuove tecnologie ed ausili terapeutici, nonché lo screening e la sorveglianza attiva per tumori della mammella e dell’ovaio in persone con mutazioni genetiche BRCA 1 e BRCA 2.

Il tutto per un target stimato di circa 10mila donne l’anno e l’esecuzione di 45 pannelli standard o avanzati di test molecolari per la ricerca di mutazioni in 22 tumori solidi ed ematologici ai fini dell’uso di 62 farmaci a bersaglio molecolare, per i quali da diversi anni sono già disponibili farmaci specifici che, in studi clinici, hanno dimostrato un importante impatto sulla sopravvivenza e che sono stati già approvati e rimborsati dall’Agenzia Italiana del Farmaco”.

“Sono inclusi in questa analisi – sottolinea il coordinatore del Forum - anche i test genomici da utilizzare nel carcinoma mammario ormonoresponsivo in stato precoce per la scelta del miglior trattamento adiuvante, cioè successivo alla chirurgia, al fine di ridurre potenzialmente il tasso di recidiva in circa 10mila donne, coperti temporaneamente ogni anno da un fondo speciale”.

“Dalla comunicazione di questi dati, insomma, emerge un quadro desolante sui livelli di assistenza che i cittadini italiani attualmente ricevono – conclude Cognetti -. E, se consideriamo anche gli enormi ritardi attualmente in atto sull’autorizzazione e rimborso Centrale e da parte delle Regioni per l’introduzione dei nuovi farmaci, decisivi al miglioramento delle condizioni cliniche da cui sono affetti milioni di cittadini italiani con dati anche peggiori rispetto alla precedente AIFA, il complesso di queste analisi rende conto della necessità dell’avvio di una riforma radicale del nostro Sistema Sanitario Pubblico”.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=131725

quotidianosanità.it

Lea 2023. Gimbe: “8 regioni peggiorano rispetto al 2022”

Nel 2023, 8 Regioni hanno registrato un peggioramento rispetto all’anno precedente, seppure con gap di entità molto variabile: a perdere almeno 10 punti sono Lazio (-10), Sicilia (-11), Lombardia (-14) e Basilicata (-19). “La riduzione delle performance anche in Regioni storicamente solide dimostra che la tenuta del SSN non è più garantita nemmeno nei territori con maggiore disponibilità di risorse o reputazione sanitaria. È un campanello d’allarme che non può essere ignorato”. Sul fronte opposto, due Regioni del Mezzogiorno mostrano un netto miglioramento: Calabria (+41) e Sardegna (+26).

Nel 2023 solo 13 Regioni rispettano gli standard essenziali di cura. Puglia, Campania e Sardegna le uniche promosse al Sud. Peggiorano le performance in 8 Regioni rispetto al 2022.

Sono i dati del Ministero della Salute che valuta annualmente l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ovvero le prestazioni sanitarie che tutte le Regioni e Province Autonome devono garantire gratuitamente o previo il pagamento del ticket. «Si tratta a tutti gli effetti della “pagella” ufficiale per valutare i servizi sanitari regionali – afferma Nino Cartabellotta, Presidente della Fondazione GIMBE – che “promuove” le Regioni adempienti e identifica le criticità in quelle inadempienti».

Dal 2020 lo strumento utilizzato è il sottoinsieme di indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), che include 88 indicatori suddivisi in tre macro aree: prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera. Tuttavia, la “pagella” ufficiale ne utilizza solo 26, numero aumentato nel 2023 con il primo aggiornamento del sistema. Ogni Regione, per ciascuna delle tre aree, può ottenere da 0 a 100 punti e per essere considerata adempiente deve raggiungere la “sufficienza” di almeno 60 punti in tutte le aree.

Dopo la pubblicazione, il 6 agosto, della Relazione 2023 del [“Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia”](#) da parte del Ministero della Salute, la Fondazione GIMBE spiega il Presidente, «ha condotto un'analisi indipendente per misurare le differenze regionali nel garantire i diritti fondamentali di salute, con particolare attenzione all'entità della frattura Nord-Sud. Per ciascuna Regione sono state inoltre valutate le variazioni tra il 2022 e il 2023 e il posizionamento nelle tre aree della prevenzione, distrettuale e ospedaliera».

Adempimenti LEA 2023.

Nel 2023 solo 13 Regioni risultano adempienti ai LEA, un numero identico a quello del 2022: Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Marche, Provincia Autonoma di Trento, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria e Veneto. In particolare, dal 2022 al 2023 Campania e Sardegna salgono tra le Regioni adempienti, mentre Basilicata e Liguria retrocedono a inadempienti per il mancato raggiungimento della soglia minima in un'area.

Rimangono inadempienti per insufficienza in una sola area Calabria, Molise e Provincia Autonoma di Bolzano, mentre Abruzzo, Sicilia e Valle d'Aosta non raggiungono la soglia in due aree. «Nel 2023 – commenta il Presidente – il divario Nord-Sud rimane molto netto: su 13 Regioni “promosse”, solo tre appartengono al Mezzogiorno. La Puglia ha registrato punteggi simili a quelli di alcune Regioni del Nord, mentre Campania e Sardegna si collocano poco al di sopra della sufficienza».

Classifica GIMBE.

Considerato che il Ministero della Salute non restituisce un punteggio unico per la valutazione complessiva degli adempimenti LEA, la Fondazione GIMBE ha elaborato una classifica di Regioni e Province Autonome sommando i punteggi ottenuti nelle tre aree. I risultati sono riportati in ordine decrescente di punteggio totale e suddivisi in quartili.

«Rispetto alla semplice distinzione tra Regioni adempienti e inadempienti – commenta Cartabellotta – il punteggio totale evidenzia in maniera più netta il divario Nord-Sud: infatti, tra le prime 10 Regioni 6 sono del Nord, 3 del Centro e solo 1 del Sud. Nelle ultime 7 posizioni, fatta eccezione per la Valle d'Aosta, si trovano esclusivamente Regioni del Mezzogiorno».

Classifica per macro-area.

Al di là dei criteri che stabiliscono se una Regione sia adempiente o meno, i punteggi ottenuti nelle singole aree restituiscono classifiche differenti, utili a individuare punti di forza e criticità nell'erogazione dei LEA. Alcune Regioni (Campania, Emilia-Romagna, Toscana, Piemonte, Veneto, Umbria), indipendentemente dal livello delle loro performance, si collocano in posizioni simili nelle tre aree, documentando uniformità nell'erogazione dell'assistenza. Altre Regioni, invece, mostrano forti squilibri nel posizionamento tra le tre aree: in particolare Calabria, Valle D'Aosta, Liguria, Provincia Autonoma di Bolzano.

«Queste differenze – spiega il Presidente – indicano che, anche dove si raggiunge la soglia di sufficienza, persistono marcati squilibri nella qualità dell'assistenza. Ma una sanità che funziona bene solo in ospedale o solo sul territorio non può considerarsi realmente efficace, né tantomeno in grado di rispondere ai bisogni delle persone».

Variazioni 2022-2023.

differenze tra gli adempimenti LEA 2022 e 2023 sono state analizzate valutando i punteggi totali delle Regioni e le performance nazionali nei tre macro-livelli assistenziali. Nel 2023, 8 Regioni hanno registrato un peggioramento rispetto all'anno precedente, seppure con gap di entità molto variabile: a perdere almeno 10 punti sono Lazio (-10), Sicilia (-11), Lombardia (-14) e Basilicata (-19). «La riduzione delle performance anche in Regioni storicamente solide – commenta Cartabellotta – dimostra che la tenuta del SSN non è più garantita nemmeno nei territori con maggiore disponibilità di risorse o reputazione sanitaria. È un campanello d'allarme che non può essere ignorato». Sul fronte opposto, due Regioni del Mezzogiorno mostrano un netto miglioramento: Calabria (+41) e Sardegna (+26).

«Il monitoraggio LEA 2023 – conclude Cartabellotta – certifica ancora una volta che la tutela della salute dipende in larga misura dalla Regione di residenza e che la frattura tra il Nord e il Sud del Paese non accenna a ridursi. Anzi, è più ampia di quanto i numeri lascino intendere: infatti, il set di indicatori NSG CORE, pur rappresentando la “pagella” ufficiale con cui lo Stato misura l'erogazione dei LEA, non riflette in maniera accurata la qualità dell'assistenza. Si tratta più di uno strumento di *political agreement* tra Governo e Regioni, basato su pochi indicatori e soglie di “promozione” troppo basse, che tendono ad appiattire le differenze tra Regioni. Per questo la Fondazione GIMBE chiede un ampliamento del numero di indicatori e una rotazione periodica di quelli utilizzati nella “pagella” ministeriale. E invoca una radicale revisione di Piani di rientro e commissariamenti: strumenti che hanno indubbiamente contribuito a riequilibrare i bilanci regionali, ma che hanno inciso poco sulla qualità dell'assistenza e sulla riduzione dei divari tra Nord e Sud del Paese».

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=131656

Tabella 1. Adempimenti LEA anno 2023

Regione	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera	Status
Abruzzo	54	45	83	Inadempiente
Basilicata	68	52	69	Inadempiente
Calabria	68	40	69	Inadempiente
Campania	62	72	72	Adempiente
Emilia-Romagna	97	89	92	Adempiente
Friuli Venezia Giulia	81	81	73	Adempiente
Lazio	63	68	85	Adempiente
Liguria	54	85	80	Inadempiente
Lombardia	95	76	86	Adempiente
Marche	74	83	91	Adempiente
Molise	58	73	62	Inadempiente
Provincia Aut. di Bolzano	58	82	62	Inadempiente
Provincia Aut. di Trento	98	83	97	Adempiente
Piemonte	93	90	87	Adempiente
Puglia	74	69	85	Adempiente
Sardegna	65	67	60	Adempiente
Sicilia	49	44	80	Inadempiente
Toscana	95	95	96	Adempiente
Umbria	93	80	84	Adempiente
Valle d'Aosta	77	35	53	Inadempiente
Veneto	98	96	94	Adempiente
Punteggio ≥ 60 < 60 Dati Ministero della Salute				

Tabella 2. Punteggio totale adempimenti LEA anno 2023

Regione	Punteggio totale 2023
Veneto	288
Toscana	286
Emilia-Romagna	278
Prov. Aut. Trento	278
Piemonte	270
Lombardia	257
Umbria	257
Marche	248
Friuli Venezia Giulia	235
Puglia	228
Liguria*	219
Lazio	216
Campania	206
Prov. Aut. Bolzano*	202
Molise*	193
Sardegna	192
Basilicata*	189
Abruzzo*	182
Calabria*	177
Sicilia*	173
Valle d'Aosta*	165
Quartili	≤192 >192 e ≤219 >219 e ≤257 >257
*Regione inadempiente secondo il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)	

Tabella 3. Nuovo Sistema di Garanzia: punteggi 2023 per le tre macro-aree

AREA PREVENZIONE		AREA DISTRETTUALE		AREA OSPEDALIERA	
Regione	Punteggio	Regione	Punteggio	Regione	Punteggio
Prov. Aut. Trento	98	Veneto	96	Prov. Aut. Trento	97
Veneto	98	Toscana	95	Toscana	96
Emilia-Romagna	97	Piemonte	90	Veneto	94
Lombardia	95	Emilia-Romagna	89	Emilia-Romagna	92
Toscana	95	Liguria	85	Marche	91
Piemonte	93	Marche	83	Piemonte	87
Umbria	93	Prov. Aut. Trento	83	Lombardia	86
Friuli Venezia Giulia	81	Prov. Aut. Bolzano	82	Lazio	85
Valle d'Aosta	77	Friuli Venezia Giulia	81	Puglia	85
Marche	74	Umbria	80	Umbria	84
Puglia	74	Lombardia	76	Abruzzo	83
Basilicata	68	Molise	73	Liguria	80
Calabria	68	Campania	72	Sicilia	80
Sardegna	65	Puglia	69	Friuli Venezia Giulia	73
Lazio	63	Lazio	68	Campania	72
Campania	62	Sardegna	67	Basilicata	69
Molise	58	Basilicata	52	Calabria	69
Prov. Aut. Bolzano	58	Abruzzo	45	Molise	62
Abruzzo	54	Sicilia	44	Prov. Aut. Bolzano	62
Liguria	54	Calabria	40	Sardegna	60
Sicilia	49	Valle d'Aosta	35	Valle d'Aosta	53

Tabella 4. Punteggio totale adempimenti LEA: gap 2023 vs 2022

Regione	Gap 2023 vs 2022
Calabria	+41
Sardegna	+26
Friuli Venezia Giulia	+16
Molise	+15
Valle d'Aosta	+13
Campania	+11
Toscana	+11
Prov. Aut. Trento	+10
Umbria	+9
Piemonte	+7
Veneto	+7
Marche	+5
Puglia	+2
Abruzzo	-2
Prov. Aut. di Bolzano	-4
Emilia Romagna	-6
Liguria	-8
Lazio	-10
Sicilia	-11
Lombardia	-14
Basilicata	-19
Elaborazione GIMBE su dati Ministero della Salute	

quotidianossanità.it

Spesa sanitaria pubblica 2024. Gimbe: "Italia al 6,3% del Pil, ben sotto la media Ocse del 7,1%"

Quanto a spesa pro-capite, la situazione non migliora: l'Italia si assesta al 14simo posto in Europa con un gap di 43 miliardi di euro. Siamo il fanalino di coda tra i Paesi del G7. Gimbe: "Serve un patto tra tutte le forze politiche per rifinanziare progressivamente la sanità pubblica. Un impegno strategico da accompagnare a riforme strutturali del Ssn da sostenere con continuità e convinzione politica".

16 SET -

Nel 2024 l'Italia per spesa sanitaria pubblica pro-capite si colloca 14° posto tra i 27 Paesi europei dell'area OCSE e in ultima posizione tra quelli del G7. La spesa sanitaria pubblica si attesta al 6,3% del PIL, percentuale inferiore sia alla media Ocse (7,1%), sia a quella europea (6,9%). E per la spesa pro capite il gap con i Paesi europei è di € 43 miliardi.

"Il sottofinanziamento pubblico della sanità italiana – dichiara **Nino Cartabellotta**, Presidente della Fondazione Gimbe – è ormai una questione strutturale che, oltre a generare tensioni crescenti in Parlamento, sta mettendo in grandi difficoltà tutte le Regioni, sempre più in affanno nel garantire i livelli essenziali di assistenza mantenendo in ordine i bilanci. Ma oggi il conto più salato di queste scelte miopi lo pagano anzitutto i cittadini, costretti a confrontarsi ogni giorno con liste d'attesa fuori controllo, pronto soccorso al collasso, carenza di medici di famiglia, disuguaglianze territoriali e sociali sempre più marcate e la necessità sempre più frequente a pagare di tasca propria visite e prestazioni sanitarie fino a rinunciare del tutto. Nel 2024 sono state costrette a farlo ben 5,8 milioni di persone, quasi 1 su 10".

In vista dell'imminente discussione sulla Legge di Bilancio 2026, la Fondazione Gimbe ha analizzato i dati relativi alla spesa sanitaria pubblica 2024 nei paesi Ocse, con l'obiettivo di fornire elementi oggettivi utili al confronto politico e al dibattito pubblico, al fine di prevenire ogni forma di strumentalizzazione.

La fonte utilizzata è il dataset Oecd Health Statistics, aggiornato al 30 luglio 2025. I confronti con i paesi Ocse e con quelli europei sono stati effettuati sulla spesa sanitaria pubblica, sia in termini di percentuale del Pil che di spesa pro-capite in dollari a prezzi correnti e a parità di potere d'acquisto.

È utile ricordare che la spesa sanitaria pubblica di ciascun paese include diversi schemi di finanziamento, di cui uno generalmente prevalente: fiscalità generale (es. Italia, Regno Unito), assicurazione sociale obbligatoria (es. Germania, Francia), assicurazione privata obbligatoria (es. Usa, Svizzera).

Spesa sanitaria pubblica in percentuale del Pil.

Nel 2024, la spesa sanitaria pubblica in Italia si attesta al 6,3% del Pil, un valore nettamente inferiore sia alla media Ocse (7,1%) che a quella europea (6,9%). Tra i paesi europei dell'area Ocse sono 13 quelli che destinano alla sanità una quota del Pil superiore a quella italiana, con un divario che va dai +4,3 punti percentuali della Germania (10,6% del Pil) a +0,1 punti percentuali del Portogallo (6,4% del Pil).

Spesa sanitaria pubblica pro-capite.

Nel 2024 la spesa sanitaria pubblica pro-capite in Italia si attesta a \$ 3.835, un valore nettamente inferiore sia alla media Ocse (\$ 4.625) con una differenza di \$ 790, sia soprattutto alla media dei paesi europei (\$ 4.689) con una differenza di \$ 854. Tra gli Stati membri dell'Unione Europea, sono 13 i Paesi che investono più dell'Italia: si va dai +\$ 58 della Spagna (\$ 3.893) ai +\$ 4.245 della Germania (\$ 8.080).

"Di fatto in Europa – commenta il Presidente – per spesa pubblica pro-capite l'Italia è prima tra i paesi poveri: precede solo alcuni paesi dell'Est e dell'Europa Meridionale, visto che Repubblica Ceca, Slovenia e Spagna investono più di noi". Fino al 2011, la spesa sanitaria pro-capite in Italia era allineata alla media europea; poi, per effetto di tagli e definanziamenti operati da tutti i Governi, il divario si è progressivamente ampliato, raggiungendo i \$ 430 nel 2019. Il gap si è ulteriormente allargato durante la pandemia, quando gli altri paesi hanno investito molto più dell'Italia; il trend si è confermato nel 2023, con una spesa stabile in Italia, e nel 2024, quando l'incremento è stato inferiore alla media degli altri Paesi europei.

"L'entità di questo progressivo definanziamento – commenta Cartabellotta – è imponente: al cambio corrente dollaro/euro il gap pro-capite nel 2024 ha raggiunto € 729. Applicato all'intera popolazione residente, corrisponde un divario complessivo di € 43 miliardi. Una erosione progressiva di risorse pubbliche al Servizio Sanitario Nazionale che, soprattutto dopo la pandemia, è sempre più in affanno".

Spesa sanitaria pubblica pro-capite: confronto con i paesi del G7.

"Il trend della spesa sanitaria pubblica pro-capite dal 2008 al 2024 – spiega il Presidente – racconta una storia di progressivo arretramento: l'Italia è sempre rimasta all'ultimo posto tra i paesi del G7. Se tuttavia nel 2008 il distacco era contenuto, oggi è diventato abissale". Nel 2024 l'Italia si conferma fanalino di coda con una spesa pro-capite di \$ 3.835, mentre la Germania l'ha più che doppiata raggiungendo i \$ 8.080. Particolarmente significativo è il caso del Regno Unito, che condivide con l'Italia un modello sanitario universalistico: se fino al 2019 ha registrato una crescita modesta, a partire dalla pandemia ha progressivamente aumentato in modo consistente la spesa pubblica, superando in soli cinque anni Canada e Giappone e posizionandosi poco al di sotto della Francia.

"Questo dimostra – commenta Cartabellotta – che il dibattito sul definanziamento della sanità non può ridursi ogni anno, al solito teatrino prima della Manovra: una partita al ribasso per capire se il Ministro della Salute riuscirà a strappare qualche miliardo in più al Mef. Serve invece un patto tra tutte le forze politiche, che prescindano dagli avvicendamenti di Governo e sancisca un impegno non negoziabile per rifinanziare progressivamente la sanità pubblica. Un impegno strategico da accompagnare a riforme strutturali del Ssn da sostenere con continuità e convinzione politica".

"Con l'avvio dei lavori sulla Legge di Bilancio 2026 – conclude Cartabellotta – è proprio dall'impietoso confronto con gli altri Paesi europei e del G7 che bisogna ripartire. Da quel divario imponente frutto di una visione arrendevole che ha dimenticato un principio fondamentale: la salute delle persone non è solo un diritto fondamentale, ma anche una leva di sviluppo economico e della tenuta sociale del Paese. Ecco perché la Fondazione Gimbe si appella al Governo e al Parlamento affinché prendano atto dell'enorme e crescente divario strutturale rispetto agli altri Paesi avanzati, senza trasformare il tema in scontro politico. È urgente pianificare un progressivo rilancio del finanziamento pubblico della sanità: non per risalire le classifiche internazionali, ma per restituire forza e dignità al Ssn e garantire a tutte le persone, ovunque vivano e a prescindere dal loro reddito, l'inalienabile diritto alla tutela della salute sancito dalla Costituzione. Perché se non investiamo sulla salute, pagheremo tutto con gli interessi: in disuguaglianze, malattia, impoverimento e perdita di futuro".

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=131964

quotidianosanità.it

I guai della finanziarizzazione del Ssn

Gianluigi Trianni, *Medico Sanità Pubblica – Medicina Democratica*

Aldo Gazzetti, *Esperto di Economia Sanitaria*

10 SET - *Gentile Direttore,*

lo scorso 8 luglio Mediobanca ha dato notizia dell'aggiornamento 2025 del suo Report 2024 sui maggiori operatori sanitari privati in Italia (con fatturato superiore a 100 milioni) nel 2023.

Il report è una vera miniera di dati e meriterebbe un seminario ad hoc, soprattutto per una analisi della finanziarizzazione della sanità in Italia, problema politico ed economico sottovalutato.

Sintetizziamo di seguito - in allegato l'articolo completo di note e bibliografia - evidenze a supporto di un deciso investimento dello Stato sul SSN in alternativa alla privatizzazione ed alla finanziarizzazione perseguita dalla politica neoliberale del governo, oggi in versione di economia di guerra.

Aumento del giro di affari e della redditività

"i ricavi in rialzo del 5,7% sul 2022 e del 15,5% sul 2019. (n.d.r. epoca pre-Covid-19) "la redditività è tornata a crescere con un "Ebit margin" salito al 3,7% "ancora lontano dal 5,4% del 2019". Le prime evidenze per il 2024, rispetto al 2023 indicano una crescita aggregata del giro d'affari pari al 4,8%. L'accreditamento è cresciuto dell'1,7%, grazie alla possibilità concessa alle Regioni di avvalersi di operatori accreditati per ridurre le liste d'attesa.

Tra il 2002 e il 2023, con l'eccezione del periodo emergenziale (Covid-19) segnato da numerose misure di potenziamento del SSN, la spesa erogata da queste ultime, mostra una crescita media annua (+3,1%) superiore a quella dei presidi pubblici (+2,5%).

Considerazione

L'incremento del giro d'affari del privato e della redditività relativa è in diretta relazione con il fallimento

dell'accessibilità al SSN provocato dalle politiche neoliberali che questo obiettivo hanno millantato negli anni. Le regioni si confermano veicolo politico amministrativo della privatizzazione, che sarà potenziato con la prossima applicazione in sanità di accordi per l'autonomia regionale differenziata.

Involontariamente sono indicate sintomatologia - spesa privata in crescita più della pubblica - e terapia - misure di potenziamento come in corso di epidemia Covid-19) - indispensabili per il SSN.

Entrambe sono ignorate dal governo e dalla sua maggioranza assoluta, e troppo tardivamente proposte da un'opposizione impossibilitata ad ottenere risultati nel mero agone parlamentare, e compromessa con attori del mondo assicurativo (UniSalute Unipol, Metasalute ecc..) o del Terzo settore.

Le stesse organizzazioni sindacali, confederali e no, non si pongono l'obiettivo del superamento della copertura assicurativa nei contratti di lavoro, né inseriscono il potenziamento del SSN nel contenzioso generale con il governo.

Aumento delle "criticità" di carattere macroeconomico e di settore

- "spinte inflattive emerse nel 2022 comprimono la redditività del settore. "
- "le liste d'attesa che, insieme a motivi economici, hanno spinto quasi una persona su dieci nel 2024 a rinunciare a prestazioni sanitarie"

Considerazione.

La rinuncia alle cure da impoverimento per decremento - inflazione e precarizzazione dei rapporti di lavoro - dei redditi di pensionati e lavoro (dipendente in primis) configura una "crisi da sovrapproduzione relativa" di servizi per riduzione della domanda. È fallita la politica poli decennale di incrementi nominali contenuti del FSN, inferiori alla crescita dell'inflazione, millantati come sufficienti e necessitati da disavanzo del bilancio dello stato.

Aumento delle dimensioni e della distribuzione geografica del settore privato

Alcuni Gruppi hanno una presenza geografica capillare sul territorio nazionale, soprattutto al Nord, e sono operativi in nove o più regioni italiane. Tre hanno sono anche piccole multinazionali in espansione

Considerazione

Mentre nelle prossime settimane di settembre/ottobre il SSN sarà oggetto del flagello dell'autonomia regionale differenziata, promossa dal governo Meloni e dai Presidenti delle Regioni di Centro Destra, la sanità privata va organizzandosi su base "poli regionale", in un evidente trend verso reti sanitarie private nazionali diffuse, modello Lombardia.

Aumento degli organici

"Per le società analizzate il personale iscritto a libro matricola è aumentato del 12,6% sul 2019 e del 3,7% sul 2022, superando le 92 mila unità nel 2023."

Per le società analizzate, il costo del lavoro pro-capite nel 2023 è stato pari a 42,9 mila euro, oscillando tra i 33,2 mila euro per gli operatori della long term care e i 47,6 mila dell'assistenza ospedaliera. Questi valori contribuiscono allo scarso appeal dei reparti ospedalieri italiani e alla crescente migrazione all'estero del personale sanitario del nostro Paese.

Considerazione

Conferma della necessità di incrementare le retribuzioni, come a seguire discusso, e di rispettare gli accordi contrattuali sugli orari di lavoro nel privato come nel pubblico.

Spesa sanitaria: panorama internazionale e collocazione dell'Italia

Tra i Paesi OCSE l'Italia è al di sotto della media sia in termini pro-capite con \$4,8mila, che in rapporto al PIL (8,4%).

Considerazione

Tra i 6 mld aggiuntivi FSN per il 2026 sul 2025 promessi dal Ministro Schillaci e gli oltre 70/75 mld l'anno per

eguagliare la spesa pubblica pro-capite della Francia e della Germania, esiste un evidente gap. Tale gap è utilizzato dai neoliberisti, (cfr. il 20° Rapporto Crea) per suggerire che “l’intervento pubblico deve allargare i suoi confini, rinunciando ad arroccarsi sull’idea di una posizione egemonica del servizio pubblico, occupandosi della governance di tutto il sistema sanitario, compresa la (rilevante) quota di servizi sanitari oggi classificati come sanità privata”.

A tal fine un documento del CNEL del 25.02.02, redatto anche con il concorso di tecnici PD neoliberisti, indica non esistere alternativa al finanziamento privato, e suggerisce la “co-programmazione pubblico privato in sanità”, eufemismo per indicare un ruolo più incisivo del capitalismo sanitario professionale, imprenditoriale e finanziario, addirittura nella pianificazione nazionale e nella destinazione del Fondo Sanitario Nazionale. Il presidente della Lombardia A. Fontana ha già raccolto il suggerimento ed ha proposto di definire una riforma del SSN, cioè il superamento della 833/78, alla Conferenza delle Regioni!!

Va delineandosi così una iniziativa politica neoliberista, veicolata tramite l’autonomismo regionale, per il superamento/negazione della 833/78, quindi dell’universalismo e del SSN.

La proposta del PD del 25.05, sempre che sia perseguita nei fatti politico amministrativi, di dotare il FSN in cinque anni sino al 7,5% del Pil presenta molte incongruenze con l’obiettivo di salvare il SSN.

Il suo gradualismo non tiene conto dell’ingravescente impatto del sottofinanziamento sul SSN e delle remunerazioni del personale, che già oggi, per pareggiare l’inflazione del 17% tra il 2019 ed il 2025, e diventare premianti, dovrebbero arrivare ad incrementi almeno del 20/25%.

Per di più, il SSN funziona in tutte le regioni con piante organiche “scoperte” e con strutture molto sottodimensionate.

In proposito è da notare che, a ben vedere, i D.M.70/15 e 77/22 sono figli, tecnicamente obsoleti, dell’“austerità” ed entrambi delineano una architettura del SSN sottodimensionata.

Obsoleta e meccanicistica è l’indicazione di una percentuale sul PIL come criterio di finanziamento, con rischi sia di “razionamenti” che di sprechi.

Con le tecnologie informatiche oggi disponibili è possibile invece determinare il Fondo sanitario Nazionale per obiettivi assistenziali definibili sulla base di accurati studi epidemiologici di “staging” della salute dei cittadini da assistere e sul connesso uso efficace ed efficiente delle tecnologie diagnostico terapeutiche e riabilitative necessarie.

È tempo di 833/78, di pianificazione nazionale convenuta con le regioni da cui una programmazione di investimenti in ed incremento della spesa pubblica in sanità, commisurata alle necessità dell’anno in corso finalizzata esclusivamente al potenziamento del SSN, senza riversare ulteriori fondi pubblici sull’accreditamento.

Così facendo si determinerebbero finanziamenti annuali, maggiori degli attuali, ma in misura minore rispetto a quella del gap con Germania e Francia, entrambe con sistemi Bismark (assicurazione obbligatoria), nettamente meno efficienti del sistema Beveridge (assistenza sanitaria erogata direttamente dal servizio sanitario pubblico), almeno, del 4%).

L’attuale stasi del finanziamento in conto capitale del SSN, espresso dal clamoroso ritardo nell’utilizzo dei già sottodimensionati circa 20 mld del PNRR e spia dell’incapacità delle regioni di “mettere a terra” investimenti, contrasta con l’aumento dei flussi finanziari per investimento nel settore privato che li utilizza per “upgrade” tecnologico, contenimento dei costi ed espansione della rete erogativa e del giro di affari.

“Concentrazione di capitali” e “consolidamento” si registrano anche nel settore assicurativo sanitario, proattivo preludio all’allargamento per legge dell’assicurazione sanitaria volontaria o indotta dall’incentivazione.

Non sfugga l’attuale iniziativa di acquisto di Assicurazioni Generali da parte di MPS, sostenuta da Governo e del Gruppo L. Caltagirone (finanziere di Fdi)

In qualsiasi caso non si salva il SSN senza una fiscalità progressiva, una seria lotta all’evasione fiscale, la ridefinizione delle poste di Bilancio (es. meno armi, + spesa sociale) ed anche il ricorso a Cassa Depositi e Prestiti, che dispone di oltre 200 mld derivanti dal risparmio postale di oltre 22 milioni di cittadini. Sembra caduto nel vuoto del governo, dell’opposizione e delle rivendicazioni sindacali, l’importantissimo Rapporto FnomCeo – Censis del 2023, che segnala straordinari impatti positivi sull’economia italiana dei

finanziamenti del SSN in termini di PIL ed occupazione, stimati in 1,85 euro per 1euro di investimento e 2,5 milioni di nuovi posti di lavoro”

Tra l'altro tutto qui, sugli investimenti, si gioca la competizione tra SSN pubblico e Sanità privata finanziarizzata, anche da player internazionali.

L'indagine completa è disponibile per il download sul sito www.areastudimediobanca.com

Considerazione

Un'altra barriera economica al dibattito democratico sulla politica e sull'economia sanitaria in Italia.

Considerazione finale

Senza lotte sociali e senza un “autunno caldo” non se ne esce.

Maggiori riflessioni sull'argomento possono essere lette [nel file allegato](#).

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=131747

quotidianosanità.it

Sia la sanità che la medicina dovrebbero voltare pagina ma sono pochi coloro che lo vorrebbero fare per davvero

Ivan Cavicchi

Gentile Direttore,

nel linguaggio teologico la “mistica unione” del corpo del sangue e dell'anima di Cristo si chiama “concomitanza”. In sanità e in medicina la “diabolica unione” della miopia, della stupidità e della incapacità, e dell'egoismo, soprattutto da parte di chi rappresenta questi settori (sindacati, ordini, società scientifiche, professioni ecc) anche si chiama “concomitanza”, con la differenza che:

nel primo caso, grazie ad essa, ci si salva e si va in paradiso,

nel secondo caso, a causa di essa, si diventi empi, scellerati, traditori, e si va dritti all'inferno. Concomitanza negativa

In tutta la mia vita ho lottato, come dimostrano i miei libri per unificare i mondi della sanità e della medicina. Per me, essi sono concomitanti per cui non si può riformare la sanità senza riformare allo stesso tempo la medicina, ma è altrettanto vero che questi mondi a causa soprattutto di coloro che li rappresentano sono ancora oggi concepiti nella loro separatezza e purtroppo anche per questo essi sono pieni di problemi e di contraddizioni.

Sono io che ho introdotto nel dibattito il termine sanitarista che altro non è se non colui che si occupa solo di articoli per uso sanitario. Tutti i rappresentanti della sanità sono sanitaristi. Sia la sinistra che la destra sono entrambi sanitariste. Il PD ma anche il M5S la sinistra radicale che contestano al governo la questione della sanità come si evince dalle loro proposte sono sanitaristi. Per tutti costoro non esiste la concomitanza tra sanità e medicina.

La mia tesi sulla “concomitanza negativa” che ho sostenuto diverse volte anche su questo giornale è quella: che sarà la complessità del sistema medico-sanitario in concomitanza con l'empietà dei suoi rappresentanti a farci fare una brutta fine che sarebbe cosa vana tentare di risolvere la prima senza risolvere la seconda. Tre articoli interessanti

In questi giorni alla riapertura del giornale dopo la pausa estiva sono stati pubblicati tre interessanti interventi con i quali mi dichiaro subito in sintonia (non mi capita spesso). Si dà il caso che tutte e tre gli articoli siano

stati scritti da persone che conosco personalmente da anni e che stimo e ognuno di loro malgrado e come vedremo alla fine dimostrano la fondatezza della mia tesi sulla concomitanza negativa ovvero sul combinato disposto tra complessità e 'empietà. In ordine di pubblicazione gli articoli pubblicati sono i seguenti:

il primo è di Lucio Romano (Componente Commissione Scientifica - Centro Interuniversitario di Ricerca Bioetica (CIRB) che sostiene una tesi molto interessante che mi permetto semplicemente di integrare e di contestualizzare meglio: in una situazione nella quale cresce la conflittualità tra cittadini e operatori sanitari e nella quale le soluzioni ricercate anche di recente (il governo ha appena varato misure per garantire in sanità agli operatori gli scudi penali) il rischio che si corre è quello di un ritorno al paternalismo e ad una forma inedita di medicina difensiva quella questa volta legata all'uso in medicina e in sanità della information technology cioè degli algoritmi che prefabbricano la decisione e la scelta clinica sulla base di procedure e che garantiscono al medico per via procedurale una qualche immunità.

Il secondo articolo è quello di Guido Quici (Presidente Federazione CIMO-FESMED) che descrive letteralmente la situazione dei medici come uno "scenario desolante" (come dargli torto) e sollecita la riapertura di un dibattito sulla "questione medica"

Il terzo articolo è di Francesco Bottaccioli (Fondatore e presidente onorario della Società Italiana di Psiconeuroendocrinoimmunologia SIPNEI) che condivide la mia analisi critica sul programma sulla sanità presentato di recente dal PD facendo notare giustamente che oltre ai problemi della sanità esistono anche quelli della medicina sostenendo quindi la necessità e io sono d'accordo con lui di definire la medicina come "una nuova scienza che orienti una nuova cura". Di certo Bottaccioli non è un sanitarista. Una coincidenza interessante

Mi colpisce che le questioni sollevate da questi tre articoli corrispondano molto con altrettante questioni da me studiate in vari momenti durante questi anni.

Relativamente alle questioni sollevate da Lucio Romano vorrei ricordare il mio libro "Medici vs cittadini. Un conflitto da risolvere" (2024) con il quale ho esaminato i forti limiti di impostazione anche culturale della commissione istituita dal ministro Nordio (commissione D'Ippolito) ma anche i limiti di coloro Fnomceo e sindacati in testa che non hanno fatto nulla per modificarli inseguendo gli scopi discutibili dell'impunità oggi raggiunti con la recente decisione del governo. Nella conclusione dei lavori della commissione la questione importante che solleva Lucio Romano non è neanche prevista e menzionata.

Su questo giornale, il tentativo fatto dalla commissione D'Ippolito l'ho definito un "buco nell'acqua" e così è stato. Oggi il mondo medico festeggia gli scudi penali e non si rende conto che gli scudi penali probabilmente lo salveranno in tribunale ma non dalle complessità sociali con le quali ha a che fare. L'impunità non ha nulla che possa riformare la medicina al contrario è un modo per riconfermarne i suoi noti limiti. Cioè è un atto di conservazione delle vecchie abitudini. Nel mio libro avevo proposto di depenalizzare il medico dalle complessità con le quali ha a che fare delle quali non ha nessuna colpa. Questione medica e scienza impareggiabile. Invece relativamente alle questioni sollevate da Guido Quici vorrei ricordare non solo un e-book pubblicato da questo giornale con il titolo la "questione medica" (rivendico la paternità di questa idea) ma anche la pubblicazione ufficiale redatta dalla Fnomceo delle 100 tesi pensate per organizzare gli statuti generali della professione al fine di risolverla. Anche qui, a proposito di empi, si deve dire che la questione medica prima accettata dalla Fnomceo e poi negata per ragioni interne legate agli interessi personali dei suoi dirigenti, è stata abbandonata, le 100 tesi sono finite al macero e gli statuti generali della professione anche se la professione come scrive Quici è in uno "scenario desolante" e va a ramengo.

Infine relativamente alle tesi di Francesco Bottaccioli che ribadisco di condividere ricordo solo che 25 anni fa ho avanzato una idea di riforma della medicina che al tempo chiamai "medicina della scelta" (2000) e che più recentemente ho chiamato "la scienza impareggiabile" (2022). In entrambi i casi proponevo rispetto alla nostra medicina scientifica niente meno che un cambio di paradigma quindi una riforma del suo apparato concettuale. Faccio notare che la decisione del governo di assicurare gli scudi penali ai lavoratori della sanità avviene a paradigma invariante cioè a contraddizioni invarianti. Cioè è una pezza chiesta dai sindacati per tappare il buco ma che probabilmente esacerberà il conflitto sociale tra sanità e società. Ma non lo risolverà. La medicina è una scienza impareggiabile perché la sua complessità reale va oltre il livello di complessità per esempio della psiconeuroendocrinoimmunologia di cui si occupa egregiamente Bottaccioli e va oltre le semplificazioni degli scudi penali. La medicina storicamente si basa sulla conoscenza dei fatti biologici, la scienza impareggiabile al contrario si basa sulle relazioni tra i fatti biologici e tanti altri generi di fatti. Sostituire

i fatti con le relazioni non è un cambiamento da poco. E' una vera e propria cesura storica. Oggi mettere insieme sanità e medicina nel senso della medicina impareggiabile è un obiettivo ancora molto lontano. Si dovrebbe voltare pagina ma personalmente sono sicuro che le questioni sollevate da Lucio Romano, Guido Quici e da Francesco Bottaccioli siano tutte pertinenti ma dopo ormai più di 50 anni di trincea ritorno al discorso di partenza cioè alla concomitanza negativa: se chi rappresenta la medicina e la sanità ha sia tanti limiti ma che tanti interessi, alla fine, per essere realisti, conoscendo le tante empietà fatte in questi anni, non possiamo farci soverchie illusioni. Alla fine per fare ciò che dicono Romano, Quici e Bottaccioli in un modo o nell'altro si dovrebbe voltare pagina ma chi lo dovrebbe fare non lo fa perché prima di tutto come dimostrano gli scudi penali non ha idea di come fare ma soprattutto perché agli "empi" non conviene mai.

La Fnomceo ha liquidato la questione medica perché ai suoi dirigenti avrebbe creato troppi problemi interni di difficile gestione e ciò avrebbe danneggiato le loro carriere. Le carriere anche con gli scudi penali sono state salvaguardate ma senza risolvere la "questione medica" e soprattutto senza fare i conti con la scienza impareggiabile. Non è un caso che la Fnomceo dopo aver ripudiato la questione medica sia praticamente sparita dalla scena lasciando la medicina praticamente con il sedere per terra. Il rischio di fare una brutta fine Si rischia di fare una "brutta fine" quando i valori fondanti sia della medicina che della sanità, in un mondo che cambia anche radicalmente, non solo non sono ridefiniti per tempo e quindi si è incapaci di adeguare la ragione alla realtà ("adequatio rei et intellectus") ma anche perché essi sono traditi per ragioni poco nobili da chi al contrario dovrebbe difenderli, ma che per un sacco di ragioni comprese tra i limiti e gli interessi personali non li difende. La mia tesi, sulla concomitanza negativa è che la medicina e la sanità faranno probabilmente una brutta fine in parte perché il cambiamento del mondo le renderà regressive, in parte perché perché coloro che li rappresentano e che dovrebbero opporsi alla regressività non sono in grado di farlo e non hanno interesse a farlo quindi non vogliono farlo. Conclusioni Dopo le tante battaglie fatte in questi anni, alla fine sono arrivato alla conclusione che la situazione è così grave e così pesante che servirebbe una exit strategy che ci permetta quanto meno di uscire dal guado e di salvare il salvabile. Oggi in tutta franchezza non so più dove sbattere la testa.

Oggi la cosa che mi è sempre più chiara è che sia la sanità che la medicina dovrebbero voltare pagina ma sono pochi coloro che lo vorrebbero fare per davvero meno che mai chi è un sindacalista o un presidente di ordine o di una società scientifica. Tutti costoro che come ho scritto tante volte a un graffio del proprio dito preferirebbe sempre e immancabilmente il crollo del mondo.

Oggi, avanti con l'età, dopo averne visto di tutti i colori, mi sono ricordato di una battuta sentita anni fa (neanche mi ricordo in quale occasione) di Daniele Luttazzi e che chissà perché mi è rimasta impressa Nella "concomitanza negativa" tra complessità e empietà il nostro futuro è tutto meno che roseo anche perché quelli che dovremmo mandare a quel paese forse sono davvero troppi.

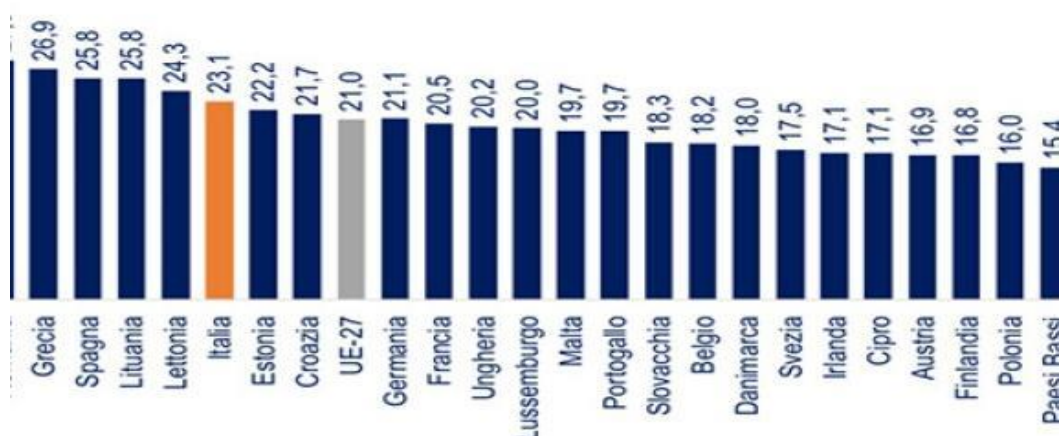
https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=131716

CORRIERE DELLA SERA

In Italia 1,3 milioni di bambini in povertà assoluta. «La vera emergenza è il capitale umano»

Giuliana Ferraino

Lo studio presentato al Forum Taha fotografa un Paese dove un minore su 7 cresce in condizioni di svantaggio educativo. Le regioni del Sud agli ultimi posti in Europa. Il costo su crescita e Pil



one a rischio povertà ed esclusione sociale nei paesi dell'UE (%), 2024.
elaborazione TEHA Group su dati Eurostat 2025.

In Italia quasi **un minore su sette vive in povertà assoluta**: significa **oltre 1,3 milioni di bambini e ragazzi** - il 13,8% del totale - privati delle opportunità di **apprendere e costruirsi un futuro**, un numero quasi raddoppiato in **dieci anni (+47%)**.

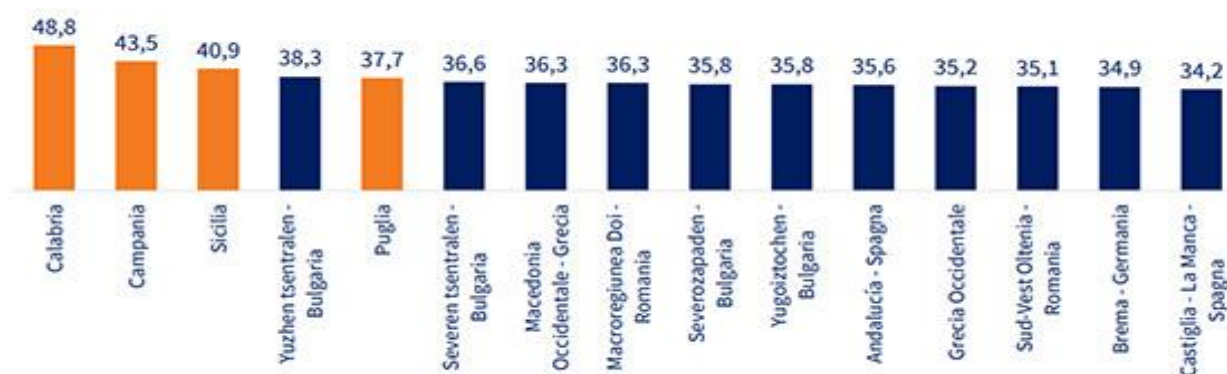
È uno dei dati più drammatici dello studio sulla povertà educativa presentato al Forum Teha di Cernobbio con il contributo della Fondazione CRT e il coordinamento scientifico di Maria Chiara Carrozza, ex ministra dell'Istruzione.

Nel complesso la percentuale di italiani a rischio di povertà educativa ed esclusione sociale **nel 2024 era pari al 23,1%**, un dato che colloca il nostro Paese al **7° tra i valori più alti nell'Unione europea**, in aumento nell'ultimo anno (+0,3%).

Non si tratta solo di un problema sociale: la povertà educativa è **un freno alla crescita del Paese**, con **3,2 milioni di posti di lavoro non creati** e conseguenze economiche stimabili in **170 miliardi di euro di Pil mancato**, pari al 9% dei valori del 2024.

La povertà educativa, spiegano i ricercatori, non è soltanto mancanza di risorse: significa **dispersione scolastica, divari territoriali, accesso diseguale al digitale e carenza di competenze**. L'Italia, rispetto all'Europa, sconta indicatori allarmanti.

Personale a rischio povertà ed esclusione sociale - Worst - 15 regioni europee NUTS - 2
(valori %), 2024



Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025

Nel 2024 quasi un giovane su dieci ha lasciato prematuramente gli studi; **il 15,2% dei ragazzi tra 15 e 29 anni è NEET**, senza lavoro né formazione; e **soltanto il 31,6% dei 25-34enni è laureato**, penultimo dato nell'Ue. Le conseguenze sono immediate: oggi nel nostro mercato **mancono 2,2 milioni di lavoratori qualificati**, mentre il 41,5% delle offerte di lavoro richiede già competenze digitali avanzate.

Il fenomeno **colpisce soprattutto il Mezzogiorno. Calabria e Campania sono tra le regioni europee con più alta incidenza di povertà ed esclusione sociale**: in Calabria quasi la metà della popolazione (48,8%) è in questa condizione, in Campania il 43,5%. Ma anche Sicilia (40,9%), Puglia (37,7%), Sardegna, Molise (25,1), Lazio (25,8%) e Basilicata (25,4%) sono sopra la media nazionale.

Il divario tra Nord e Sud è il più ampio tra i grandi Paesi Ue: 40 punti percentuali separano il Trentino Alto Adige dalla Calabria. **«La vera emergenza del Paese è il capitale umano»**, ha osservato **Carrozza**, sottolineando come il mancato investimento su istruzione e ricerca rischi di relegare l'Italia ai margini nello scenario globale.

Il problema è anche generazionale. **Dal 1990 a oggi, i bambini sotto i 5 anni sono diminuiti del 40%**, mentre gli stranieri residenti sono aumentati di 15 volte. In un Paese che invecchia, **la combinazione di crisi demografica e povertà educativa** assume un carattere esplosivo.

La dispersione scolastica e l'abbandono aprono la strada all'esclusione sociale e, nei casi peggiori, a circuiti criminali. **«Si innesca un circolo vizioso** che compromette di generazione in generazione le possibilità di crescita», aveva avvertito pochi mesi fa il presidente della Repubblica Sergio Mattarella.

Contrastare la povertà educativa, dunque, significa anche contrastare la povertà tout court. Secondo TEHA Group, **se si riuscisse a formare il 20% dei lavoratori meno istruiti si colmerebbe gran parte del gap di competenze**. Non a caso molti Paesi – dal Giappone al Messico – hanno già adottato strategie nazionali specifiche. Per l'Italia, spiegano gli autori del rapporto, l'occasione è legata all'uso dei fondi Pnrr: **costruire un piano strutturale, che metta in rete scuola, welfare, imprese e società civile**, per trasformare l'istruzione in un vero motore di inclusione.

Il messaggio è chiaro: non si tratta di beneficenza, ma di competitività. La povertà educativa non è solo il dramma di chi resta indietro: è **il rischio concreto di un'Italia meno capace di crescere, innovare e competere**.

https://www.corriere.it/economia/finanza/25_settembre_07/in-italia-1-3-milioni-di-bambini-in-poverta-assoluta-la-vera-emergenza-e-il-capitale-umano-63e928cd-5369-43c9-be65-2d9588b76x1k.shtml

Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale Gennaio-Aprile 2025

Adempimento AIFA ai sensi della Legge 222/2007 e della Legge 135/2012, successivamente modificata dalla L. 232/2016 e dalla L. 145/2018 condotto sulla base dei dati di spesa convenzionata e delle DCR acquisite dalle Regioni, nonché dei dati acquisiti dall'NSIS del Ministero della Salute, relativi alla tracciabilità del farmaco (DM 15 luglio 2004).

Tetti e fondo per farmaci innovativi

La legge di bilancio 2021 (art. 1, commi 475-477, legge n. 178 del 2020) ha rimodulato, a decorrere dal 2021, i valori percentuali dei tetti della spesa, mantenendo invariate le risorse complessive pari al 14,85% del FSN. In particolare la legge di Bilancio 2021 ha così disposto:

A decorrere dall'anno 2021, fermo restando il valore complessivo del 14,85 per cento, il limite della spesa farmaceutica convenzionata di cui all'articolo 1, comma 399, della legge 11 dicembre 2016, n. 232, è rideterminato nella misura del 7 per cento.

Conseguentemente, a partire dal medesimo anno, il tetto di spesa della spesa farmaceutica per acquisti diretti di cui all'articolo 1, comma 398, della citata legge n. 232 del 2016 è rideterminato nella misura del 7,85 per cento, fermo restando il valore percentuale del tetto per acquisti diretti di gas medicinali di cui all'articolo 1, comma 575, della legge 30 dicembre 2018, n. 145.

Successivamente l'art. 1, comma 281 Legge di Bilancio per l'annualità 2022 (Legge n. 234 del 2021) ha previsto che il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti (inclusi i gas medicinali) fosse rideterminato nella misura dell'8,15 per cento per l'anno 2023.

Infine, l'art. 1, comma 223 Legge di Bilancio per l'annualità 2024 (Legge 30 dicembre 2023, n. 213) ha previsto che il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti di cui all'articolo 1, comma 398, della legge 11 dicembre 2016, n. 232, è rideterminato, rispetto a quanto previsto dall'articolo 1, comma 281, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, nella misura dell'8,5 per cento a decorrere dall'anno 2024.

Conseguentemente il tetto della spesa farmaceutica convenzionata è rideterminato nel valore del 6,8 per cento a decorrere dal medesimo anno 2024. Resta fermo il valore percentuale del tetto per acquisti diretti di gas medicinali di cui all'articolo 1, comma 575, della legge 30 dicembre 2018, n. 145. Inoltre la Legge di Bilancio 2017 ha istituito:

- a decorrere dal 1° gennaio 2017, nello stato di previsione del Ministero della Salute un Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi non oncologici, con una dotazione di 500 milioni di euro annui (comma 400);
- a decorrere dal 1° gennaio 2017, nello stato di previsione del Ministero della Salute un Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali oncologici innovativi, con una dotazione di 500 milioni di euro annui, mediante utilizzo delle risorse del comma 393 (comma 401).

Tabella 1 Spesa farmaceutica convenzionata nel periodo Gennaio - Aprile 2025 rispetto allo stesso periodo del 2024.

	Gennaio-Aprile 2024	Gennaio-Aprile 2025	Δ assoluta	Δ% 25 vs 24	Δ% 24 vs 23
Spesa lorda prezzi al pubblico (€)*	3.359,4	3.452,4	93,0	2,8	-0,4
Spesa lorda convenzionata ¹ (€)	3.306,2	3.326,1	20,0	0,6	-0,4
Compartecipazione Totale ² (€)	512,9	508,4	-4,5	-0,9	2,4
Spesa netta convenzionata ³ (€)	2.700,1	2.811,0	110,9	4,1	2,3
Ricette	195,8	195,7	-0,1	-0,1	2,4

Dati in milioni.

* Importo lordo (prezzo al pubblico per confezione) a lordo iva.

¹ Da marzo 2024 spesa lorda calcolata sulla base della nuova normativa (Legge di bilancio 30 dicembre 2023, n. 213, art. 225-227).

² Somma dei ticket per ricetta e dell'eventuale quota di compartecipazione sul prezzo del farmaco a brevetto scaduto to al prezzo di riferimento.

³ Spesa netta come da DCR al netto della compartecipazione totale, degli sconti SSN e delle rettifiche regionali (cfr tab 2).

Tabella 2 Composizione della spesa farmaceutica convenzionata, come derivante dalle DCR (Distinte Contabili Riepilogative) nel periodo Gennaio-Aprile 2025 per singola regione.

Regione	A Spesa lorda ¹ Gen-Apr	B Spesa lorda convenzionata ¹ Gen-Apr	C di cui Farmaci classe C	D di cui Ossigeno	E Spettanze Catena Distributiva	F Remunerazio ne Farmacie	G Quota prezzo di riferimento	H Ticket fisso per ricetta	I Sconto Det. AIFA 30/12/05	J Rettifiche Regionali (accrediti - addebiti)	K=B-G-H+J Spesa netta convenzionata
PIEMONTE*	215.556.031	211.147.211	38.783	323.927	149.884.790	60.894.473	19.110.301	166.049	275.304	-82.530	191.513.027
V. D'AOSTA	5.841.898	5.698.847	796	10.838	3.690.327	1.525.847	544.701	520.375	7.414	-2.735	4.623.621
LOMBARDIA	670.118.437	620.031.862	0	1.236.555	463.578.566	151.917.863	46.752.050	47.946.439	1.328.734	0	524.004.639
P.A. BOLZANO	20.941.062	20.024.903	2.406	18.090	14.570.243	5.432.827	2.077.308	1.682.864	27.903	0	16.236.828
P.A. TRENTO*	26.906.794	26.142.511	6.822	75.380	18.668.479	7.385.490	2.299.858	40.275	31.139	0	23.771.239
VENETO	232.440.065	226.736.564	59.002	469.131	146.842.584	58.821.831	23.154.666	21.334.522	279.576	-35.769	181.932.032
FRIULI V.G. ¹	63.405.399	61.747.575	14.478	163.654	44.037.969	17.531.473	5.823.038		80.096	-10.825	55.833.617
LIGURIA	82.155.798	80.072.576	50.532	221.206	57.032.312	22.768.637	7.710.807	3.693.175	99.571	10.631	64.805.970
E. ROMAGNA*	211.597.349	210.628.870	72.183	484.616	146.990.144	63.081.927	22.400.896	151.117	228.874	-48.773	187.799.210
TOSCANA*	179.321.526	176.541.445	85.575	1.099.423	121.088.533	50.218.778	16.534.453	120.966	330.467	-56.527	159.499.031
UMBRIA*	47.297.668	46.355.554	29.157	243.731	32.752.768	13.329.898	5.415.558	17.700	56.347	348	40.866.296
MARCHE ¹	90.071.654	87.730.231	33.093	0	62.734.911	24.995.319	9.832.762	35.188	109.589	-1.994	77.750.698
LAZIO	353.370.484	339.738.277	654.924	1.888.966	238.404.481	90.571.322	46.778.664	5.821.226	464.749	-45.184	286.628.455
ABRUZZO	79.895.780	78.484.956	128.030	415.658	53.889.336	21.915.758	8.857.028	2.071.824	102.110	-65.262	67.388.732
MOUSE	18.554.998	18.561.745	2.160	187.381	12.791.540	5.580.663	2.258.566	1.003.852	21.415	-54.386	15.223.527
CAMPANIA	359.127.509	346.042.834	335.855	4.290.557	246.969.377	93.741.528	43.403.406	27.242.679	465.652	89.992	275.021.089
PUGLIA	253.083.507	244.493.130	266.075	1.829.982	174.812.759	67.584.313	27.869.345	15.262.131	324.134	-141.587	200.895.934
BASILICATA*	35.805.507	34.928.923	12.441	197.651	24.938.535	9.780.295	4.373.399	15.029	54.459	-92.329	30.393.707
CALABRIA	122.296.436	119.931.850	110.968	726.426	84.890.196	34.204.261	14.490.949	5.001.689	156.662	-2.033	100.280.518
SICILIA	286.083.735	275.680.832	114.008	1.878.026	187.389.963	72.548.736	36.110.223	17.378.181	368.098	-51.324	221.773.006
SARDEGNA ¹	98.569.369	95.402.871	141.049	243.631	68.738.276	26.664.594	9.316.580	46.997	128.065	-1.157.964	84.753.266
ITALIA	3.452.441.006	3.326.123.568	2.158.336	16.004.828	2.354.696.086	900.495.836	355.114.558	149.552.275	4.940.357	-1.748.252	2.810.994.443

Fonte: Distinte Contabili Riepilogative (DCR) comunicate dalle Regioni ad AIFA.

¹ Importo lordo (prezzo al pubblico per confezione) a lordo iva.

² Da marzo 2024 spesa lorda calcolata sulla base della nuova normativa (Legge di bilancio 30 dicembre 2023, n. 213, art. 1 con m. 225-227).

* Regioni che hanno abolito il ticket fisso. Si riportano di seguito le relative determinazioni:

- Emilia-Romagna: DGR 27-75/2018, con decorrenza dal 1 gennaio 2019;

- Piemonte: DGR n. 39-8425/2019, con decorrenza dal 1 marzo 2019;

- PA Trento: DGR 2170 del 20 dicembre 2019, con decorrenza dal 1 gennaio 2020;

- Umbria: DGR 1267/2019, con decorrenza dal 1 settembre 2020;

- Basilicata: DGR 496/2020, dalla data di pubblicazione sul BURB n. 70 del 27.07.2020 e fino al 31.08.2020, successivamente riconfermata con decorrenza dal 01/09/2020;

- Toscana: DGR 1134/2020, con decorrenza dal 1 settembre 2020.

Tabella 4 Riepilogo della spesa relativa a tutte le compartecipazioni a carico del cittadino nel periodo Gennaio-Aprile 2025, nelle singole regioni, rispetto allo stesso periodo del 2024. Dettaglio della quota di compartecipazione per Regione relativa all'eventuale differenziale tra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento dei farmaci a brevetto scaduto.

Regione	B Totale compartecip. Gen-Apr 24	C Totale compartecip. Gen-Apr 25	D=C-B Var assoluta	E=100*D/B Var %	F Quota di compartecip. sul prezzo di riferimento 2025	G Var % rispetto al 2024	H=C-F Ticket fisso per ricetta 2025	I Var % rispetto al 2024	J=100*F/C Inc % Quota Prif. Sulla compartecip. totale	K=100*H/C Inc % Ticket Fisso sul totale	L=G/A Peso % del Ticket totale sulla Lorde convenzionat a Gen-Apr 25	M=I/A Peso % della compartecip. sulla Lorde convenzionat a Gen-Apr 25	N=L/A Peso % del Ticket fisso sulla Lorde convenzionata Gen-Apr 25
PIEMONTE*	20.099.595	19.276.350	-823.246	-4,1	19.110.301	-4,2	166.049	8,4	99,1	0,9	9,1	9,1	0,1
V. D'AOSTA	1.052.245	1.065.076	12.831	1,2	944.701	-0,8	520.375	9,4	51,1	48,9	18,7	9,6	9,1
LOMBARDIA	93.255.728	94.698.489	1.442.761	1,5	46.752.050	-5,1	47.946.439	4,2	48,4	50,6	15,3	7,3	7,7
P.A. BOLZANO	3.713.371	3.760.172	46.801	1,3	2.077.308	0,0	1.682.864	2,8	55,2	44,8	18,8	10,4	8,4
P.A. TRENTO*	2.369.234	2.340.133	-29.101	-1,2	2.299.858	-1,5	40.275	18,9	98,3	1,7	9,0	8,8	0,2
VENETO	43.836.020	44.489.188	653.167	1,5	23.154.666	-0,2	21.334.522	3,4	52,0	48,0	19,6	10,2	9,4
FRIULI V.G.*	5.956.276	5.823.038	-133.238	-2,2	5.823.038	-2,2			100,0		9,4	9,4	
LIGURIA	15.323.219	15.177.666	-145.553	-0,9	7.710.807	-5,8	3.693.175	-48,3	50,8	24,3	19,0	9,6	4,6
E. ROMAGNA*	22.562.430	22.552.013	-10.417	-0,0	22.400.896	-0,1	151.117	5,1	99,3	0,7	10,7	10,6	0,1
TOSCANA*	17.409.439	16.635.419	-774.020	-4,3	16.534.453	-4,4	120.966	8,4	99,3	0,7	9,4	9,4	0,1
UMBRIA*	5.506.293	5.433.259	-73.035	-1,3	5.415.558	-1,3	17.700	4,8	99,7	0,3	11,7	11,7	0,0
MARCHE*	9.835.949	9.867.949	32.000	0,3	9.832.762	0,1	35.188	101,9	99,6	0,4	11,2	11,2	0,0
LAZIO	54.327.847	52.599.890	-1.727.957	-3,2	46.778.664	-2,7	5.821.226	-6,6	88,8	11,1	15,5	13,8	1,7
ABRUZZO	11.492.777	10.928.852	-563.925	-4,9	8.857.028	-4,2	2.071.824	-7,7	81,0	19,0	13,9	11,3	2,6
MOLISE	3.204.049	3.262.418	58.369	1,8	2.258.566	1,4	1.003.852	2,7	69,2	30,8	17,6	12,2	5,4
CAMPANIA	71.762.609	70.646.085	-1.116.524	-1,6	43.403.406	-5,9	27.242.679	-1,0	61,4	38,6	20,4	12,5	7,9
PUGLIA	43.282.091	43.131.476	-150.616	-0,3	27.869.345	-0,7	15.262.131	0,2	64,6	35,4	17,6	11,4	6,2
BASILICATA*	4.430.137	4.388.427	-41.710	-0,9	4.373.399	-0,9	15.029	-1,0	99,7	0,3	12,6	12,5	0,0
CALABRIA	19.657.786	19.492.638	-165.148	-0,8	14.490.949	-1,9	5.001.689	2,3	74,3	25,7	16,3	12,1	4,2
SICILIA	54.291.958	53.488.404	-803.554	-1,5	36.110.223	-3,2	17.378.181	2,4	67,5	32,5	19,4	13,1	6,3
SARDEGNA*	9.568.033	9.363.576	-204.457	-2,1	9.316.590	-2,0	46.997	-19,8	99,3	0,5	9,8	9,8	0,0
ITALIA	512.937.088	508.440.517	-4.496.571	-0,9	355.114.558	-2,0	149.552.275	-0,6	69,8	29,4	15,3	10,7	4,5

Fonte: Distinta Contabili Riepilogative (DCR) comunicate dalle Regioni all'AIFA.
 *Da marzo 2024 spesa lorda calcolata sulla base della nuova normativa (legge di bilancio 30 dicembre 2023, n. 213, art. 1 commi 225-227).
 *Regioni che non applicano il Ticket fisso per ricetta. In queste regioni la quota riportata in tabella è relativa alle ricette in mobilità.
 *Regioni che hanno abolito il ticket fisso. Si riportano di seguito le relative determine:
 - Emilia-Romagna: DGR 27-75/2018*, con decorrenza dal 1 gennaio 2019;
 - Piemonte: DGR n.39-8425/2019, con decorrenza dal 1 marzo 2019;
 - PA Trento: DGR 2170 del 20 dicembre 2019, con decorrenza dal 1 gennaio 2020;
 - Umbria: DGR 1267/2019, con decorrenza dal 1 settembre 2020;
 - Basilicata: DGR 696/2020, della data di pubblicazione sul BUR n.70 del 27.07.2020 e fino al 31.08.2020, successivamente riconfermata con decorrenza dal 01/09/2020;
 - Toscana: DGR 1134/2020, con decorrenza dal 1 settembre 2020.

Tabella 5.1 Indicatori pro-capite di spesa e consumi farmaceutica convenzionata, per Regione, popolazione pesata 2024, relativi al periodo Gennaio-Aprile 2025.

Regione	Pop. pesata 2024	N° ricette pro- capite (Valori medi mensili)	N° medio di confezioni per ricetta	Spesa Lorde convenzionat a* pro-capite (€) (Valori medi mensili)	Spesa netta DCR pro- capite (€) (Valori medi mensili)	spesa ticket totale pro- capite (€) (Valori medi mensili)	di cui spesa ticket fisso pro-capite (€) (Valori medi mensili)	di cui spesa compartecip. pro-capite (€) (Valori medi mensili)	Costo medio per ricetta* (€)	DDD pro- capite (Valori medi mensili)
PIEMONTE	4.422.520	0,8	1,8	11,9	10,8	1,1	0,0	1,1	14,3	32,9
V. D'AOSTA	125.900	0,7	1,9	11,3	9,2	2,1	1,0	1,1	14,0	29,9
LOMBARDIA	9.891.825	0,7	2,0	15,7	13,2	2,4	1,2	1,2	18,7	35,2
P.A. BOLZANO	497.416	0,5	1,9	10,1	8,2	1,9	0,8	1,0	15,1	27,9
P.A. TRENTO	534.806	0,8	1,8	12,2	11,1	1,1	0,0	1,1	14,5	34,6
VENETO	4.887.202	0,7	1,9	11,6	9,3	2,3	1,1	1,2	13,7	31,8
FRIULI V.G.	1.258.947	0,7	1,9	12,3	11,1	1,2		1,2	15,2	34,4
LIGURIA	1.635.507	0,7	1,8	12,2	9,9	2,3	0,6	1,2	13,7	30,2
E. ROMAGNA	4.490.048	0,8	1,8	11,7	10,5	1,3	0,0	1,2	13,3	35,5
TOSCANA	3.807.571	0,8	1,7	11,6	10,5	1,1	0,0	1,1	13,3	32,7
UMBRIA	892.263	0,9	1,6	13,0	11,5	1,5	0,0	1,5	12,2	35,3
MARCHE	1.530.434	0,9	1,7	14,3	12,7	1,6	0,0	1,6	14,3	36,4
LAZIO	5.667.881	0,9	1,8	15,0	12,6	2,3	0,3	2,1	14,0	35,7
ABRUZZO	1.296.819	0,9	1,7	15,1	13,0	2,1	0,4	1,7	13,7	35,1
MOLISE	300.520	1,0	1,7	15,4	12,7	2,7	0,8	1,9	13,0	38,4
CAMPANIA	5.217.037	1,0	1,8	16,6	13,2	3,4	1,3	2,1	13,8	38,9
PUGLIA	3.867.811	1,0	1,8	15,8	13,0	2,8	1,0	1,8	13,6	38,9
BASILICATA	541.808	1,1	1,6	16,1	14,0	2,0	0,0	2,0	13,1	37,7
CALABRIA	1.807.868	1,0	1,7	16,6	13,9	2,7	0,7	2,0	13,8	37,0
SICILIA	4.659.943	1,0	1,7	14,8	11,9	2,9	0,9	1,9	12,4	37,3
SARDEGNA	1.655.622	0,9	1,7	14,4	12,8	1,4	0,0	1,4	14,5	37,5
ITALIA	58.989.749	0,8	1,8	14,1	11,9	2,2	0,6	1,5	14,4	35,3

*Al numeratore spesa netta (al netto degli sconti versati dalle farmacie, di tutti i tipi di compartecipazione e anche del pay-back 1,83% versato alle regioni dalle ditte).
 * cfr nota a Tabella 1.

Tabella 6.1 Verifica del rispetto del tetto di spesa programmato (6,80%) nel periodo Gennaio - Aprile 2025.

	Spesa convenzionata da tetto	FSN(*)	Tetto spesa programmata (6,80%)	Scostamento assoluto	% su FSN	% su FSN Gen-Apr 2024
Convenzionata ¹	2.879,6	45.118,1	3.068,0	-188,4	6,38	6,33

Dati in milioni di €.

* Fin 2025 provvisorio comunicato dal Ministero della Salute il 27/06/2025.

¹ Spesa farmaceutica al netto del pay-back delle aziende farmaceutiche a beneficio delle Regioni. Spesa farmaceutica netta è così ottenuta (Cfr. Tabella 6.2).

1. Payback relativo alla sospensione della riduzione di prezzo del 5 per cento per medicinali di fascia A erogati in regime di assistenza convenzionata e non convenzionata, ai sensi dell'art. 2 comma 796, lettera g della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive proroghe (dato effettivo Gennaio-Aprile 2025:).

2. Payback del 0,1,83 per cento sulla spesa farmaceutica convenzionata a prezzi al pubblico al netto dell'imposta sul valore aggiunto ai sensi dell'art. 11, comma 6, del D.L. 78/2010 convertito con modificazioni nella Legge 30 luglio 2010, n.122, e ulteriormente modificato dall'art. 2, comma 12-septies, del D.L. 29 dicembre 2010, n.225, convertito, con modificazioni, dalla Legge 26 Febbraio 2012, n.10, e s.m.m.i. (impatto Gennaio-Aprile 2025 pari a 57,4 milioni di euro).

3. Tetto di prodotto Gennaio-Aprile 2025: sono presenti i payback pubblicati in GU nel periodo indicato con dettaglio regionale (seguendo il criterio di cassa). Per quanto riguarda il calcolo del Payback qualora si tratti di farmaco in fascia A si imputa il payback alla spesa convenzionata, qualora in classe H o in fascia A-PHT agli acquisti diretti (impatto Gennaio-Aprile 2025 pari a 10,1 milioni di euro).

4. Importi relativi ai payback 2022 ai sensi dell'art. 48, comma 33-bis, del D.L. 269/2003, conv. dalla L. 326/2003 e s.m.m.i. ai sensi dell'art. 11, comma 2, del D.L. 158/2012, conv. dalla L. 189/2012 (cd. "payback di manovra"). Per quanto riguarda il calcolo del Payback qualora si tratti di farmaco in fascia A si imputa il payback alla spesa convenzionata, qualora in classe H o in fascia A-PHT agli acquisti diretti (impatto Gennaio-Aprile 2025 pari a 3,5 milioni di euro).

5. Valore delle retrocessioni derivanti dagli sconti confidenziali, relativi alle AIC elencate nell'allegato 1 alla determina AIFA del 3 maggio 2024 pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 108 del 10 maggio 2024, "Aggiornamento del Prontuario della continuità assistenziale ospedale-territorio (PHT) per il transito dal regime di classificazione «A-PHT» alla fascia «A» di medicinali afferenti a specifiche classi farmacologiche" (impatto Gennaio-Aprile 2025 pari a 10,0 milioni di euro).

Tabella 6.2 Spesa farmaceutica convenzionata nel periodo Gennaio-Aprile 2025 e verifica del rispetto del tetto di spesa del 6,80% per singola regione in ordine decrescente di incidenza sul FSR*.

Regione	A FSN ¹ Gen-Apr 25	B=A*6,80% Tetto 6,80%	C Spesa netta convenzionata ²	D Payback 1,83%	E Payback ³	F=C-D-E Spesa netta ³	G Ticket fisso per ricetta	H=F+G Spesa convenzionata da tetto	I=H-B Scostamento assoluto	J=H/A*100 Inc.% su FSR	Anno 2024 Inc. % spesa su FSR 2024
LOMBARDIA	7.618.439.957	518.053.917	524.004.639	11.088.833	3.690.057	509.225.750	47.946.439	557.172.189	39.118.271	7,31	7,08
BASILICATA	411.924.636	28.010.875	30.393.707	595.688	294.758	29.503.261	15.029	29.518.290	1.507.415	7,17	7,42
CALABRIA	1.429.181.667	97.184.353	100.280.518	2.036.531	1.057.667	97.186.320	5.001.689	102.188.009	5.003.655	7,15	7,18
PUGLIA	2.979.180.469	202.584.272	200.895.954	4.208.431	1.837.067	194.850.436	15.262.131	210.112.567	7.528.295	7,05	6,87
CAMPANIA	4.206.518.174	286.043.236	275.021.089	5.972.993	2.710.285	266.337.812	27.242.679	293.580.491	7.537.255	6,96	7,07
ABRUZZO	980.066.144	66.644.498	67.388.732	1.328.861	799.289	65.260.583	2.071.824	67.332.406	687.908	6,87	6,99
MOLISE	229.735.931	15.622.043	15.223.527	308.829	151.111	14.763.587	1.003.852	15.767.438	145.395	6,86	6,72
SARDEGNA	1.200.562.573	81.638.255	84.753.266	1.639.572	830.700	82.282.994	46.997	82.329.990	691.735	6,86	7,20
MARCHE	1.145.647.913	77.904.058	77.750.698	1.497.917	696.211	75.556.570	35.188	75.591.758	-2.312.300	6,60	6,41
LAZIO	4.334.163.490	294.723.117	286.628.455	5.870.324	2.385.904	278.372.228	5.821.226	284.193.454	-10.529.664	6,56	6,81
SICILIA	3.628.146.435	246.713.958	221.773.006	4.759.499	1.637.839	215.375.668	17.378.181	232.753.849	-13.960.108	6,42	6,46
FRIULI V.G.	907.436.442	61.705.678	55.833.617	1.054.748	403.971	54.374.897		54.374.897	-7.330.781	5,99	5,88
UMBRIA	669.305.445	45.512.770	40.866.296	786.558	371.486	39.708.252	17.700	39.725.952	-5.786.818	5,94	5,67
P.A. TRENTO	403.644.300	27.447.812	23.771.239	447.538	173.278	23.150.423	40.275	23.190.698	-4.257.115	5,75	5,76
PIEMONTE	3.299.621.709	224.374.276	191.513.027	3.585.146	1.293.261	186.634.620	166.049	186.800.669	-37.573.607	5,66	5,54
LIGURIA	1.212.352.736	82.439.986	64.805.970	1.366.160	680.950	62.758.860	3.693.175	66.452.035	-15.987.951	5,48	5,70
TOSCANA	2.844.961.982	193.457.415	159.499.031	2.982.977	1.369.469	155.146.585	120.966	155.267.551	-38.189.864	5,46	5,37
E. ROMAGNA	3.421.470.689	232.660.007	187.799.210	3.519.336	1.359.991	182.919.883	151.117	183.070.999	-49.589.008	5,35	5,15
VENETO	3.712.953.391	252.480.831	181.932.032	3.866.384	1.602.203	176.463.445	21.334.522	197.797.967	-54.682.863	5,33	5,14
V. D'AOSTA	94.791.907	6.445.850	4.623.621	97.062	40.223	4.486.335	520.375	5.006.710	-1.439.140	5,28	5,29
P.A. BOLZANO	387.945.709	26.380.308	16.236.828	347.810	173.218	15.715.800	1.682.864	17.398.664	-8.981.644	4,48	4,36
ITALIA	45.118.051.700	3.068.027.516	2.810.994.443	57.361.197	23.558.938	2.730.074.308	149.552.275	2.879.626.583	-188.400.933	6,38	6,33

In rosso le Regioni che non rispettano il tetto di spesa.

* Fin 2025 provvisorio comunicato dal Ministero della Salute il 27/06/2025.

¹ Spesa al lordo del Payback 1,83% e altri Payback (cfr. tab. 7).

² Somma dei Payback ad eccezione del payback 1,83% (cfr. tab. 7).

Tabella 7 Valore dei payback, totali e distinti per tipologia, che incidono sul tetto della spesa farmaceutica convenzionata per il periodo Gennaio - Aprile 2025 versati dalle aziende farmaceutiche alle Regioni.

Regione	Pay-back 1,83% Convenzionat a di fascia A ^h	Pay-back 5% Convenzionat a Fascia A ^h	Ripiano Sfondamenti Tetti di prodotto di Fascia A ⁱ	Payback di manovra ^l	Retrocessione ^m	Totale Payback
PIEMONTE	3.585.146	0	544.697	118.582	629.982	4.878.407
V. D'AOSTA	97.062	0	26.381	1.900	11.943	137.286
LOMBARDIA	11.088.833	0	1.448.961	708.851	1.532.244	14.778.890
P.A. BOLZANO	347.810	0	101.420	14.905	56.893	521.029
P.A. TRENTO	447.538	0	100.970	19.599	52.709	620.816
VENETO	3.866.384	0	626.277	193.984	781.941	5.468.586
FRIULI V.G.	1.054.748	0	183.700	53.694	166.578	1.458.720
LIGURIA	1.366.160	0	352.430	67.210	261.310	2.047.110
E. ROMAGNA	3.519.336	0	516.769	148.561	694.661	4.879.327
TOSCANA	2.982.977	0	647.124	124.000	598.344	4.352.446
UMBRIA	786.558	0	110.347	55.919	205.220	1.158.044
MARCHE	1.497.917	0	265.443	123.996	306.772	2.194.128
LAZIO	5.870.324	0	972.195	353.398	1.060.311	8.256.227
ABRUZZO	1.328.861	0	482.648	109.676	206.965	2.128.150
MOLISE	308.829	0	67.137	28.312	55.662	459.940
CAMPANIA	5.972.993	0	1.093.684	378.754	1.237.847	8.683.278
PUGLIA	4.208.431	0	774.791	313.937	748.338	6.045.498
BASILICATA	595.688	0	98.955	87.196	108.607	890.445
CALABRIA	2.036.531	0	384.159	193.588	479.920	3.094.199
SICILIA	4.759.499	0	885.982	285.646	466.211	6.397.338
SARDEGNA	1.639.572	0	386.719	112.118	331.863	2.470.272
ITALIA	57.361.197	0	10.070.789	3.493.826	9.994.323	80.920.135

^a Il valore del Payback 1,83 è calcolato al netto del Payback 5%.

^h Pay-back relativo alla sospensione della riduzione di prezzo del 5 per cento per medicinali di fascia A in regime di assistenza convenzionata, ai sensi dell'art. 1 comma 796, lettera g della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive proroghe).

ⁱ Tetti di prodotto Gennaio - Aprile 2025: sono presenti i payback pubblicati in GU nel periodo indicato con dettaglio regionale (seguendo il criterio di cassa). Per quanto riguarda il calcolo del Payback qualora si tratti di farmaco in fascia A si imputa il payback alla spesa convenzionata, qualora in classe H o in fascia A-PHT agli acquisti diretti.

^l Importi relativi ai payback 2022 ai sensi dell'art. 48, comma 33-bis, del D.L. 268/2003, conv. dalla L. 326/2003 e ss.mm.ii. ai sensi dell'art. 11, comma 1, del D.L. 158/2012, conv. dalla L. 289/2012 (cd. "payback di manovra").

^m Valore delle retrocessioni derivanti dagli sconti confidenziali, relativi alle AIC elencate nell'allegato 1 alla determina AIFA del 3 maggio 2024 pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 108 del 10 maggio 2024, "Aggiornamento del Prontuario della continuità assistenziale ospedale-territorio (PHT) per il transito dal regime di classificazione «A-PHT» alla fascia «A» di medicinali appartenenti a specifiche classi farmacologiche."

Tabella 8.4 Spesa farmaceutica per acquisti diretti (al netto dei Gas Medicinali) individuata tramite il flusso della tracciabilità^m del farmaco nel periodo Gennaio – Aprile 2025 e veri del rispetto del tetto di spesa del 8,30%, per regione in ordine decrescente di incidenza sul FSN.

Regione	A FSN ⁿ Gen-Apr 25	B=A*8,30% Tetto 8,30%	C Spesa tracciabilità ^m (SOLO classe A e H - Colonne B e C Tab.8.1)	D Payback ^l	E Stima spesa per farmaci innovativi per le sole indicazioni innovative ^l e dei farmaci reserve, al netto dei PB, coperta dal fondo(s) ^l	F=C-D-E Spesa Acquisti diretti(s)	G=F-B Scostamento assoluto	H=F/A% Inc. % su FSR	Anno 2024 Inc. % spesa su FSR 2024
SARDEGNA ¹	1.200.562.573	99.646.694	161.301.064	2.986.346	0	159.314.718	58.668.024	13,19	13,33
UMBRIA	669.305.445	55.552.352	92.593.829	1.999.342	3.539.487	87.054.990	31.502.638	13,01	13,62
CAMPANIA	4.208.518.174	349.141.008	580.314.499	10.029.394	25.770.058	944.515.048	195.374.039	12,94	13,61
E. ROMAGNA	3.421.470.689	283.982.067	466.805.830	7.906.376	22.946.189	435.753.264	151.771.197	12,74	13,22
MARCHE	1.145.647.913	95.088.777	153.451.108	2.949.043	6.354.302	144.147.762	49.058.886	12,58	11,92
ABRUZZO	980.066.144	81.345.490	130.933.120	2.916.790	5.396.114	122.620.216	41.274.726	12,51	12,55
BASILICATA	411.924.636	34.189.745	53.665.385	1.321.032	1.647.950	50.696.402	16.506.657	12,31	11,77
FRIULI V.G. ¹	907.436.442	75.317.225	113.528.459	2.574.692	0	110.993.767	35.636.543	12,23	13,01
LIGURIA	1.112.352.736	100.625.277	157.789.799	3.239.895	7.552.024	146.997.920	46.372.643	12,13	11,60
PUGLIA	2.979.180.489	247.271.979	386.946.781	8.673.114	17.729.136	360.544.531	113.272.552	12,10	12,35
LAZIO	4.334.163.490	359.735.070	545.367.312	9.280.281	21.509.660	514.577.371	154.841.801	11,87	11,41
TOSCANA	2.844.961.982	236.131.845	362.536.578	7.042.565	18.250.808	337.243.205	101.111.361	11,85	11,80
MOLISE	229.735.931	19.068.082	27.391.513	548.149	636.835	26.206.529	7.138.447	11,41	12,74
CALABRIA	1.429.181.667	118.622.078	174.851.181	3.760.270	8.110.771	162.980.140	44.358.062	11,40	11,68
VENETO	3.712.953.391	308.175.131	448.737.673	8.739.101	16.995.816	423.002.756	114.827.624	11,39	11,38
SICILIA ¹	3.628.146.435	301.136.154	431.396.035	8.818.850	11.858.120	410.719.064	109.582.910	11,32	10,70
PIEMONTE	3.299.621.709	273.868.602	386.898.562	7.083.583	17.158.633	362.656.346	88.787.744	10,99	12,15
P.A. BOLZANO	387.945.709	32.199.494	43.709.809	1.344.615	0	42.365.194	10.165.700	10,92	10,94
V. D'AOSTA ¹	94.791.907	7.867.728	9.784.322	124.684	0	9.659.638	1.791.910	10,19	10,49
LOMBARDIA	7.618.439.957	632.330.516	807.705.014	18.454.595	41.698.316	747.552.103	115.221.587	9,81	9,54
P.A. TRENTO ¹	403.644.300	33.502.477	38.672.888	909.131	0	37.763.757	4.261.280	9,36	9,86
ITALIA	45.118.051.700	3.744.798.291	5.574.180.760	110.701.807	257.697.641	5.205.781.312	1.460.983.021	11,54	11,62

In rosso le Regioni che non rispettano il tetto di spesa.

¹ Per i farmaci innovativi, ai sensi della legge 30 dicembre 2024, n. 207, articolo 1, commi 281-292 e della determina n. 96/2025, è riportata la stima per le sole indicazioni innovative piane e condizionate al netto dei payback.

² Fan 2025 provvisoria comunicata dal Ministero della Salute il 27/06/2025.

³ La spesa non comprende i vaccini, ai sensi dell'art.15, comma 5, della L.135/22, ed è calcolata sulla base del dato di tracciabilità trasmesso dalle Aziende Farmaceutiche in ottemperanza del DM 15 luglio 2004 del Ministero della Salute.

⁴ Per le Regioni in cui è presente la spesa di Farmaci innovativi (A e H) la spesa è calcolata sulla base del dato di tracciabilità trasmesso dalle Aziende Farmaceutiche in ottemperanza del DM 15 luglio 2004 del Ministero della Salute.

Tabella 12.2 Verifica del rispetto del tetto di spesa programmato della spesa farmaceutica per acquisti diretti^w (8,30+0,20) nel periodo Gennaio-Aprile 2025

	Spesa	FSN*	Tetto spesa programmata	%	Scostamento assoluto	% su FSN	% su FSN Gen-Apr 2024
Spesa per farmaci al netto dei Gas Medicinali	5.205,8	45.118,1	3.744,8	8,30%	1.461,0	11,54	11,62
di cui							
Spesa per farmaci che non accedono al fondo innovativi [†] al netto dei Gas Medicinali	5.205,8	45.118,1	3.744,8	8,30%	1.461,0	11,54	11,62
Spesa per farmaci innovativi [‡] non coperta dal fondo	0,0	45.118,1	3.744,8			0,00	0,00
Spesa per farmaci "reserve" [§] non coperta dal fondo	0,0	45.118,1	3.744,8			0,00	
Spesa per Gas Medicinali	81,1	45.118,1	90,2	0,20%	-9,2	0,18	0,17
Spesa Complessiva	5.286,8	45.118,1		8,30 + 0,20%	1.461,0	11,72	11,80

Dati in milioni di €

^{*} Fsn 2025 provvisorio comunicato dal Ministero della Salute il 27/06/2025.

[†] Per i farmaci innovativi, ai sensi della legge 30 dicembre 2024, n. 207, articolo 1, commi 281-292 e della determina n. 966/2025 è riportata la stima per le sole indicazioni innovative piene e condizionate.

[‡] Ai sensi della legge 30 dicembre 2024, n. 207, articolo 1, commi 281-292 e della determina n. 966/2025 è riportata la spesa per i farmaci reserve.

[§] Il Fondo per Farmaci Innovativi (FFI) è stato istituito ai sensi della legge 30 dicembre 2024, n. 207, articolo 1, comma 281, e della determina n. 966/2025.

Grafico 3 – Scostamento dal tetto della Spesa convenzionata e dal tetto della Spesa per Acquisti diretti – Valori regionali e nazionale

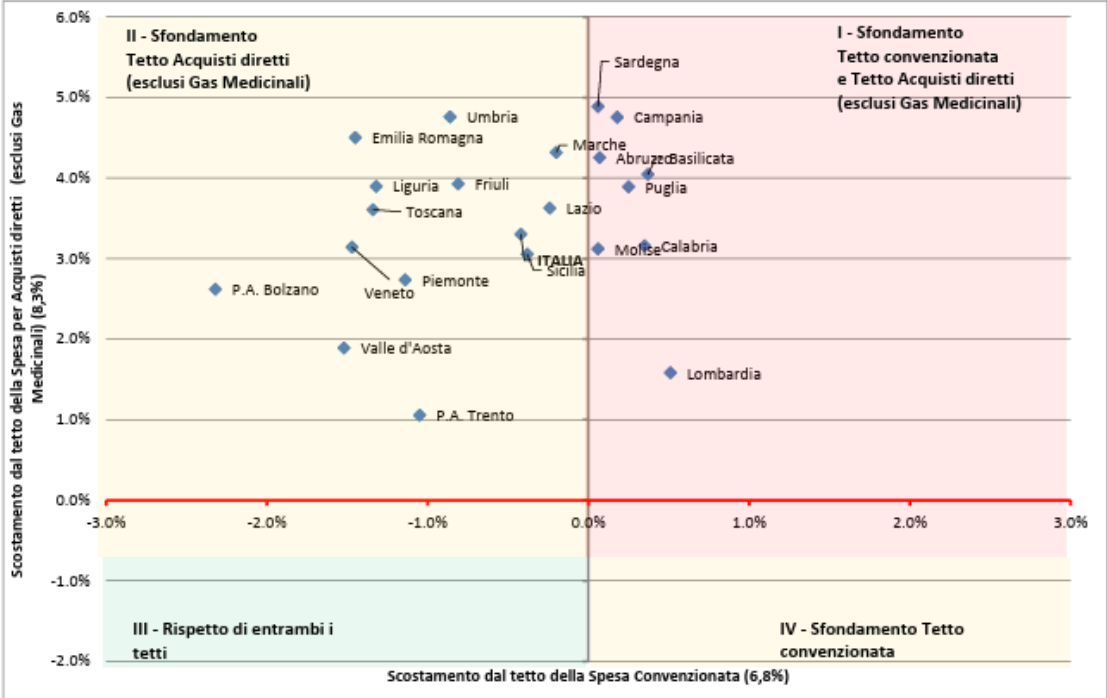
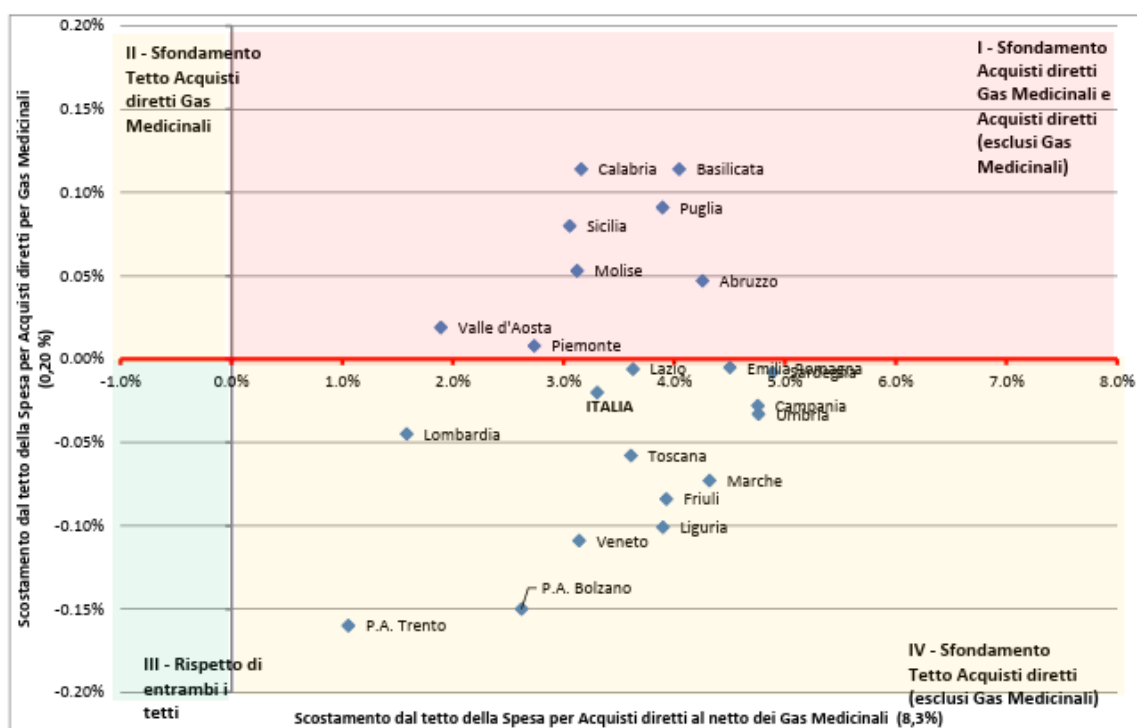


Grafico 4 – Scostamento dal tetto della Spesa per Acquisti diretti al netto dei Gas Medicinali e dal tetto della Spesa per Acquisti diretti per Gas Medicinali– Valori regionali e nazionale



www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1758531266.pdf

One Health, clima e salute

Science

Lo scioglimento del permafrost sta colorando di arancione i fiumi artici, creando problemi ai pesci

Nel fiume Salmon in Alaska, i metalli lisciviati raggiungono livelli tossici per la vita acquatica

Warren Cornwall

Il fiume Salmon, lungo 113 chilometri, deve il suo nome alle numerose colonie di salmoni keta e rosa. Ray Koleser

Il fiume Salmon, nella remota Alaska nord-occidentale, è da tempo simbolo della bellezza incontaminata e selvaggia della regione. Lo scrittore John McPhee scrisse nel 1977 che aveva "l'acqua più limpida e pura che abbia mai visto".

Oggi, il fiume è diventato un simbolo del cambiamento climatico artico e le sue acque non sono più limpide né pure. A partire dal 2019, il fiume è diventato arancione e giallo, ricordando il deflusso acido dei rifiuti minerari. Non è solo il colore a essere preoccupante. Il fiume e molti dei suoi affluenti sono ora intrisi di metalli tossici, dilavati dal permafrost in disgelo, a livelli che possono danneggiare la vita acquatica, [come riportato oggi](#) dagli scienziati sui *Proceedings of the National Academy of Sciences*.

I risultati "sono molto preoccupanti", afferma Breck Bowden, biogeochimico dell'Università del Vermont, non coinvolto nella ricerca. L'infusione di metalli "sta sostanzialmente creando molteplici attacchi all'intero ecosistema".

La situazione fa parte di un fenomeno più ampio. Nel 2024, gli scienziati hanno riferito che [almeno 75 corsi d'acqua](#), tra cui il Salmon, sono recentemente diventati arancioni nella Brooks Range, la catena montuosa che si estende da est a ovest attraverso l'Alaska settentrionale.

Il colpevole, affermano gli scienziati, è lo scioglimento del permafrost. Nei luoghi in cui il terreno ghiacciato si è trasformato in zone umide paludose, i microbi possono rilasciare metalli come il ferro dai sedimenti. In altri luoghi, lo scioglimento può esporre rocce ricche di solfuri. Quando i solfuri incontrano l'acqua, possono ossidarsi, formando acido solforico, che a sua volta dissolve i metalli intrappolati nella roccia come ferro, alluminio, rame e cadmio.

L'ecologo Paddy Sullivan dell'Università dell'Alaska Anchorage ha individuato più di 500 punti lungo il fiume Salmon e nei bacini idrografici circostanti in cui l'acqua altamente acida fuoriesce dal permafrost in fase di scioglimento, uccidendo la vegetazione prima di riversarsi nei corsi d'acqua. "Sembra lava che scorre attraverso una cicatrice da ustione", afferma Sullivan a proposito di queste infiltrazioni.

Per comprendere i possibili effetti sulla vita acquatica, lui e i suoi colleghi hanno misurato l'abbondanza di 22 metalli in campioni d'acqua raccolti nel 2022 e nel 2023 lungo il fiume Salmon e 10 affluenti. Il corso principale del fiume e nove dei suoi affluenti presentavano almeno un metallo presente al di sopra dei livelli che sarebbero tossici per gli organismi acquatici, secondo gli standard dell'Agenzia per la protezione ambientale degli Stati Uniti. In un punto lungo il fiume principale, i livelli di ferro, alluminio, cadmio, rame, nichel e zinco erano tra le tre e le 37 volte superiori nel 2023 rispetto ai campioni di un decennio prima. "Se una miniera fosse operativa in quel bacino idrografico e venissero rilevati quei livelli di metalli, allora la miniera sarebbe in difficoltà", afferma Sullivan.

L'acidità nel fiume principale e nella maggior parte degli affluenti non era aumentata perché il carbonato nelle rocce calcaree contrasta l'acidità del deflusso. Ma gli scienziati hanno osservato segnali che i metalli stavano influenzando la vita del fiume. I luoghi in cui i campioni d'acqua mostravano livelli più elevati di ferro e alluminio erano spesso privi di larve di insetti acquatici come plecoteri ed effimere, una fonte fondamentale di cibo per i pesci. Sullivan si chiede se l'ondata di metalli tossici possa danneggiare le popolazioni di salmoni, che hanno iniziato a diminuire nel 2023.

L'elevata presenza di metalli nel fiume non sorprende, dati i ben documentati cambiamenti chimici che si verificano nel drenaggio di alcuni siti di permafrost, afferma Rose Cory, biogeochimica acquatica presso l'Università del Michigan che studia i cambiamenti nelle acque artiche.

Ma è restia a trarre conclusioni definitive sulle tendenze all'aumento dei metalli e all'"arrugginimento" dei fiumi. Esistono poche misurazioni storiche dei metalli nei bacini idrografici artici, perché i test sono costosi e richiedono molto tempo, rendendo difficile sapere quanto questi fiumi siano realmente cambiati nel corso dei decenni. "Quello che penso non sappiamo è: questi eventi sono davvero più comuni?", chiede Cory. "O abbiamo più persone lassù con le telecamere?"

https://www.science.org/content/article/thawing-permafrost-turning-arctic-rivers-orange-spelling-trouble-fish?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_content=alert&utm_campaign=DailyLatestNews&et rid=691092258&et cid=5727347

Aumento dei virus trasmessi dalle zanzare in un'Europa che si sta riscaldando

I casi di chikungunya battono ogni record in Francia; il virus del Nilo occidentale compare vicino a Roma

Meredith Wadman

Quest'estate, la provincia italiana di Latina, famosa per le sue spiagge, le zone umide e le rovine romane, si è guadagnata un riconoscimento poco gradito: è stata una delle due province italiane a registrare i primi casi di infezione da virus del Nilo occidentale (WNV), un tempo ampiamente confinato a una valle fluviale calda e umida nel nord del Paese. La Francia, nel frattempo, sta vivendo un'espansione senza precedenti di un altro arbovirus, la chikungunya. È una stagione da record per le malattie trasmesse dalle zanzare in Europa, e gli esperti sanitari avvertono che il riscaldamento climatico porterà altri casi simili.

"L'Europa sta entrando in una nuova fase, in cui la trasmissione più lunga, più diffusa e più intensa delle malattie trasmesse dalle zanzare sta diventando la nuova normalità", ha affermato Pamela Rendi-Wagner, direttrice del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC), in un [comunicato stampa](#) di fine agosto.

L'intensa stagione di malattie trasmesse dalle zanzare di quest'anno è stata "probabilmente influenzata o favorita" da un'estate straordinariamente calda, in particolare nell'Europa occidentale, afferma Tamás Bakonyi, veterinario e virologo, principale esperto dell'ECDC per le malattie trasmesse da vettori e zoonosi. Il caldo non solo favorisce la propagazione delle zanzare, ma riduce anche il tempo necessario affinché un insetto che ha contratto un virus diventi infettivo, osserva Bakonyi.

ISCRIVITI ALLA NEWSLETTER PREMIATA DI SCIENCE ADVISER

Le ultime notizie, commenti e ricerche, gratuitamente nella tua casella di posta ogni giorno

Il virus Chikungunya, che infetta [circa 35 milioni di persone in tutto il mondo](#) ogni anno, può causare febbre, mal di testa, eruzioni cutanee e dolori articolari lancinanti, e talvolta porta a un dolore cronico grave. La sua impennata in Europa quest'anno si è concentrata in Francia, dove i casi tra i viaggiatori di ritorno ammontavano a 946 al 26 agosto, numeri nettamente superiori a quelli dell'ultimo decennio. La maggior parte dei casi è stata importata dal dipartimento francese d'oltremare della Riunione, una popolare destinazione turistica nell'Oceano Indiano per i viaggiatori francesi, che ha avuto un'enorme [epidemia questa primavera](#) e fa parte di una fascia tropicale in cui il virus è endemico.

Tuttavia, poiché una specie chiave di zanzara che trasmette il virus, la zanzara tigre asiatica (*Aedes albopictus*), si è [diffusa ampiamente in Europa](#) negli ultimi 10 anni con il riscaldamento climatico, questi casi importati hanno portato alla trasmissione locale. "Abbiamo *Aedes albopictus* ovunque in Francia", afferma Denis Malvy, infettivologo specializzato in malattie virali emergenti presso l'Università di Bordeaux. Che la chikungunya abbia seguito la diffusione "non è una sorpresa".

Il risultato è stato un ulteriore record di 228 casi acquisiti localmente in Francia, [71 dei quali](#) nella settimana conclusasi il 27 agosto. (Solo 32 casi di trasmissione locale sono stati registrati dal 2010 al 2024.) La regione dell'Alsazia, nel nord-est della Francia, ha segnalato il suo primo caso quest'estate, che l'ECDC ha definito "un evento eccezionale a questa latitudine", e due grandi focolai, ciascuno con circa 40 casi di chikungunya trasmessa localmente, sono emersi nella regione intorno a Bordeaux.

Annuncio

Un portavoce dell'agenzia nazionale francese per la sanità pubblica ha scritto in un'e-mail che il numero di casi nel Paese e la trasmissione locale costituiscono "una minaccia da inserire nell'agenda della sanità pubblica e della ricerca a livello nazionale e internazionale".

L'Italia, l'unico altro Paese europeo ad aver segnalato casi di chikungunya quest'anno, ha quasi raddoppiato il numero dei casi la scorsa settimana, arrivando a 63, tutti contrattati localmente.

L'ondata di trasmissione locale in Europa potrebbe prefigurare una negli Stati Uniti, che [non hanno registrato casi acquisiti localmente dal 2019](#). Questa fortuna potrebbe non durare, afferma David Hamer, medico esperto in malattie infettive tropicali della Boston University. "*Aedes albopictus* ha marciato [a nord]

attraverso gli Stati Uniti negli ultimi 10-15 anni ed è piuttosto diffuso", afferma. "Quindi, il potenziale di introduzione e diffusione è sostanziale".

Nel frattempo, ogni anno vengono rilevati casi di malattia da virus del Nilo occidentale (WNVD), causata da un virus diffuso negli Stati Uniti, in nuove aree europee. Quest'anno sono stati segnalati in nove paesi, dalla Spagna alla Romania, e hanno raggiunto il numero più alto degli ultimi tre anni, con 525 casi, a causa della grande epidemia in Italia.

A differenza della chikungunya, il virus del Nilo occidentale non si trasmette da un essere umano all'altro tramite le zanzare. Le persone lo contraggono tramite le zanzare del genere *Culex*, che pungono gli uccelli, che sono serbatoi naturali del virus. Sebbene spesso asintomatica, l'infezione può causare febbre, mal di testa e dolori muscolari. E, soprattutto negli anziani e negli immunodepressi, il virus può invadere il sistema nervoso centrale, a volte con conseguenze mortali.

Al 27 agosto, l'Italia ha registrato 430 casi di WNVD, un numero pari a quello registrato in tutti gli Stati Uniti quest'anno, e 27 decessi. In 193 casi, il virus ha invaso il cervello. Di questi pazienti, il 77% aveva 65 anni o più.

Emanuele Nicastrì, medico che si occupa di pazienti infetti da arbovirus presso l'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani, afferma che il suo team è rimasto "molto turbato" quando sono stati diagnosticati i primi casi di WNVD nella zona. Sebbene le paludi intorno a Roma, un tempo infestate dalla malaria, siano da tempo un habitat privilegiato per le zanzare, "non abbiamo mai visto" casi di WNV acquisiti localmente, afferma. "Ora, abbiamo due terzi dei casi italiani".

Patrizio Pezzotti, epidemiologo e direttore dell'unità di epidemiologia, modelli matematici e biostatistica dell'Agenzia Italiana del Sangue, afferma che la geografia dell'epidemia in Italia è insolita. La calda e umida Pianura Padana, che si estende attraverso il nord Italia da Torino a Venezia, è storicamente la sede della maggior parte dei casi di WNVD del Paese. "Non sappiamo perché" il virus sia comparso improvvisamente nell'area ad alta densità di popolazione che si estende da Roma a Napoli, afferma Pezzotti, sebbene i cambiamenti climatici nelle rotte migratorie degli uccelli che volano verso nord dall'Africa siano una possibilità.

La scienza ha poche soluzioni rapide. Non esistono farmaci antivirali approvati per nessuna delle due malattie, quindi entrambe vengono trattate con terapie di supporto. I vaccini in fase di sviluppo contro il virus del Nilo occidentale sono lontani anni dalla potenziale approvazione normativa. E dopo che uno dei due vaccini approvati contro la chikungunya è stato collegato a gravi reazioni avverse e a due decessi in anziani a Réunion questa primavera, l'opinione pubblica sulla vaccinazione contro la malattia è "complicata" in Francia, afferma Malvy, anche se il secondo vaccino sembra più sicuro.

Spera che i vaccini alla fine proteggeranno le persone da entrambe le malattie. Ma aggiunge che anche gli europei devono adattarsi alla nuova realtà delle minacce infettive derivanti dai cambiamenti climatici: "Il primo passo è riorganizzare la nostra mentalità riguardo al rischio derivante dal nostro stile di vita".

https://www.science.org/content/article/mosquito-borne-viruses-surge-warming-europe?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_content=alert&utm_campaign=DailyLatestNews&et rid=691092258&et_cid=5723213



Cibo ultraprocesso su un binario ultraveloce

David S. Ludwig

Pubblicato il 3 settembre 2025

DOI: 10.1056/NEJMp2508694

La lavorazione degli alimenti è stata generalmente considerata una risorsa tecnologica, utilizzata per migliorare il gusto, il valore nutrizionale, la conservabilità, la trasportabilità e la sicurezza degli alimenti di base. Tuttavia, con l'avvento delle moderne pratiche industriali, la lavorazione ha acquisito anche connotazioni negative e, di recente, si sono diffuse le preoccupazioni relative agli alimenti ultra-processati (UPF). La ricerca osservazionale ha collegato il consumo di UPF a un'ampia gamma di condizioni croniche, tra cui obesità, diabete, malattie cardiovascolari, cancro e disturbi comportamentali. Un rapporto sulla salute infantile della commissione federale Make America Healthy Again (MAHA), pubblicato nel maggio 2025, menziona il concetto di danno associato agli UPF decine di volte, segnalando la possibile inclusione di questa categoria nelle prossime Linee Guida Dietetiche per gli Americani, 2025-2030. Le prove disponibili, tuttavia, suggeriscono che un'attenzione nella politica nutrizionale nazionale alla riduzione del consumo di UPF non renderà gli americani più sani.

Il termine "alimento ultraprocesso" è stato adottato come parte di un sistema di classificazione alimentare introdotto in un commento del 2009 di Carlos Monteiro e successivamente denominato "Nova". Inizialmente comprendente tre gruppi di alimenti, Nova è stato aggiornato diversi anni dopo per includerne quattro, con gli alimenti classificati "in base all'entità e allo scopo della lavorazione industriale" avvenuta prima della vendita. ¹ Il gruppo 1 comprende alimenti non trasformati o minimamente trasformati (ad esempio, alimenti sottoposti a rimozione di parti non commestibili, tostatura, congelamento, essiccazione, frantumazione o pastorizzazione). Il gruppo 2 comprende alimenti con ingredienti trasformati utilizzati nelle pratiche culinarie tradizionali (ad esempio, zucchero, farina, grassi o sale). Il gruppo 3 comprende alimenti tradizionalmente trasformati o fatti in casa, preparati aggiungendo prodotti del gruppo 2 a quelli del gruppo 1 (ad esempio, alcuni tipi di formaggio, pesce affumicato, frutta sciroppata, verdure sottaceto o pane appena sfornato). Il gruppo 4 è costituito da UPF, "formulazioni di ingredienti, per lo più di esclusivo uso industriale... spesso ottenuti da pochi alimenti vegetali ad alta resa" e prodotti animali e almeno un elemento caratteristico, "sostanze alimentari mai o raramente utilizzate in cucina, o classi di additivi la cui funzione è quella di rendere il prodotto finale appetibile o più attraente". ¹

Nova è uno dei tanti sistemi di classificazione degli alimenti basati sulla lavorazione, proposti in risposta al presunto fallimento degli approcci basati sui nutrienti nel guidare le persone verso acquisti e consumi alimentari salutari. Nessuno di questi sistemi ha ottenuto ampia attenzione fino a Nova, che ha introdotto il concetto di UPF a un vasto pubblico ed è diventato il sistema basato sulla lavorazione più studiato e influente. Nova fornisce, di fatto, una definizione operativa di "cibo spazzatura" – una definizione non basata esclusivamente sulle quantità di zucchero, grassi e sale – che potrebbe facilitare l'integrazione di questa nozione nelle politiche nutrizionali. La sua attenzione alla lavorazione offre un armistizio implicito nella decennale "guerra delle diete", che ha contrapposto i sostenitori di diverse diete basate sui nutrienti (ad esempio, diete a basso contenuto di grassi o carboidrati). Ma un passaggio da criteri basati sui nutrienti a un sistema di classificazione basato su un'unica metrica composita rischia di essere impreciso, una considerazione critica per la traduzione in termini di salute pubblica.

La lavorazione della maggior parte degli alimenti contenenti carboidrati accelera rapidamente la digestione, potenziando le risposte glicemiche e insulinemiche. Studi osservazionali e interventistici hanno dimostrato in modo coerente che i cereali minimamente lavorati (ad esempio, i chicchi di grano) hanno effetti benefici per la salute rispetto ai prodotti a base di cereali altamente lavorati (ad esempio, il pane bianco). Allo stesso modo, la frutta intera è più sana del succo di frutta e soprattutto più sana dello zucchero (la principale fonte di calorie nella maggior parte della frutta). Al contrario, la lavorazione di proteine e grassi ha un effetto relativamente limitato sulla velocità di digestione e sulle risposte metaboliche. Ad esempio, gli effetti sulla salute non

differiscono sostanzialmente tra bistecca e carne macinata, soia e tofu, olive e olio d'oliva o arachidi e burro di arachidi.

Il problema dell'imprecisione riguarda anche gli additivi, l'altro criterio fondamentale utilizzato nel sistema Nova. Alcuni additivi sembrano essere dannosi. Gli emulsionanti, ad esempio, possono danneggiare la mucosa intestinale e i nitriti sono stati associati al cancro gastrointestinale. Altri additivi possono essere innocui o benefici, tra cui la carbonatazione, l'acido lattico per il controllo dell'acidità, le proteine idrolizzate per il sapore e varie forme di fibre alimentari.

La terminologia ambigua utilizzata nei documenti a supporto del sistema Nova aggrava il problema dell'imprecisione. Quale misura quantitativa distingue un comune ingrediente culinario da un additivo industriale "raramente utilizzato" che sarebbe indicativo di ultraproprocessing? [1](#) In che modo le politiche normative possono determinare lo "scopo" di un particolare tipo di lavorazione industriale, un criterio utilizzato nella classificazione degli alimenti secondo Nova? [1](#) Una simile discussione comprenderebbe molti aspetti della nutrizione, del business e della politica.

Preoccupazioni circa la praticità e la robustezza di Nova sono state ripetutamente rilevate nella letteratura scientifica. In un ampio studio di coorte, il consumo complessivo di UPF era correlato a un'elevata incidenza di malattie cardiovascolari, ma la direzione dell'associazione dipendeva dal tipo di alimento (ad esempio, l'associazione era positiva per le bevande zuccherate e negativa per gli snack salati). [2](#) In un altro studio di coorte, l'associazione tra consumo di UPF e mortalità variava anche a seconda del tipo di alimento. Inoltre, all'interno di ciascun quartile di qualità della dieta, misurata da un indice basato sui nutrienti, il consumo di UPF non era costantemente associato alla mortalità totale o causa-specifica. Gli autori di tale studio hanno concluso che la qualità della dieta aveva un effetto maggiore sulla mortalità rispetto al consumo di UPF. [3](#) Ciononostante, in alcuni studi, le associazioni tra consumo di UPF e patologie sono state almeno parzialmente indipendenti da specifici nutrienti.

Le prove relative al consumo di UPF derivano quasi esclusivamente da studi osservazionali, che presentano un elevato rischio di bias a causa di fattori confondenti ed errori di classificazione e non possono dimostrare un nesso di causalità. Una revisione generale ha classificato la qualità della maggior parte delle meta-analisi che esaminano le associazioni tra consumo di UPF e risultati sulla salute come "bassa" o "criticamente bassa". [4](#)

Sono stati condotti pochi studi randomizzati e controllati sul consumo di UPF e nessuno ha valutato i risultati a lungo termine. In uno studio crossover ampiamente citato, i 20 partecipanti hanno consumato circa 500 calorie in più al giorno quando venivano nutriti con UPF (ad esempio, un cheeseburger e patatine fritte) rispetto a quando consumavano alimenti non trasformati (ad esempio, salmone e fagiolini), ma questo effetto si è indebolito progressivamente durante le 2 settimane di studio e non c'è stato alcun periodo di washout tra le fasi. [5](#) Le differenze nella densità energetica degli alimenti solidi o altri fattori noti per influenzare il comportamento alimentare a breve termine, piuttosto che eventuali effetti di UPF recentemente identificati, potrebbero spiegare i risultati.

Il Comitato consultivo per le linee guida dietetiche degli Stati Uniti del 2025 ha classificato le prove che collegano il consumo di UPF all'obesità come "limitate", pur osservando che l'analisi era difficile "in gran parte a causa della mancanza di una definizione chiara di" UPF. In una richiesta di informazioni pubblicata il 25 luglio 2025, la Food and Drug Administration e il Dipartimento dell'Agricoltura hanno espresso preoccupazioni "sulla piena capacità dei sistemi di classificazione UPF di catturare accuratamente le caratteristiche degli UPF che possono avere un impatto sulla salute". Una commissione parlamentare del Regno Unito ha dichiarato che il "sistema alimentare corrotto" del paese ha contribuito a "un'epidemia di diete malsane, obesità e malattie legate all'alimentazione". Ciononostante, ha avvertito che "la classificazione Nova degli UPF non ha una precisione sufficiente per essere adatta alla caratterizzazione o alla regolamentazione dei singoli alimenti".

La fretta del movimento MAHA di attuare riforme politiche in risposta a quella che alcuni considerano un'eccessiva dipendenza da farmaci e procedure dimagranti come la chirurgia bariatrica per gestire le malattie croniche legate all'alimentazione negli Stati Uniti è comprensibile. Tuttavia, l'adozione di una politica nutrizionale nazionale incentrata su Nova – e in particolare sugli UPF – potrebbe fare più male che bene, fuorviando i consumatori e l'industria alimentare e imponendo costi e oneri alla popolazione (vedi [tabella](#)). In effetti, alcuni UPF possono essere salutari (ad esempio, alcune varietà di tofu commerciale, condimenti a

base di olio d'oliva e cioccolato fondente), mentre alcuni alimenti meno trasformati possono essere dannosi (ad esempio, prodotti a base di patate, riso bianco e zucchero di canna non raffinato). Inoltre, poiché sono in genere convenienti e relativamente economici, gli UPF salutari potrebbero svolgere un ruolo importante nel sostenere la salute della popolazione, soprattutto tra i gruppi a basso reddito.

Examples of Ways in Which the Nova Food-Classification System Could Misguide Consumers or Impose Costs or Burdens on Them.	
Foods That Might Be Encouraged by Nova-Based Dietary Recommendations	Alternative Foods That Might Be Discouraged by Nova-Based Dietary Recommendations
Corn flakes with sugar added at home (Nova 3)	Protein-supplemented, high-fiber, low-sugar packaged cereal (Nova 4)
Steak (Nova 1)	Commercially prepared burger (typically Nova 4)
Tofu made at home from soybeans (Nova 3)	Plant-based meat substitutes or high-protein nutrition bars (Nova 4)
Bread baked at home from scratch or purchased from an artisanal bakery (Nova 3)	Bread purchased at a supermarket (typically Nova 4)
Packaged snack food containing added sugar (potentially Nova 3)	Packaged snack food containing stevia — a sugar-free sweetener (Nova 4)

Esempi di modi in cui il sistema di classificazione alimentare Nova potrebbe trarre in inganno i consumatori o imporre loro costi o oneri.

Nova potrebbe rappresentare un importante progresso concettuale negli sforzi di lunga data per ridurre il peso delle malattie croniche causate dalle moderne diete basate su prodotti alimentari altamente trasformati. Ciononostante, non è chiaro se il sistema di classificazione Nova – che considera la lavorazione, gli additivi e il luogo di preparazione con l'uso di un'unica metrica – possa essere codificato a livello nazionale a supporto della salute pubblica. Nessuna commissione governativa o team di esperti ha condotto una revisione completa e indipendente per determinare se Nova sia più robusto di altri sistemi di classificazione degli alimenti, se l'inclusione di criteri basati sui nutrienti ne aumenterebbe la precisione e se l'implementazione di un tale sistema di classificazione degli alimenti sarebbe più efficace del semplice consiglio di evitare il cibo spazzatura. È fondamentale sottolineare che nessuno studio clinico ha dimostrato che concentrarsi sulla riduzione del consumo di UPF prevenga le malattie croniche legate all'alimentazione. In attesa di dati sperimentali fruibili, sarebbe prudente concentrare la riforma delle politiche nutrizionali sugli alimenti trasformati per i quali esistono già solide prove scientifiche di danno, ad esempio cereali raffinati, zuccheri aggiunti e altri carboidrati altamente trasformati.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2508694?query=TOC>



Inquinamento e cambiamenti climatici: per 7 italiani su 10 sono una minaccia per salute e futuro

Secondo un'indagine di Elma Research presentata al IX Congresso di Fondazione Onda ETS, il 90% degli italiani percepisce un legame diretto tra inquinamento e salute e oltre il 75% teme che il futuro sarà peggiore di oggi
[di Redazione](#)

Oltre sette italiani su dieci considerano il cambiamento climatico e l'inquinamento tra le principali minacce per il futuro. La preoccupazione non riguarda solo l'ambiente: il 90% degli intervistati riconosce un forte legame tra inquinamento e patologie, mentre il 64 per cento dichiara di provare paura e angoscia di fronte agli effetti ambientali. Il 76 per cento teme per il proprio futuro e quello delle nuove generazioni, e il 75 per

cento è convinto che tra 50 anni il mondo sarà peggiore di oggi. Questi dati emergono dall'indagine **"Inquinamento e cambiamenti climatici: l'impatto sulla salute in ottica di genere"**, realizzata da Elma Research su un campione di 2.552 persone, presentata in occasione del IX Congresso di Fondazione Onda ETS, che si svolge in modalità virtuale dal 24 al 25 settembre 2025.

Educazione, informazione e sensibilizzazione

"Nel ventennale della sua attività, Fondazione Onda ETS rinnova l'impegno a promuovere la salute e a sensibilizzare cittadini e Istituzioni su temi cruciali per il benessere delle persone – afferma **Francesca Merzagora**, Presidente Fondazione Onda ETS –. Oggi più che mai, è fondamentale tradurre la consapevolezza in azioni concrete che tutelino la salute e l'ambiente. Il Congresso nazionale rappresenta un'occasione unica per confrontarsi in modo multidisciplinare, approfondire le strategie di sostenibilità e promuovere un impegno concreto per comunità più resilienti e consapevoli". La Senatrice **Elena Murelli** sottolinea che "l'inquinamento e i cambiamenti climatici rappresentano una priorità non solo ambientale, ma anche sanitaria. È necessario adottare politiche integrate che tengano conto delle differenze di genere e della maggiore vulnerabilità di alcune fasce della popolazione".

La preoccupazione si traduce anche in impatto psicologico"

Il quadro emotivo degli italiani è dominato dalla preoccupazione: ansia, stress e paura sono effetti diffusi. Il 60 per cento riferisce impatti negativi sulla sfera psicologica, mentre eventi climatici estremi, aumento delle temperature, scomparsa di specie animali e vegetali e diffusione di malattie croniche alimentano timori concreti per il futuro. "Inquinamento colpisce tutto il nostro organismo: sistema cardiovascolare, respiratorio, cervello, salute mentale. La "climate anxiety" e la solastalgia colpiscono soprattutto giovani e donne, generando timore e senso di impotenza – commenta **Claudio Mencacci**, Co-Presidente Società Italiana di NeuroPsicoFarmacologia e Presidente Comitato Scientifico di Fondazione Onda ETS".

Consapevolezza diffusa, ma azioni ancora limitate

Nonostante la sensibilità diffusa, le azioni concrete rimangono spesso al minimo indispensabile. "La ricerca mostra uno scenario chiaro: gli italiani riconoscono l'urgenza del problema, ma troppo spesso restano spettatori – spiega **Massimo Massagrande**, CEO Elma Research –. La vera sfida è far sentire davvero la problematica ambientale, superare rassegnazione e fatalismo e restituire ai giovani la fiducia di sentirsi protagonisti". **Roberto Romizi**, Presidente Associazione Medici per l'Ambiente – ISDE Italia, aggiunge che "le donne sono al centro della connessione tra crisi climatica, salute e giustizia sociale. Valorizzare il loro ruolo è essenziale per costruire un futuro più sano e giusto". Infine, **Simonetta Miozzo**, Segretaria regionale del Piemonte – SIMG, conclude: "Il cambiamento climatico e l'inquinamento sono sfide cruciali anche per la salute. La medicina generale, con le cure di prossimità e la prospettiva di genere, diventa presidio clinico, ambientale e sociale: prendersi cura delle persone significa prendersi cura del contesto in cui vivono".

<https://www.sanitainformazione.it/inquinamento-e-cambiamenti-climatici-oltre-7-italiani-su-10-li-considerano-una-minaccia-per-salute-e-futuro/>

quotidianosanità.it

Caldo estremo e cambiamenti climatici. "Ha causato 16.500 morti in 854 città europee. 4.597 morti stimati in Italia". I dati dell'Imperial College di Londra

"L'Italia è tra i Paesi europei più esposti, perché unisce estati sempre più lunghe e torride con un'alta quota di popolazione anziana. Servono subito più verde urbano, piani locali di adattamento e una transizione ecologica rapida. Ogni rinvio significa nuove vite spezzate" avvertono i ricercatori dell'Associazione Italiana Medici per l'Ambiente Isde Italia

17 SET -

I cambiamenti climatici hanno intensificato le temperature estive in tutta Europa. Il risultato? 16.500 decessi in più causati dal caldo eccessivo che tra giugno e agosto, complici i gas serra, ha colpito il vecchio continente. È quanto emerge da una nuova stima condotta dall'Imperial College di Londra su 854 città europee. Il cambiamento climatico è responsabile del 68% dei 24.400 decessi stimati per il caldo di quest'estate, grazie a un aumento delle temperature fino a 3,6°C.

“I nuovi drammatici dati pubblicati dall'Imperial College di Londra – ha commentato **Francesco Romizi**, Responsabile relazioni esterne - **Associazione Italiana Medici per l'Ambiente (ISDE Italia)** – tornano a ricordarci che la crisi climatica può muoversi, nel caso delle ondate di calore, come un killer silenzioso e trasformarsi in emergenza sanitaria. Il caldo estremo può causare disidratazione, scompensi cardiaci e aggravare patologie croniche, con conseguenze spesso fatali per anziani e persone fragili. L'Italia è tra i Paesi europei più esposti, perché unisce estati sempre più lunghe e torride con un'alta quota di popolazione anziana. Servono subito più verde urbano, piani locali di adattamento e una transizione ecologica rapida. Ogni rinvio significa nuove vite spezzate”.

I ricercatori dell'Imperial College di Londra e della London School of Hygiene & Tropical Medicine, avvertono che il risultato è solo un'istantanea del numero di morti legate al caldo estremo, poiché le città studiate rappresentano circa il 30% della popolazione europea. L'analisi fa seguito a uno [studio](#) condotto dallo stesso team, secondo il quale il cambiamento climatico avrebbe potuto triplicare il numero di vittime di un'ondata di caldo di luglio in Europa.

L'analisi è stata condotta da 11 ricercatori dell'Imperial College di Londra, della London School of Hygiene & Tropical Medicine, dell'Università di Berna, del Royal Netherlands Meteorological Institute e dell'Università di Copenhagen.

Grazie a modelli, registri storici di mortalità e metodi di revisione paritaria, spiega una nota dell'Isde, lo studio fornisce le prime stime dei decessi di quest'estate e sottolinea il motivo per cui il caldo estremo è noto come “killer silenzioso”: la maggior parte dei decessi dovuti al caldo non viene dichiarata, mentre i dati ufficiali del governo possono impiegare mesi per essere pubblicati, se lo sono.

I risultati principali dello studio indicano che:

- In tutte le città, i cambiamenti climatici sono all'origine di 4.597 morti per il caldo stimate in Italia, 2.841 in Spagna, 1.477 in Germania, 1.444 in Francia, 1.147 nel Regno Unito, 1.064 in Romania, 808 in Grecia, 552 in Bulgaria e 268 in Croazia.
- Nelle capitali, i cambiamenti climatici hanno causato 835 morti per il caldo a Roma, 630 ad Atene, 409 a Parigi, 387 a Madrid, 360 a Bucarest, 315 a Londra e 140 a Berlino.
- Le persone di età pari o superiore a 65 anni hanno rappresentato l'85% dei decessi in eccesso, evidenziando come le estati più calde diventeranno sempre più letali per la popolazione europea che invecchia.
- Sebbene siano necessarie politiche per proteggere le persone dal caldo, un rapido abbandono dei combustibili fossili è il modo più efficace per evitare estati più calde e letali.

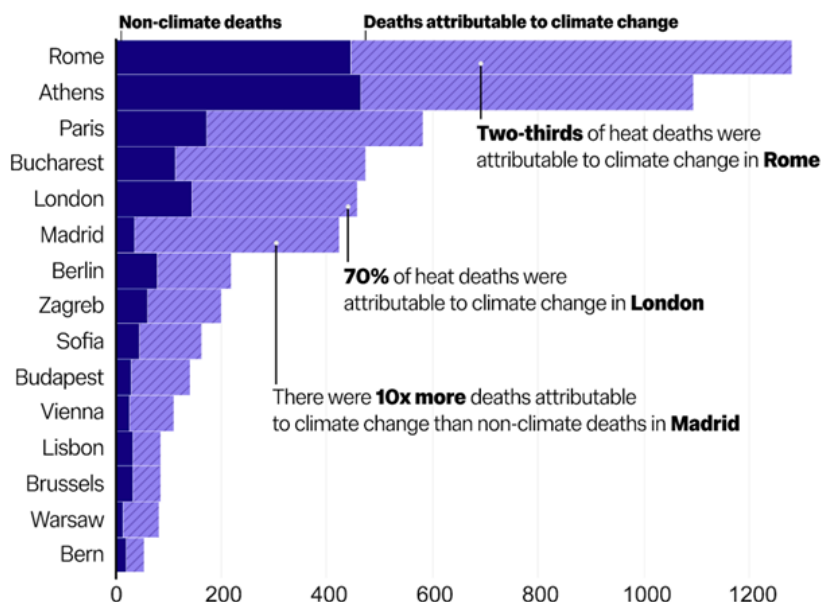
“Può sembrare poco, ma il nostro studio dimostra che variazioni del calore estivo di pochi gradi possono fare la differenza tra la vita e la morte per migliaia di persone - ha detto il **Dr Clair Barnes**, Researcher at the Centre for Environmental Policy Imperial College London -. È un altro promemoria del fatto che il cambiamento climatico non è un problema che possiamo affrontare solo in un momento futuro. Quanto più a lungo i governi impiegheranno ad abbandonare i combustibili fossili e a ridurre le emissioni, tanto più il caldo estivo diventerà mortale, anche con gli sforzi per diventare più resilienti alle temperature estreme”.

“Le ondate di calore sono killer silenziosi - ha detto **Dr Garyfallos Konstantinoudis**, Lecturer at the Grantham Institute – Climate Change and the Environment, Imperial College London - la stragrande maggioranza dei decessi dovuti al caldo avviene nelle case e negli ospedali, dove persone con condizioni di salute già esistenti vengono spinte al limite, ma il caldo è raramente menzionato nei certificati di morte. Nonostante sia il tipo di clima estremo più letale, il caldo è stato a lungo sottovalutato come rischio per la salute pubblica. Per esempio, anche quest'estate in Europa si continua a lavorare all'aperto con temperature superiori ai 40°C.

Nessuno si aspetterebbe che qualcuno rischi la vita lavorando sotto una pioggia torrenziale o con venti da uragano, ma il caldo pericoloso è ancora trattato con troppa disinvoltura”.

IMPERIAL
Grantham Institute

Climate change was behind most of the estimated heat deaths in European capital cities this summer



L'Europa ha vissuto un'altra estate di caldo intenso. In tutto il continente sono stati segnalati decessi dovuti al caldo, tra cui quello di uno spazzino di 51 anni a Barcellona, in Spagna, e di un operaio edile di 47 anni a San Lazzaro di Savena, in Italia.

Tuttavia, la maggior parte dei decessi legati al caldo non viene segnalata. Le persone spesso muoiono a causa di condizioni sottostanti, come problemi cardiaci, respiratori o renali, aggravati dalle alte temperature e il ruolo del caldo è raramente registrato sui certificati di morte. Per stimare il numero di questi decessi e quanti fossero legati ai cambiamenti climatici, lo studio si è concentrato sul caldo da giugno ad agosto.

In primo luogo, gli scienziati del clima hanno analizzato le osservazioni meteorologiche e i modelli climatici per capire come il cambiamento climatico abbia influenzato le temperature giornaliere in ogni città. Hanno scoperto che il cambiamento climatico, causato principalmente dalla combustione di combustibili fossili e dalla deforestazione, ha aumentato le temperature di una media di 2,2°C, ma fino a 3,6°C.

Gli epidemiologi, spiega una nota dell'Isde, hanno quindi utilizzato [ricerche pubblicate](#) che predicono le variazioni dei decessi a determinate temperature in 854 città europee. Hanno combinato queste funzioni di rischio di mortalità con gli spostamenti delle temperature giornaliere per stimare i decessi dovuti al caldo di quest'estate e di un'ipotetica estate più fresca che non fosse stata riscaldata di 1,3°C.

Lo studio stima che circa 24.400 persone siano morte a causa delle temperature estreme nelle città. Tuttavia, se il clima non fosse stato riscaldata dalla combustione di combustibili fossili e dalla deforestazione, si sarebbero potuti evitare circa 16.500 decessi in eccesso, il che significa che il cambiamento climatico è responsabile del 68% dei decessi in eccesso, ovvero che il numero di morti potenziali è triplicato. I ricercatori affermano che i risultati dimostrano che anche pochi gradi di calore in più possono causare un'impennata dei decessi quando le persone vulnerabili sono esposte a temperature superiori ai limiti a cui sono abituate. I ricercatori avvertono inoltre che le 854 città analizzate nello studio coprono circa il 30% della popolazione europea, il che significa che i risultati sono solo un'istantanea del vero numero di morti legato al caldo di quest'estate.

I Paesi più colpiti da un'unica ondata di calore sono stati Romania, Bulgaria, Grecia e Cipro dal 21 al 27 luglio, quando si stima che si siano verificati 950 decessi per caldo con temperature fino a 6°C sopra la media, pari a circa 11 decessi giornalieri in eccesso per milione di persone. Le capitali con i più alti tassi di mortalità pro capite sono state Roma, Atene e Bucarest, a testimonianza della loro esposizione ad alcune delle temperature più estreme in Europa. Tuttavia, i ricercatori fanno notare che altri fattori giocano un ruolo, tra cui la preparazione, la demografia della popolazione e l'inquinamento atmosferico.

Lo studio sottolinea come il caldo sia una minaccia crescente per il rapido invecchiamento della popolazione europea. Le persone di età superiore ai 65 anni rappresentano circa l'85% del totale dei decessi, con il 41% di età superiore agli 85 anni, a testimonianza di come il caldo sia particolarmente pericoloso per le persone con condizioni di salute preesistenti, come malattie cardiache e diabete. Si prevede che la percentuale di persone di età superiore agli 80 anni in Europa aumenterà dall'attuale [6% circa al 15% entro il 2100](#). L'Europa è il continente che si riscalda più rapidamente e continuerà a sperimentare estati sempre più calde finché i combustibili fossili non saranno sostituiti da energie rinnovabili. I ricercatori avvertono che questo minaccerà la vita degli anziani e metterà a dura prova i sistemi sanitari.

Secondo i ricercatori, sono necessarie politiche per rendere le città più resistenti al caldo estremo. Circa il 70% delle persone in Europa vive in città e si prevede che entro il 2050 ne vivrà più dell'80%. Le città europee possono essere in media più calde di [4-6°C rispetto alle aree rurali, con picchi fino a 10°C](#), perché le superfici in cemento intrappolano il calore e i trasporti e l'uso di energia aumentano ulteriormente le temperature urbane. L'espansione degli spazi verdi e blu può ridurre l'effetto isola di calore urbana e offrire aree più fresche che possono essere un'ancora di salvezza durante il caldo estremo, in particolare per le comunità a basso reddito che vivono in abitazioni più calde e più dense, dicono i ricercatori.

Tuttavia, i ricercatori avvertono che anche con importanti sforzi di adattamento, le morti per calore continueranno ad aumentare finché il mondo non smetterà di bruciare petrolio, gas e carbone, che rilasciano emissioni che intrappolano il calore e portano a estati più calde e pericolose.

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=131996

Pandemia in essere e in arrivo

THE LANCET
Infectious Diseases

Risposte politiche globali alla resistenza antimicrobica, 2021-22: un'analisi sistematica della governance di 161 paesi e territori

Jay Patel , SaharSaeedi Moghaddam ,Sruthi Ranganathan , Neil Vezeau , Emily O'Neill , Anne Harant e altri

Riepilogo

Sfondo

La maggior parte dei Paesi ha approvato un Piano d'Azione Nazionale (PAN) sulla resistenza antimicrobica. In precedenza, abbiamo utilizzato un quadro di governance per valutare i PAN sulla resistenza antimicrobica disponibili per il periodo 2020-21 da 114 Paesi, riscontrando sostanziali variazioni a livello mondiale nell'impegno di risorse per affrontare una sfida sanitaria globale in crescita. Abbiamo cercato di ampliare e

approfondire questa analisi per includere i PAN di un maggior numero di Paesi a basso e medio reddito, per coprire il periodo 2021-22 e per esaminare l'efficacia dei PAN nell'affrontare la resistenza antimicrobica.

Metodi

In questa analisi sistematica di governance, abbiamo esaminato dieci repository dalla loro creazione al 1° aprile 2023, per identificare tutti i NAP pubblicamente consultabili sulla resistenza antimicrobica, senza restrizioni linguistiche. Strumenti di apprendimento automatico e intelligenza artificiale sono stati utilizzati per tradurre tutti i NAP in lingua madre in inglese. Tre ricercatori hanno condotto in modo indipendente un'analisi dettagliata del contenuto dei NAP nuovi e aggiornati sulla resistenza antimicrobica. 22.057 punti dati sono stati mappati rispetto a un quadro di governance ed è stato sviluppato un sistema numerico per quantificare i punteggi nazionali per 54 indicatori, 18 domini e tre aree di governance. Abbiamo applicato l'analisi delle componenti principali per costruire punteggi nazionali compresi tra 0 e 100. Attraverso il coefficiente di correlazione di Pearson, abbiamo valutato la correlazione tra i punteggi nazionali e varie metriche relative al carico di infezioni resistenti agli antibiotici del progetto IHME GRAM.

Risultati

Questa analisi ha incluso 161 paesi e territori, 47 in più rispetto al rapporto precedente. I punteggi di governance variavano da paese a paese, con la Norvegia che ha ottenuto il punteggio più alto (punteggio di 100) e Gibuti il più basso (punteggio di 0). In generale, punteggi più alti sono stati osservati nei paesi ad alto reddito (ad esempio, Francia, Stati Uniti, Regno Unito, Svezia e Danimarca), mentre punteggi più bassi erano più comuni nei paesi a basso reddito. Le regioni ad alto reddito hanno ottenuto buoni risultati in tutti i domini di governance, mentre punteggi più bassi sono stati osservati in altre regioni (ad esempio, Libia, Repubblica Centrafricana, Sud Sudan e Seychelles). Punteggi di governance più elevati sono stati significativamente associati a un minor carico di anni di vita aggiustati per disabilità associati alla resistenza antimicrobica ($r = -0,469$, $p < 0,001$) e di mortalità ($r = -0,477$, $p < 0,001$). La prevenzione e il controllo delle infezioni ($r = -0,532$, p aggiustato secondo Bonferroni $< 0,001$), la sorveglianza ($r = -0,482$, p aggiustato secondo Bonferroni $< 0,001$) e la gestione ($r = -0,459$, p aggiustato secondo Bonferroni $< 0,001$) sono stati i domini più fortemente correlati con un minor carico di infezioni resistenti ai farmaci.

Interpretazione

La risposta globale alla resistenza antimicrobica è stata fortemente influenzata dal livello di reddito nazionale, evidenziando le disparità globali nella capacità di governance della resistenza antimicrobica. I punteggi più bassi nelle regioni a basso reddito riflettono probabilmente sfide sistemiche, come una minore spesa sanitaria pubblica e un minore accesso ad acqua pulita e servizi igienico-sanitari. Gli strumenti di attuazione dovrebbero essere prioritari nella progettazione e nell'esecuzione dei NAP, in particolare le misure che migliorano la prevenzione e il controllo delle infezioni, i sistemi di sorveglianza dell'uso degli antimicrobici e i programmi di gestione responsabile.

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

Per la nostra precedente analisi dei piani d'azione nazionali (NAP) sulla resistenza antimicrobica, abbiamo cercato su Google Scholar, PubMed, MEDLINE e Web of Science articoli relativi a resistenza antimicrobica, governance, risposte politiche e NAP pubblicati tra il 1° gennaio 2000 e il 1° giugno 2022, senza restrizioni linguistiche, ma non abbiamo trovato nessuno studio globale completo sulla governance della resistenza antimicrobica.

Per questo studio, abbiamo esaminato Google Scholar e PubMed per le pubblicazioni fino al 1° aprile 2025 che valutassero i progressi nella lotta alla resistenza antimicrobica a livello internazionale. Sono stati utilizzati i termini di ricerca ("resistenza antimicrobica" OPPURE "resistenza agli antibiotici" OPPURE "resistenza ai farmaci" OPPURE "AMR"), E ("governare*" OPPURE "politica" OPPURE "respon*" OPPURE "misurare*" OPPURE "monitorare*" OPPURE "progresso"), E ("azione nazionale" OPPURE "piano d'azione nazionale"

OPPURE "NAP"). I risultati hanno indicato una traiettoria generale di progressi nella riduzione della resistenza antimicrobica;

Tuttavia, queste affermazioni non erano in gran parte supportate da dati solidi. Sono stati fatti pochi sforzi per presentare casi specifici di progresso da parte delle singole nazioni. Il nostro studio precedente ha rilevato una varianza nell'efficacia dei NAP sulla resistenza antimicrobica in 114 paesi, con meccanismi di monitoraggio e valutazione ed elementi di governance fondamentali, tra cui equità, istruzione e responsabilità, che hanno registrato risultati inferiori a quelli attesi.

Valore aggiunto di questo studio

Questa analisi rappresenta un avanzamento rispetto allo studio originale sotto diversi aspetti. In primo luogo, riportiamo i NAP di 161 paesi e territori, inclusi diversi NAP aggiornati e 47 nuove località.

Precedenti difficoltà nell'analisi di alcuni NAP in lingua madre avevano portato alla loro esclusione dallo studio precedente; tuttavia, in questo studio abbiamo utilizzato funzionalità avanzate di apprendimento automatico e intelligenza artificiale per tradurre i NAP in lingua madre in inglese, garantendo così che nessuna località venisse esclusa in base alla lingua. In secondo luogo, i punteggi dei paesi sono stati generati da un vasto input di 22.057 punti dati individuali, sintetizzando dati di vario tipo e livello di granularità, che hanno contestualizzato meglio gli sforzi di controllo della resistenza antimicrobica. In terzo luogo, rispetto allo studio precedente che si basava sul calcolo delle medie aritmetiche, questo studio ha utilizzato statistiche descrittive al livello più granulare e ha riassunto i punteggi a livello di dominio e oltre attraverso l'analisi delle componenti principali.

Questo miglioramento metodologico ha permesso al team di tenere conto della maggiore eterogeneità dei dati. In quarto luogo, per comprendere la rilevanza dei risultati per gli esiti sanitari e le politiche a livello di popolazione, i punteggi sono stati correlati con indicatori (decessi e anni di vita aggiustati per disabilità) per il peso delle infezioni batteriche resistenti ai farmaci.

Infine, la standardizzazione dei dati utilizzando nuovi metodi statistici e la conservazione e la riapplicazione di componenti chiave nell'analisi statistica hanno permesso di confrontare i nuovi risultati di questo studio con i risultati del 2020-21.

Sebbene non sosteniamo che questo confronto venga utilizzato per monitorare i progressi (il periodo di tempo non è sufficiente per consentire cambiamenti sostanziali delle politiche), rappresenta l'inizio di un meccanismo di rendicontazione, che è il modo in cui si prevede l'evoluzione di questo studio.

Implicazioni di tutte le prove disponibili

Durante le fasi acute della pandemia di COVID-19, molti Paesi non sono stati in grado di adottare nuove misure e sostenere i programmi esistenti sulla resistenza antimicrobica. Le carenze nell'attuazione, unite al crescente carico di infezioni farmacoresistenti, richiedono una rivalutazione della governance dei NAP sulla resistenza antimicrobica.

Abbiamo riscontrato che una migliore governance dei NAP e la definizione strategica delle priorità delle attività relative agli strumenti di attuazione sono state correlate a una riduzione del carico della resistenza antimicrobica.

Dare priorità agli sforzi che rafforzano la prevenzione e il controllo delle infezioni, promuovono programmi di formazione professionale per gli operatori sanitari sulla gestione antimicrobica e rafforzano o istituiscono sistemi di sorveglianza per l'uso degli antibiotici è probabilmente quello che offre il maggiore ritorno sugli investimenti nella mitigazione della resistenza antimicrobica.

[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(25\)00406-2/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(25)00406-2/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

Autoanticorpi nel COVID lungo: una revisione sistematica

[Fabian Wilhelm](#), [Janne Cadamuro](#), [Sylvia Mink](#)

Riepilogo

La condizione post-COVID-19 (nota anche come COVID lungo) colpisce una percentuale sostanziale di individui infettati da SARS-CoV-2, influenzando profondamente la loro vita quotidiana e il loro lavoro.

La diagnosi e la prognosi del COVID lungo sono complesse e ostacolate da sintomi eterogenei e dall'assenza di biomarcatori validati.

Questa revisione sistematica sintetizza le prove attuali sull'associazione tra autoanticorpi e COVID lungo, con l'obiettivo di valutarne l'utilità prognostica e diagnostica. Sono stati presi in considerazione studi pubblicati nei database PubMed e MEDLINE tra il 1° gennaio 2020 e il 10 giugno 2025.

La selezione degli studi e la valutazione della qualità sono state effettuate in modo indipendente da due ricercatori. Delle 1113 pubblicazioni esaminate, 44 studi soddisfacevano i criteri di inclusione, con un totale di 7571 partecipanti, inclusi 3372 individui con COVID lungo. 31 studi (71%) hanno riportato un'associazione tra autoanticorpi e COVID lungo; Tuttavia, si è riscontrata una sostanziale eterogeneità nel disegno dello studio, nel tipo e nella tempistica delle misurazioni degli anticorpi e nelle definizioni di COVID lungo.

Diversi autoanticorpi sono stati associati all'insorgenza, ai sintomi e alla gravità del COVID lungo.

Gli anticorpi antinucleari e gli autoanticorpi diretti contro i recettori accoppiati alle proteine G e le chemiochine sono emersi come potenziali biomarcatori per aiutare nella diagnosi, nella prognosi e nella valutazione della gravità della malattia nel COVID lungo.

Tuttavia, sono necessari studi più ampi per confermare l'utilità diagnostica e prognostica di questi autoanticorpi nel contesto del COVID lungo.

[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(25\)00411-6/abstract?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(25)00411-6/abstract?dgcid=raven_jbs_aip_email)

Andamenti temporali dell'embolia polmonare registrata in ospedale in Inghilterra prima, durante e dopo la pandemia di COVID-19 (2008-2024): uno studio osservazionale basato sulla popolazione

Xiaomin Zhong, [James Webster](#), [Eva JA Morris](#), [Emre Oguzman](#), [Susan Shapiro](#), [Sasha Shepperd](#) e altri

Riepilogo

Sfondo

L'infezione da COVID-19 aumenta il rischio di embolia polmonare (EP). È necessaria una rendicontazione aggiornata dei tassi di ospedalizzazione per EP per orientare la pianificazione dei servizi e per il benchmarking alla luce della pandemia. Il nostro obiettivo principale era quantificare le tendenze mensili delle EP registrate per la prima volta in ospedale in Inghilterra dal 2008 al 2024, con particolare attenzione al periodo pandemico.

Un obiettivo secondario era esaminare come queste tendenze variassero in base a età, sesso, deprivazione socioeconomica e regione, fornendo un accesso pubblico continuo attraverso una dashboard online interattiva.

Metodi

Abbiamo condotto uno studio epidemiologico basato sulla popolazione di tutte le prime diagnosi di EP utilizzando i dati nazionali inglesi sull'assistenza secondaria da aprile 2008 a dicembre 2024. Sono stati confrontati i trend prima e dopo l'inizio della pandemia di COVID-19 (marzo 2020), con analisi per età, sesso, regione e deprivazione.

Risultati

Sono stati identificati complessivamente 750.109 nuovi ricoveri per EP. I tassi di EP standardizzati per età registrati in ospedale per la prima volta sono aumentati da 5,4 ogni 100.000 abitanti nell'aprile 2008 a 8,5 a gennaio 2020, per poi raggiungere un picco a 16,8 a gennaio 2021 durante la pandemia. Il picco è stato in gran parte dovuto alle EP in cui il COVID-19 era una diagnosi coesistente. Da allora, i tassi sono diminuiti, tornando ai livelli pre-pandemici all'inizio del 2023 (ad esempio, marzo 2023, 8,6 ogni 100.000) e potrebbero continuare a diminuire, in base a ulteriori aggiornamenti. I gradienti regionali e di deprivazione sono persistiti durante tutto il periodo, ma sono stati più pronunciati durante la pandemia.

Interpretazione

Sebbene l'incidenza di EP registrata in ospedale sia aumentata durante la pandemia di COVID-19, da allora i tassi sono tornati ai livelli osservati immediatamente prima della pandemia. Sebbene sia troppo presto per stabilire se la recente tendenza al ribasso possa iniziare a invertire parte della tendenza al rialzo osservata nel decennio precedente la pandemia, la continua sorveglianza dell'EP registrata in ospedale segnalata tramite il nostro strumento online manterrà questi risultati aggiornati. Il monitoraggio continuo dell'incidenza di EP per struttura sanitaria è importante da intraprendere mentre la pratica clinica e le politiche sui percorsi di gestione dell'EP si evolvono, poiché contribuisce a supportare la pianificazione dell'assistenza; inoltre, informa gli studi clinici basati sui dati in cui l'EP è un esito, nonché la progettazione di studi osservazionali.

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

Abbiamo cercato su PubMed studi pubblicati basati sulla popolazione che riportassero l'incidenza di embolia polmonare (EP) dal 1° gennaio 2010 al 20 maggio 2025 utilizzando i termini di ricerca "embolia polmonare" o "tromboembolia venosa" e "incidenza", senza restrizioni di lingua o paese. Studi pubblicati in precedenza hanno riportato un aumento a lungo termine dell'incidenza di EP in molti paesi nel periodo 2000-2019, attribuito a una maggiore prevalenza di fattori di rischio per EP e a un migliore accesso a modalità di diagnostica per immagini più sensibili. Il COVID-19 è stato segnalato come fattore di rischio per EP e l'incidenza di EP è aumentata durante la pandemia di COVID-19 (2020-2021). Tuttavia, i dati accurati, su larga scala e contemporanei su come l'incidenza di EP sia cambiata durante e dopo la pandemia di COVID-19 sono limitati.

Valore aggiunto di questo studio

Questo studio su larga scala basato sulla popolazione fornisce nuove informazioni sull'incidenza di EP registrata in ospedale durante e dopo la pandemia di COVID-19 in Inghilterra a livello mensile, con riferimento alle tendenze a lungo termine precedenti la pandemia. Utilizzando dati ospedalieri nazionali codificati per causa multipla, basati sulle persone, siamo stati in grado di accertare con precisione tutte le EP registrate per la prima volta in ospedale dal 2008 al 2024, comprese quelle in cui l'EP è stata registrata secondariamente ad altre condizioni come il COVID-19. Seguendo un trend crescente a lungo termine prima della pandemia, i tassi di EP registrati per la prima volta in ospedale, standardizzati per età e basati sulla popolazione per età, hanno registrato un'impennata sostanziale durante la pandemia nei soggetti con una diagnosi coesistente di infezione da COVID-19. I tassi sono tornati ai livelli pre-pandemia all'inizio del 2023. Sebbene sia troppo presto per stabilire se la recente tendenza al ribasso possa iniziare a invertire parte della costante tendenza al rialzo

osservata nel decennio precedente la pandemia, la continua sorveglianza dell'EP registrata in ospedale e segnalata tramite il nostro [strumento online](#) manterrà aggiornati questi risultati, per informare le strategie in evoluzione per la diagnosi, la prevenzione e la gestione dell'EP.

Implicazioni di tutte le prove disponibili

La pandemia di COVID-19 e l'infezione da COVID-19 stessa hanno avuto un impatto diretto significativo sull'andamento dei tassi di EP registrati in ospedale. Dopo un'impennata significativa durante la pandemia, dal 2023 i tassi sono tornati ai livelli pre-pandemici. Sono necessari un monitoraggio continuo dell'EP registrata in ospedale e ulteriori ricerche, tra cui l'esame dell'incidenza per percorso di cura, per monitorare il successo delle strategie di prevenzione e gestione, soprattutto nel contesto dell'evoluzione delle linee guida politiche e in previsione di potenziali future crisi di salute pubblica. I futuri aggiornamenti di queste analisi continueranno a monitorare questi tassi tramite uno strumento interattivo online. Sono necessari dati provenienti da altri Paesi, che includono i periodi pandemici e post-pandemici, per chiarire la generalizzabilità di queste tendenze e l'impatto sui sistemi sanitari di altre regioni.

[https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(25\)00225-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(25)00225-X/fulltext)

THE LANCET *Regional Health*
Europe

Efficacia del nirsevimab contro l'ospedalizzazione per bronchiolite da RSV durante un'elevata circolazione di RSV-B nel secondo anno di implementazione nazionale in Francia: uno studio caso-controllo con test negativo

[Apolline Furgier](#), [Camille Brehin](#), [Corinne Levy](#), [Romain Basmaci](#), [Elise Launay](#), [Camille Jung](#) e altri

Riepilogo

Sfondo

Nirsevimab è stato introdotto per la prima volta nel settembre 2023, dimostrando una forte efficacia nella prevenzione della bronchiolite da RSV ospedalizzata. La circolazione di RSV-A è stata predominante nel biennio 2023-2024, mentre quella di RSV-B è stata frequente nel biennio 2024-2025. Recenti segnalazioni hanno indicato resistenza a nirsevimab nei ceppi di RSV-B in Francia. Il nostro obiettivo era valutare l'efficacia dell'implementazione su larga scala di nirsevimab contro la bronchiolite da RSV ospedalizzata durante un'elevata circolazione di RSV-B.

Metodi

È stato condotto uno studio caso-controllo con test negativo utilizzando un sistema di sorveglianza ospedaliero nazionale. Sono stati inclusi tutti i bambini di età inferiore a 12 mesi ricoverati per bronchiolite e sottoposti a test per RSV in 12 ospedali francesi dal 10 ottobre 2024 al 15 marzo 2025. I casi erano bronchiolite RSV-positiva; i controlli erano bronchiolite RSV-negativa. L'efficacia è stata valutata mediante un modello di regressione logistica multivariata aggiustato per fattori confondenti (sesso, età gestazionale alla nascita, peso alla nascita, fattori di rischio per bronchiolite grave, mese di diagnosi e centro medico). Sono state condotte diverse analisi di sensibilità.

Risultati

Sono stati inclusi 1270 pazienti, di cui 830 (65,3%) positivi al virus respiratorio sinciziale e 440 (34,7%) negativi al virus respiratorio sinciziale. Il rapporto tra i sessi era di 1,35 e l'età mediana era di 3 mesi (IQR: 1,5–5,6). Tra i casi, 182 (22,0%) hanno ricevuto nirsevimab, rispetto a 282 (64,1%) dei controlli. L'efficacia aggiustata contro la bronchiolite da virus respiratorio sinciziale è stata dell'84,9% (IC al 95%, 80,0–88,6). Le analisi dei sottogruppi per età e gravità (ricovero in terapia intensiva, supporto respiratorio) hanno mostrato risultati coerenti, insieme alle analisi di sensibilità.

Interpretazione

Nonostante l'elevata circolazione di RSV-B, che è stato recentemente identificato come portatore di mutazioni che potenzialmente inducono resistenza al nirsevimab, l'efficacia della seconda campagna nazionale sul nirsevimab contro l'ospedalizzazione per bronchiolite da RSV è rimasta elevata.

Finanziamento

Lo studio ha ricevuto il sostegno finanziario di Sanofi, AstraZeneca e la sovvenzione ATIP-Avenir 2023 del National Institute of Health and Medical Research (Inserm).

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

Abbiamo condotto una ricerca su PubMed dall'inizio fino a febbraio 2025 senza restrizioni di lingua, utilizzando i seguenti termini di ricerca: RSV, nirsevimab ed efficacia.

Dall'avvio delle campagne di immunizzazione con nirsevimab nel 2023-2024 per ridurre la morbilità correlata al virus respiratorio sinciziale (RSV), oltre venti studi ne hanno dimostrato l'efficacia precoce nel mondo reale, stimata intorno al 70-85% nella prevenzione della bronchiolite da RSV sia ospedalizzata che non ospedalizzata. Non abbiamo identificato studi che valutassero l'efficacia di nirsevimab durante la seconda campagna di immunizzazione (2024-2025), in particolare in Francia. Durante la stagione 2024-2025 in Francia si è verificato un cambiamento nella circolazione del ceppo di RSV, con la predominanza del virus RSV-B, in contrasto con il virus RSV-A nel 2023-2024. Poiché è stato recentemente identificato che il virus RSV-B è portatore di rare mutazioni che potrebbero potenzialmente ridurre la sensibilità al nirsevimab, sono state sollevate preoccupazioni circa l'efficacia di nirsevimab per questo secondo anno di campagna di immunizzazione.

Valore aggiunto di questo studio

Abbiamo condotto uno studio con esito negativo per valutare l'efficacia del nirsevimab contro la bronchiolite da RSV ospedalizzata nei neonati di età inferiore ai 12 mesi in Francia durante il secondo anno del programma nazionale di immunizzazione (2024-2025). Abbiamo riscontrato una forte efficacia del nirsevimab nonostante l'elevata circolazione di RSV-B.

Implicazioni di tutte le prove disponibili

Questi risultati aggiungono prove circa l'efficacia sostenuta del nirsevimab nel medio termine, nel contesto della circolazione del virus respiratorio sinciziale (RSV-B) e dell'uso diffuso del nirsevimab durante una seconda campagna nazionale, che potrebbero orientare i decisori politici quando raccomanderanno future campagne di immunizzazione.

[https://www.thelancet.com/journals/lanepi/article/PIIS2666-7762\(25\)00235-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanepi/article/PIIS2666-7762(25)00235-2/fulltext)

Stima dell'impatto dello sfollamento dall'Ucraina sulla prevalenza di HBV e HCV tra i migranti nell'Unione Europea, 2024: uno studio di modellazione

Devin M. Razavi-Shearer, Loreta A. Kondili, Samantha Hall, Maria Buti, Ivane Gamkrelidze, Marcelo CM Naveira, e altri

Riepilogo

Sfondo

Nei paesi con bassi livelli di base di virus dell'epatite B e C (HBV, HCV), elevati livelli di migrazione possono influire sul carico dell'epatite virale. Lo screening e il trattamento dei migranti richiedono metodi e sensibilità diversi rispetto ai programmi ad ampio spettro. Il nostro obiettivo era stimare la prevalenza di HBV e HCV tra i migranti nei paesi dell'UE-27 nel 2024. È stata quantificata anche la crisi dei rifugiati ucraini.

Metodi

Utilizzando i dati delle Nazioni Unite sullo stock migratorio del 2024, abbiamo stimato la popolazione migrante per ciascun paese dell'UE-27 in base a coorti quinquennali per età e sesso, ripartite per paese di nascita. Queste distribuzioni sono state moltiplicate per le stime di prevalenza quinquennali per età e sesso nei modelli per paese di nascita gestiti dall'Osservatorio Polaris. La differenza tra lo stock migratorio ucraino del 2024 e quello del 2020 è stata quantificata per stimare l'impatto della crisi dei rifugiati ucraini.

Risultati

Nel 2024, si stimava che nell'UE-27 ci fossero 1,73 milioni (UI: 1,04-2,66 milioni) di migranti affetti da HBV e 1,03 milioni (UI: 757.000-1.559.000) di persone affette da anticorpi anti-HCV, corrispondenti a una prevalenza tra i migranti rispettivamente del 2,73% (UI: 1,6-4,2%) e dell'1,53% (UI: 1,2-2,5%). Si stima che la crisi dei rifugiati ucraini abbia causato la presenza di ulteriori 43.000 (UI: 28.700-60.900) migranti affetti da HBV e 154.000 (UI: 12.500-202.000) di persone affette da HCV nell'UE-27.

Interpretazione

L'impatto dell'HBV e dell'HCV tra i migranti e le comunità maggiormente colpite nell'UE-27 a livello nazionale sono estremamente eterogenei. Questi dati forniscono elementi utili ai decisori politici per comprendere meglio l'impatto che la loro comunità deve affrontare, in modo da essere meglio preparati a sviluppare materiali e attività di sensibilizzazione culturalmente appropriati. Sebbene vi sia una notevole incertezza riguardo al numero di migranti per paese, nonché alla prevalenza tra questi gruppi, questo lavoro fornisce indicazioni su quali gruppi siano più probabilmente colpiti a livello UE-27 e nazionale.

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

Precedenti studi epidemiologici condotti su migranti residenti in paesi europei ad alto reddito hanno rilevato che la prevalenza del virus dell'epatite B e del virus dell'epatite C (HBV e HCV) varia notevolmente a seconda della popolazione studiata. Nel complesso, queste stime di prevalenza sono spesso simili, o leggermente inferiori, alla prevalenza riportata in letteratura per i paesi di nascita. Tuttavia, la prevalenza può essere maggiore tra i migranti irregolari o i rifugiati rispetto al paese di nascita. Le stime di prevalenza in letteratura spesso non sono corrette per età, né sono in grado di considerare, nel caso dell'HBV, l'impatto della vaccinazione dalla data dell'indagine dello studio. Poiché i paesi dell'UE-27 hanno un carico relativamente basso di HBV e HCV, ma molti paesi ospitano un gran numero di migranti, è stato dimostrato che queste popolazioni migranti rappresentano una quota significativa delle infezioni totali in questi paesi di destinazione. Una recente meta-analisi ha riportato una prevalenza dell'1,5% (CI: 1,1-2,0%) di anticorpi anti-

HCV tra i migranti residenti in paesi ad alto reddito, tuttavia studi simili per l'HBV si concentrano sulla regione di origine o di nascita dei migranti. Sono stati esaminati database sul numero di migranti residenti nei paesi dell'UE-27, tra cui quelli delle Nazioni Unite, di EUROSTAT e studi indipendenti che esaminano i migranti irregolari. Infine, i dati delle Nazioni Unite sono stati scelti per la granularità dei dati disponibili e per la loro comparabilità in tutti i paesi. Per questo studio di modellazione, gli input si sono basati sulla combinazione di una revisione aggiornata della letteratura e di un processo Delphi che ha utilizzato il contributo di esperti per colmare le lacune e confermare i dati quando disponibili. È stata condotta una revisione completa della letteratura effettuando una ricerca su PubMed utilizzando i termini "[nome del paese] AND [(epatite B) OR HBV] AND [prevalenza]" e "[nome del paese] AND ('prevalenza'/exp OR prevalenza) AND ('epatite B'/exp OR 'epatite B' OR 'HBV'/exp OR 'HBV')". La stessa ricerca è stata condotta per l'HCV, sostituendo HBV con HCV ed epatite B con epatite C. La ricerca è stata condotta dal 1° marzo 2016 al 1° novembre 2023, in quanto si basava sul nostro lavoro precedente (dal 1° gennaio 1960 al 1° marzo 2016 per l'HBV e dal 1° gennaio 2000 al 31 marzo 2016 per l'HCV). Gli studi sono stati selezionati tra quelli più rappresentativi a livello di popolazione nazionale, escludendo gli studi condotti esclusivamente su gruppi non rappresentativi. Sono stati utilizzati anche resoconti governativi non indicizzati e comunicazioni personali con i paesi e i territori attraverso la rete di collaboratori dell'Osservatorio Polaris.

Valore aggiunto di questo studio

Utilizziamo il lavoro dell'Osservatorio Polaris, che combina la revisione sistematica e le interviste con esperti nazionali, per produrre e aggiornare annualmente 170 modelli nazionali specifici per l'HBV e 117 modelli nazionali specifici per l'HCV. Questi modelli di carico di malattia stimano annualmente l'evoluzione della prevalenza per età e sesso nel tempo a seguito di prevenzione e trattamento. Utilizziamo un approccio standardizzato, utilizzando i dati più recenti delle Nazioni Unite sullo stock di migranti, per quantificare la popolazione migrante per ciascun paese dell'UE-27, in distribuzioni quinquennali per età e sesso per paese di nascita. Questi dati sono stati moltiplicati per le stime di prevalenza quinquennali per età e sesso nei suddetti modelli per paese di nascita gestiti dall'Osservatorio Polaris. Questo metodo ci consente di stimare il numero di infezioni a livello nazionale e dell'UE-27, fornendo al contempo informazioni su quali comunità di migranti siano maggiormente colpite dall'epatite virale. La differenza tra lo stock di migranti ucraini del 2024 e del 2020 è stata quantificata in modo indipendente per stimare l'impatto della crisi dei rifugiati ucraini.

Implicazioni di tutte le prove disponibili

L'impatto dell'epatite virale nell'UE-27 dipende fortemente dalla composizione e dalla prevalenza dell'epatite virale tra le diverse comunità di migranti. Sebbene i dati totali dell'UE-27 aiutino a quantificare l'impatto totale, esiste una grande eterogeneità a livello nazionale per quanto riguarda le comunità di migranti maggiormente colpite e l'impatto di queste comunità sulle stime di prevalenza nazionale. Le indagini sierologiche di alta qualità a livello nazionale sono costose e spesso hanno difficoltà a quantificare accuratamente la prevalenza tra i migranti. I dati qui presentati possono aiutare gli esperti nazionali a garantire che le loro stime nazionali tengano conto dell'impatto della migrazione. Questi dati possono essere utilizzati dai decisori politici e dai rappresentanti dei pazienti per individuare quali comunità di migranti hanno maggiori probabilità di essere colpite dall'epatite virale e creare così un'attività di sensibilizzazione culturalmente appropriata per aumentare il collegamento alle cure e ridurre così la morbilità e la mortalità future. Vi è la necessità di ulteriori dati tra queste comunità, per rafforzare la letteratura attuale e per integrare i dati laddove le prove sono gravemente carenti, come nel caso del virus dell'epatite delta.

[https://www.thelancet.com/journals/lanepi/article/PIIS2666-7762\(25\)00244-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanepi/article/PIIS2666-7762(25)00244-3/fulltext)

Prospettive internazionali sul passaggio a sistemi sanitari basati sulla popolazione

Montgomery Smith, Robert Saunders, Claudia Salzberg, Jonathan Gonzalez-Smith, Charles N.

Kahn, III, Shelley Dolan, Mark McClellan, e Eyal Zimlichman

Pubblicato il 20 agosto 2025

NEJM Catal Innov Care Deliv 2025;6(9)

DOI: 10.1056/CAT.24.0499

VOL. 6 N. 9

Copyright © 2025

Abstract

Cresce l'interesse delle organizzazioni sanitarie a concentrarsi maggiormente sulla gestione della salute della popolazione, il che può rappresentare una transizione per le organizzazioni che tradizionalmente si concentrano sull'assistenza acuta e specialistica. Inoltre, molte organizzazioni sanitarie potrebbero avere un'esperienza limitata nella gestione dei fattori sociali della salute, che richiedono strategie cruciali per migliorare il benessere della comunità.

Future of Health, una comunità internazionale di alti dirigenti sanitari, ha collaborato con il Duke-Margolis Institute for Health Policy per identificare le azioni prioritarie per il miglioramento della salute della popolazione in tutto il mondo.

Sono state identificate strategie chiave per integrare una cultura di responsabilità per la salute della popolazione all'interno dei sistemi sanitari, promuovere partnership innovative tra l'erogazione dell'assistenza sanitaria e le organizzazioni comunitarie e adottare modelli di pagamento basati sul valore che supportino in modo sostenibile le strategie per la salute della popolazione.

Questo articolo evidenzia esempi concreti di sistemi sanitari a livello globale, illustrando implementazioni di successo e le sfide affrontate in questo cambiamento di paradigma.

Concentrandosi su approcci collaborativi e risultati sanitari a lungo termine, questa ricerca mira a guidare i sistemi sanitari nel miglioramento della salute della popolazione.

https://www.google.com/search?q=traduttore+italiano+inglese&oq=&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUqCQgEECMYJxjqAjlJCAAQlxgnGOoCMgkIARAJGccY6glyCQgCECMYJxjqAjlJCAMQLhgnGOoCMgkIBBAjGccY6glyCQgFECMYJxjqAjlJCAyQlxgnGOoCMgkIBxjGccY6gLSAQwxODE1MjEzMmowajeoAgiwAgHxBRWF1V7PJ-jl&sourceid=chrome&ie=UTF-8

Registro europeo dello studio sull'arresto cardiaco TRE (EuReCa-THREE) – Influenza del tempo di risposta dei servizi di emergenza sanitaria sull'esito in Europa

[Jan-Thorsten Gräsner](#), [Rolf Lefering](#), [Scott Booth](#), [Leo Bossaert](#), per conto del [Gruppo collaboratore EuReCa-THREE](#)

Astratto

Sfondo

In tutta Europa esistono notevoli differenze nella struttura e nelle caratteristiche dei Servizi Medici di Emergenza (EMS) e nella loro risposta all'arresto cardiaco extraospedaliero (OHCA). L'obiettivo principale di EuReCa-THREE era esaminare l'epidemiologia dell'arresto cardiaco in Europa ed esplorare la correlazione tra tempi di risposta dei EMS e sopravvivenza.

Metodi

EuReCa-THREE è stato uno studio di coorte internazionale, prospettico, basato su registri, per il quale i dati sono stati raccolti dal 1° settembre al 30 novembre 2022 da 28 Paesi. I quesiti principali della ricerca si sono concentrati sulla valutazione degli intervalli di tempo e del loro impatto sugli esiti.

Risultati

Dei 45.251 casi confermati di OHCA, 32.033 sono stati trattati dal servizio di emergenza medica, ovvero è stata avviata o proseguita la rianimazione. Il tempo di risposta medio è stato di 12,2 minuti (intervallo 6,4-22,8), con il 25% dei pazienti raggiunto entro 7 minuti. Per tutti i casi in cui la rianimazione è stata avviata o proseguita dal servizio di emergenza medica, il tasso di ROSC è stato del 31,2% (intervallo 17,0-42,7), il ROSC mantenuto fino all'arrivo al pronto soccorso e al trasferimento alle cure (evento di sopravvivenza) è stato del 22,5% (intervallo 12,3-25,5) e la sopravvivenza globale è stata del 7,5% (intervallo 3,1-35,0), (incidenza 4,0 ogni 100.000 abitanti, intervallo 1,7-24,6).

Conclusione

I risultati dello studio EuReCa-THREE evidenziano una continua variabilità nell'incidenza, nella gestione e negli esiti dell'OHCA in tutta Europa. Per i pazienti trattati dal servizio di emergenza medica, i risultati indicano una chiara correlazione tra i tempi di risposta e la probabilità di sopravvivenza.

[https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(25\)00216-3/abstract](https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(25)00216-3/abstract)



Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità
Cabina di Regia istituita con DM Salute del 29 maggio 2020 e s.m.i.

Monitoraggio Fase 3 Report settimanale

Settimana 122

Monitoraggio Fase 3
(Circolare del Ministero della Salute n. 14253 del 5 maggio 2023)

Acquisizione dati: 3 settembre 2025

Punti chiave del monitoraggio

Impatto

• Al 03/09/2025 l'occupazione dei posti letto in area medica è pari a 1,2% (760 ricoverati), in lieve aumento rispetto alla settimana precedente (1,1% al 27/08/2025) (tab.1, fig.1). Stabile l'occupazione dei posti letto in terapia intensiva, pari a 0,3% (27 ricoverati), rispetto alla settimana precedente (0,3% al 27/08/2025) (tab.2, fig.2).

• I tassi di ospedalizzazione (fig.3, fig.4) e mortalità (fig.5) sono più elevati nelle fasce di età più alte (tasso di ospedalizzazione nelle fasce 80-89 e >90 anni rispettivamente pari a 15 e 31 per 1.000.000 ab. e tasso di mortalità nelle fasce 80-89 e >90 anni rispettivamente pari a 1 e 2 per 1.000.000 ab.).

Diffusione

• L'indice di trasmissibilità (R_t) calcolato con dati estratti il 3 settembre 2025 e basato sui casi con ricovero ospedaliero al 19/08/2025, è pari a 1,41 (1,24-1,60), sostanzialmente stabile rispetto alla settimana precedente ($R_t=1,35$ (1,15-1,58) al 12/08/2025) (fig.6). Per dettagli sulle modalità di calcolo ed interpretazione dell' R_t si rimanda all'approfondimento disponibile sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità (https://www.iss.it/coronavirus/-/asset_publisher/1SRKHcCJJQ7E/content/faq-sul-calcolo-del-rt).

• L'incidenza di casi COVID-19 diagnosticati e segnalati nel periodo 28/08/2025 - 03/09/2025 è pari a 3 casi per 100.000 abitanti, in lieve aumento rispetto alla settimana precedente (2 caso per 100.000 abitanti nella settimana 21/08/2025 - 27/08/2025) (tab.3).

• L'incidenza settimanale (28/08/2025 - 03/09/2025) dei casi diagnosticati è in lieve aumento nella maggior parte delle Regioni/PPAA rispetto alla settimana precedente (tab.3).

• Le fasce di età che registrano il più alto tasso di incidenza settimanale sono 80-89 e >90 anni. L'incidenza settimanale è sostanzialmente stabile in tutte le fasce d'età (fig.7). L'età mediana alla diagnosi è di 62 anni, in lieve diminuzione rispetto alla settimana precedente.

• La percentuale di reinfezioni è del 43% circa, in aumento rispetto alla settimana precedente (fig.8).

Varianti

• Dati preliminari relativi al mese di agosto 2025 (al 31/08/2025) evidenziano la co-circolazione di differenti sotto-varianti di JN.1 attenzionate a livello internazionale, con una predominanza di sequenziamenti attribuibili a XFG (fig. 9, fig. 10).

Indicatori di impatto

Tabella 1 - Numero di posti letto di area medica occupati da pazienti con infezione da SARS-CoV-2 / numero di posti letto totali in Area Medica

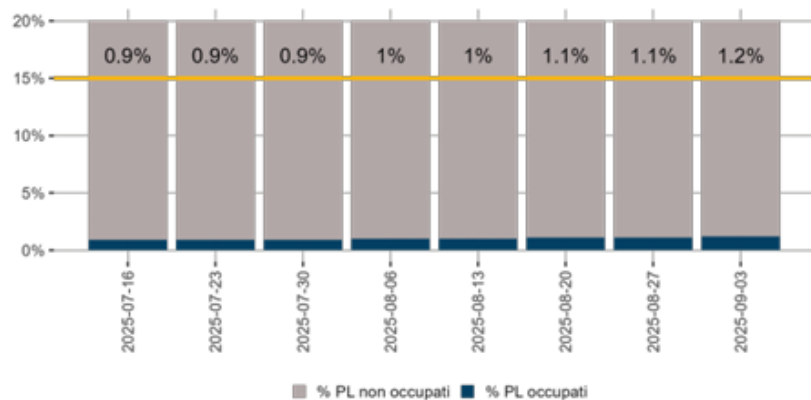
Regione/PA	Posti letto occupati area medica 03/09/2025 (A)	Posti letto totali area medica 03/09/2025 (B)	Occupazione (%) area medica 03/09/2025 (C=A/B*100)	Occupazione (%) area medica 27/08/2025
Abruzzo	2	1 382	0.1	0.0
Basilicata	1	333	0.3	0.3
Calabria	2	851	0.2	0.4
Campania	82	3 714	2.2	2.2
ER	189	9 001	2.1	2.0
FVG	10	1 277	0.8	0.5
Lazio	32	6 421	0.5	0.5
Liguria	52	1 251	4.2	2.6
Lombardia	24	10 457	0.2	0.2
Marche	12	973	1.2	1.2
Molise	2	176	1.1	0.0
Piemonte	27	6 794	0.4	0.2
PA Bolzano	2	500	0.4	0.4
PA Trento	8	517	1.5	0.4
Puglia	3	2 024	0.1	0.2
Sardegna	34	1 426	2.4	2.4
Sicilia	93	2 985	3.1	3.1
Toscana	40	5 033	0.8	0.3
Umbria	14	662	2.1	1.2
Valle d'Aosta	0	67	0.0	0.0
Veneto	131	6 000	2.2	2.1
ITALIA	760	61 844	1.2	1.1

Tutti i dati riportati in tabella si riferiscono al mercoledì di ogni settimana. Posti letto totali in Area Medica = posti letto Area Medica COVID attivi pre-emergenza (HSP 14.02.2020) + posti letto Area Medica COVID attivati (aggiuntivi rispetto ai posti letto pre-emergenza) aggiornati al giorno indice.

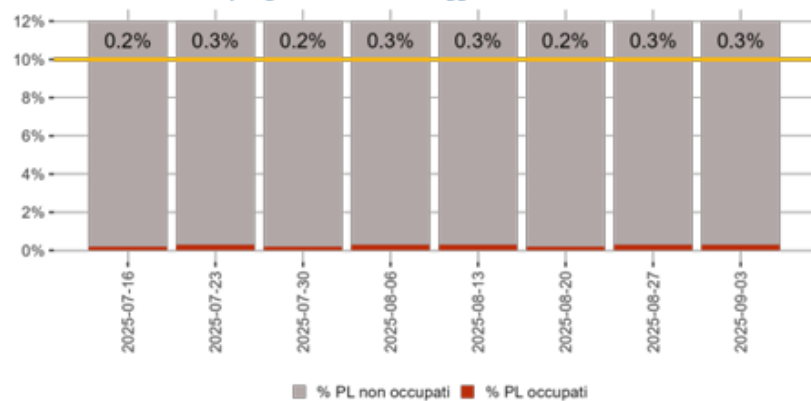
Tabella 2 - Numero di posti letto di terapia intensiva occupati da pazienti con infezione da SARS-CoV-2 / numero di posti letto totali in Terapia Intensiva

Regione/PA	Posti letto occupati terapia intensiva 03/09/2025 (A)	Posti letto totali terapia intensiva 03/09/2025 (B)	Occupazione (%) terapia intensiva 03/09/2025 (C=A/B*100)	Occupazione (%) terapia intensiva 27/08/2025
Abruzzo	1	181	0.6	0.0
Basilicata	0	79	0.0	0.0
Calabria	2	163	1.2	0.0
Campania	5	486	1.0	1.0
ER	6	889	0.7	0.3
FVG	0	175	0.0	0.6
Lazio	1	943	0.1	0.1
Liguria	0	162	0.0	0.0
Lombardia	1	1 810	0.1	0.1
Marche	1	206	0.5	0.5
Molise	0	39	0.0	0.0
Piemonte	0	628	0.0	0.0
PA Bolzano	0	100	0.0	0.0
PA Trento	0	90	0.0	0.0
Puglia	0	304	0.0	0.0
Sardegna	0	192	0.0	0.0
Sicilia	3	675	0.4	0.4
Toscana	2	570	0.4	0.4
Umbria	1	80	1.3	2.5
Valle d'Aosta	0	13	0.0	0.0
Veneto	4	1 000	0.4	0.4
ITALIA	27	8 785	0.3	0.3

Tutti i dati riportati in tabella si riferiscono al mercoledì di ogni settimana. Posti letto totali in Area Medica = posti letto Area



Denominatore: Posti letto totali
Figura 1 - Tasso di occupazione dei posti letto in Area Medica da pazienti con COVID-19 per giorno del monitoraggio settimanale



Denominatore: Posti letto totali
Figura 2 - Tasso di occupazione dei posti letto in Terapia Intensiva da pazienti con COVID-19 per giorno del monitoraggio settimanale

Monitoraggio delle varianti di SARS-CoV-2

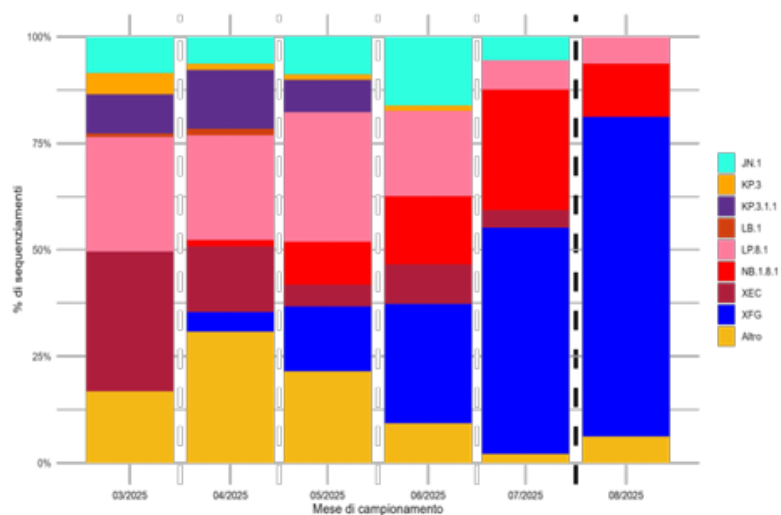


Figura 9 - Percentuale (%) dei principali lignaggi di SARS-CoV-2 per mese di campionamento

Guerra ai superbatteri: l'Italia avanza nella corsa ai nuovi antibiotici

La ricerca evidenzia una recente stima secondo cui 11 milioni di vite potrebbero essere salvate entro il 2050 con una pipeline migliorata di farmaci antimicrobici

[Redazione Salute](#)

I superbatteri e la loro resistenza alle terapie rappresentano una delle sfide dei sistemi sanitari a livello globale. Il G7 Salute ospitato dall'Italia ad Ancona a ottobre 2024 ha scommesso su questa sfida, e il nostro Paese con il ministro della Salute Orazio Schillaci si è fatto promotore di strategie e piani ad hoc contro l'antimicrobicoresistenza.

Ora uno studio pubblicato su 'The Lancet eClinicalMedicine' ha analizzato il contributo economico dei Paesi del G7 e dell'Unione europea all'innovazione nel campo degli antibiotici, con particolare attenzione agli strumenti cosiddetti 'pull' e 'push', pensati per sostenere economicamente lo sviluppo di nuovi farmaci antibatterici e scelti proprio dal ministero della Salute per aiutare lo sviluppo di nuove armi contro i superbug. Con l'Italia che si piazza tra i Paesi ora di punta nella corsa verso nuovi efficaci e preziosi antibiotici.

Lo studio su Lancet e le 11 milioni di vite da salvare

La ricerca evidenzia una recente stima secondo cui 11 milioni di vite potrebbero essere salvate entro il 2050 con una pipeline migliorata di farmaci antimicrobici mirati ai batteri Gram-negativi. Lo studio su Lancet parte dal fatto che oggi lo sviluppo di nuovi antibiotici è per l'industria farmaceutica un comparto non attrattivo, e servono strumenti - economici ma non solo - che possano supportare l'innovazione nel settore.

Gli autori hanno cercato di capire se i principali Paesi ad alto reddito stiano contribuendo in modo equo, in base alla loro capacità economica, a sostenere la ricerca e lo sviluppo di antibiotici.

Il lavoro ha esaminato i dati annuali sui ricavi e sui volumi degli antibiotici (due in particolare, cefiderocol e ceftazidime-avibactam), per stimare se i Paesi del gruppo G7 più quelli dell'Ue a 27 stiano realizzando investimenti nel campo. In particolare, lo studio ha identificato una soglia di ricavi equa per ciascun Paese, proporzionale al Pil, e l'ha confrontata con i ricavi delle aziende effettivamente generati dalla vendita dei due antibiotici considerati rappresentativi.

L'analisi si è basata sui dati di vendita raccolti da Iqvia tra il 2015 e il 2024, e ha preso in considerazione tre possibili scenari: basso, intermedio e alto, con il valore intermedio fissato a circa 363 milioni di dollari l'anno per ciascun farmaco (valore aggiornato all'inflazione).

Italia e Inghilterra con i migliori risultati

Nel complesso, il gruppone G7 e Ue a 27 “non ha raggiunto gli obiettivi cumulativi di medio termine - osservano i ricercatori - Il Regno Unito ha raggiunto gli obiettivi annuali di medio termine grazie ad un suo programma specifico di 'abbonamento' agli antibiotici (le aziende ricevono un pagamento fisso annuo, indipendente dal numero di dosi vendute).

L'Italia ha raggiunto gli obiettivi di medio termine per un maggiore utilizzo dei farmaci, dovuto a un contesto epidemiologico caratterizzato da una maggiore diffusione di ceppi resistenti, e in più per lo sviluppo di nuove politiche di rimborso e in particolare l'istituzione di un Fondo nazionale per gli antibiotici 'orfani', approvato nel 2025 con una dotazione di 100 milioni di euro all'anno.

Gli incentivi 'pull' per gli antibatterici tedeschi, francesi e giapponesi non hanno raggiunto gli obiettivi di medio termine. Nessun membro del G7 ha raggiunto gli obiettivi di fascia alta con gli attuali prezzi o i volumi”. In conclusione, “un incentivo 'pull' di garanzia dei ricavi per le aziende, progettato per integrare i ricavi di mercato, potrebbe sostenere l'innovazione e accelerare l'accesso senza dipendere dai prezzi o volumi più elevati. I progressi nel Regno Unito e in Italia dimostrano che il raggiungimento degli obiettivi di 'equa condivisione' è realizzabile in diversi contesti nazionali”, conclude lo studio.

Rasi: l'Italia ha scelto strada giusta nella ricerca e sviluppo

“Lo studio su 'Lancet' dimostra che l'Italia ha fatto la scelta giusta nella strategia per incentivare la ricerca e lo sviluppo di nuovi antibiotici, vista anche la nostra situazione non felicissima per quanto riguarda l'antimicrobico resistenza. Il nostro modello può essere preso ad esempio e se più paesi seguiranno la nostra strada ci sarà la massa critica per favorire il ritorno di investimenti dell'industria su nuovi antibiotici”, avverte **Guido Rasi**, professore di Microbiologia all'Università Tor Vergata di Roma e già direttore generale di Ema (l'Agenzia europea dei medicinali), intervenendo sullo studio pubblicato su 'The Lancet Clinical Medicine' che ha analizzato il contributo economico dei Paesi del G7 e dell'Unione europea all'innovazione nel campo degli antibiotici, con particolare attenzione agli strumenti cosiddetti 'pull' e 'push', e l'Italia si è dimostrata tra i migliori paesi Ue.

https://www.ilsole24ore.com/art/guerra-superbatteri-italia-avanza-corsa-nuovi-antibiotici-AHkDVNbC?&cmpid=nl_sanita24

la Repubblica

Covid, diffusione in Italia e sintomi della variante Stratus

Incremento dei casi in Italia ma la situazione non desta allarme. Il commento dell'esperto

Redazione Salute

Il Sars-CoV-2 "non ci ha mai abbandonato e come negli anni precedenti in questo periodo post vacanze sta girando di più e ne vediamo gli effetti con i casi in lieve aumento.

Un trend confermato anche dall'Oms, visto che in alcuni stati (Grecia, Irlanda, Romania e Francia) l'incidenza è in aumento. In Italia c'è un incremento ma è contenuto e non sostenuto, diciamo che non c'è un allarme. Vediamo qualche ricovero di over 80 con comorbidità".

A fare il punto sulla situazione è Mauro Pistello, direttore dell'Unità di virologia dell'Azienda ospedaliera universitaria di Pisa è tra i fondatori della rete di sequenziamento dell'Istituto superiore di sanità (Iss) che monitora le varianti Covid in Italia.

La situazione e i sintomi della nuova variante

Proprio sul tema dell'evoluzione del Sars-CoV-2, il virologo cita gli ultimissimi dati: "La variante che oggi va per maggiore, siamo già oltre il 50% di presenza nei contagi, è XFG o 'Stratus', arrivata dagli Usa - frutto della ricombinazione di altre mutazioni- e oggi dominante anche da noi".

L'ultimo [report del ministero della Salute sui casi Covid in Italia](#), riferito alla settimana 21-27 agosto, registrava 1.391 contagi (erano 1.091 sette giorni prima).

"Nei positivi al Covid stanno tornando i 'vecchi' sintomi che abbiamo conosciuto nella prima fase della pandemia - prosegue Pistello - Molti lamentano la mancanza improvvisa dell'olfatto e del gusto, questo perché molto probabilmente l'ingresso del virus predilige queste sedi che vengono - momentaneamente - compromesse e non trasmettono lo stimolo percepito al cervello. Rimangono poi la febbre, anche alta, e i sintomi respiratori che conosciamo".

Le vaccinazioni autunnali

Cosa dobbiamo aspettarci per l'autunno? "Se osserviamo i dati delle vaccinazioni non vediamo segnali positivi - risponde il virologo - È chiaro che c'è una fascia di popolazione vulnerabile, over 60-70, che ha perso nel tempo lo scudo immunologico, vuoi per una vaccinazione lontana nel tempo vuoi perché il Covid ha avuto una flessione e ci sono stati meno contagi. Io darei due consigli: il primo alle autorità sanitarie nazionali di lavorare sulla campagna vaccinale autunnale e spingere sia per l'antinfluenzale che per l'anti-Covid.

E poi alla popolazione di scegliere per la doppia vaccinazione, abbiamo visto che è sicura ed efficace".
Sulle recenti polemiche sull'obbligo o meno rispetto alle vaccinazioni, Pistello è chiaro: "Mi pare difficile in questo momento pensare a questa scelta per l'Italia, riprendere un focolaio di morbillo non è facile, serve - conclude - tenere la barra dritta sulle coperture vaccinali".

https://www.repubblica.it/salute/2025/09/05/news/covid_diffusione_in_italia_e_sintomi_della_nuova_variante_stratus-424828620/?ref=RHLM-BG-P11-S1-T1-fdg13

PNRR e sua implementazione



Attive 660 Case di comunità, solo 46 con tutti i servizi

Il report. Su 1723 programmate solo 46 erogano tutti i servizi previsti. Sud in ritardo drammatico con Abruzzo, Basilicata e Campania a zero centri

Ci sono 660 Case di Comunità aperte in Italia delle 1723 programmate dalle Regioni e solo 41 sono quelle al Sud, nessuna in Abruzzo, Basilicata e Campania (con l'eccezione al Nord di Bolzano).

Ma la cosa più clamorosa è che di quelle attive soltanto 46 forniscono tutti i servizi che dovrebbero erogare per legge ai cittadini.

In più solo in 172 di queste strutture che dovrebbero dare una mano ad alleggerire le code nel pronto soccorso c'è una presenza di almeno un medico nell'arco delle 12 ore di apertura (24 ore in quelle più grandi) pronto a visitare i pazienti e solo in 162 c'è un ambulatorio infermieristico nello stesso range orario per fare medicazioni o altri interventi al bisogno.

Infine sono sempre 172 le Case di comunità con tutti i servizi attivi, a parte appunto la presenza stabile di medici e infermieri. Gira intorno a questi numeri la fotografia impietosa scattata dall'ultimo report Agenas a neanche un anno dal traguardo del Pnrr previsto a giugno 2026 sulla riorganizzazione delle cure sul territorio che solo su queste strutture investe 2 miliardi.

Il monitoraggio che riporta i dati al primo semestre di quest'anno certifica due cose: la prima è il ritardo soprattutto al Sud nell'apertura di questi maxi-ambulatori sul territorio nati perché durante il Covid ci si è accorti che ne eravamo sguarniti, un ritardo che potrebbe essere colmato con un miracoloso rush finale anche perché il target minimo fissato dalla Ue a giugno prossimo per non richiedere i fondi indietro è di 1038 strutture.

La seconda è che anche se si arrivasse ad aprire in un vicino futuro tutte e 1723 le strutture programmate dalle Regioni difficilmente queste avranno il personale necessario per attivare tutti i servizi che dovrebbero erogare: dai prelievi alle vaccinazioni, dall'assistenza domiciliare alle prenotazioni delle prestazioni fino all'integrazione con i servizi sociali, ma soprattutto visite anche con la telemedicina e i primi esami diagnostici (come ecografie, spirometrie, ecc.) che smaltirebbero gli accessi in ospedale.

Un flop su cui pesa la mancata riforma dei medici di famiglia che si vorrebbe ben presenti in queste strutture (si veda articolo a fianco) e i ritardi delle Regioni nelle assunzioni nonostante i fondi stanziati dal ministero della Salute nella scorsa legge di bilancio.

Ma vediamo i numeri: in testa nell'attivazione di una Casa di comunità (Cdc) con almeno un servizio attivo, la Valle d'Aosta (tutte e quattro le Cdc programmate già attivate) su 4 il Friuli Venezia Giulia con 30 Cdc attive su 32 programmate, il Veneto con 63 su 99, l'Emilia Romagna (140 Cdc su 187), la Lombardia con 142 su 204, la Toscana con 70 su 157.

Mentre Abruzzo, Basilicata, Campania, Bolzano, come detto, sono ancora oggi a zero strutture e fanno poco meglio Calabria (2 su 63 Cdc), Molise (2 su 13), Puglia (1 su 123), Sardegna (27 su 80) e Sicilia (9 su 161). Quando si guarda al personale in termini di presenza medica e infermieristica secondo quanto previsto dal Dm 77 però la musica cambia per tutti o quasi: ben 9 Regioni non centrano l'obiettivo con zero strutture e sono appunto Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Friuli Venezia-Giulia, Bolzano, Bolzano, Trento, Puglia e Sardegna.

Un quadro sconcertante, lontanissimo dal parametro standard: presenza medica di 24 ore al giorno per 7 giorni alla settimana nelle Cdc "hub" e di almeno 12 ore al giorno per 6 giorni a settimana nelle Cdc "spoke". Mentre per gli infermieri si richiedono almeno 12 ore al giorno, 7 giorni su 7, nelle Cdc hub e almeno 12 ore al giorno (6 giorni su 7) nelle Cdc spoke.

La Regione che fa meglio da questo punto di vista è la Lombardia con 12 case di comunità complete di tutto, ma sulle ben 204 che ha programmato. Segue l'Emilia Romagna (8 Cdc con personale a pieno regime sulle 187 programmate) e la Toscana (7 su 157) e poi il Lazio con 5 case di comunità a pieno regime con tanto di medici e infermieri ma, anche qui, su 146 in cantiere.

https://www.ilsole24ore.com/art/attive-660-case-comunita-solo-46-tutti-servizi-AHFgi9mC?&cmpid=nl_sanita24



lavoce.info

Assistenza domiciliare: come sarà nel dopo-Pnrr?

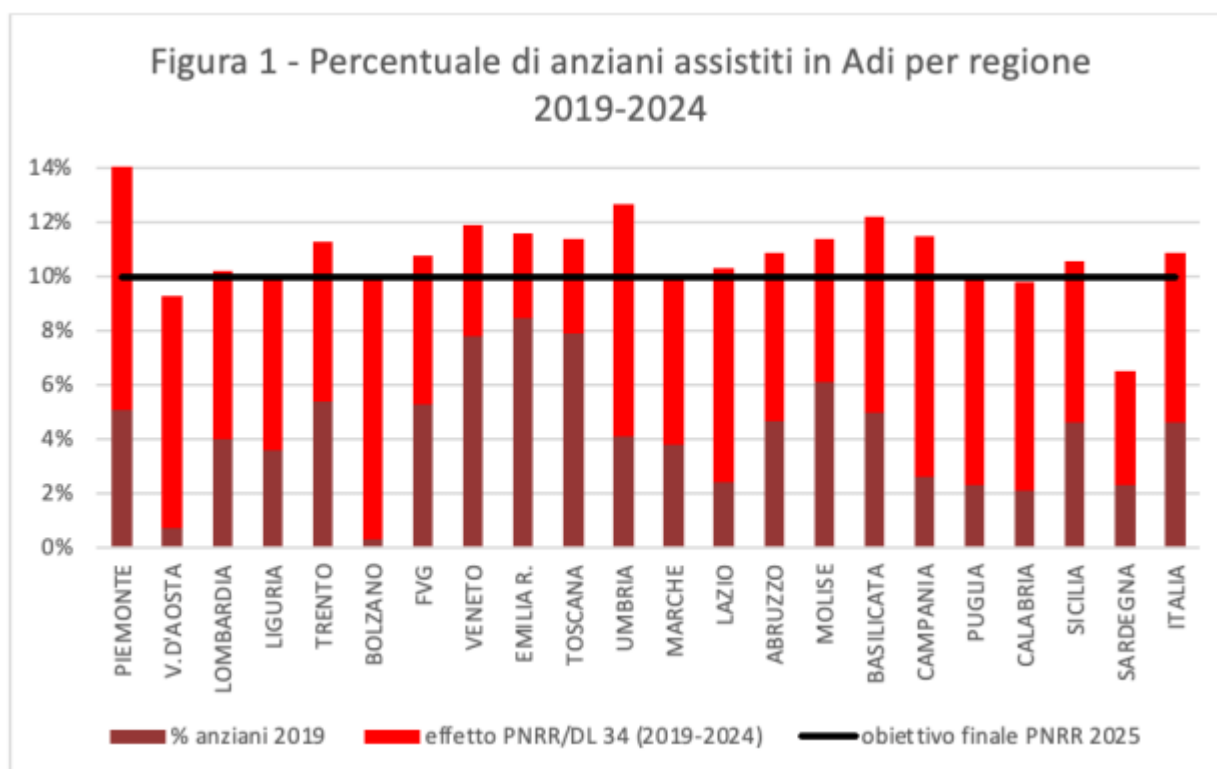
Sull'assistenza a domicilio tutte le regioni hanno raggiunto gli obiettivi fissati dal Pnrr. Ma nel sistema oggi conta solo il numero degli assistiti, non i loro reali bisogni. Andrebbero fissati standard di servizio, da monitorare periodicamente.

Laura Pelliccia

Missione compiuta sull'assistenza a domicilio

Il [monitoraggio al 2024](#) sul Recovery Plan parla chiaro: l'obiettivo della Missione "Salute" – Investimento "Casa come primo luogo di cura" risulta centrato da tutte le regioni, anzi molte hanno già superato il target previsto per il 2025.

Il Pnrr mirava a garantire l'assistenza domiciliare di tipo sociosanitario (Adi) al 10 per cento degli over 65 entro il 2025. Nel 2024 la copertura del servizio ha raggiunto il 10,9 per cento, con un decisivo miglioramento rispetto al 4,6 per cento del 2019: +900mila anziani assistiti in cinque anni, con effetti positivi anche in termini di riduzione delle distanze tra Nord e Sud (figura 1).



Il maggior ricorso all'Adi è un elemento senz'altro positivo per una sanità storicamente ospedalocentrica e senza obiettivi per l'assistenza territoriale. Tuttavia, per valutare l'impatto di questa politica è necessario tener conto di altri aspetti.

Come sono state usate le risorse disponibili?

Per sostenere l'Adi, tra il 2022 e il 2025 sono stati investiti circa 3 miliardi messi a disposizione dal Pnrr, cui si aggiungono i 500 milioni l'anno già previsti dal DL 34/2020 nella fase pandemica. Si trattava di risorse destinate all'assunzione di personale da dedicare ai servizi domiciliari delle case della comunità (incluse le prestazioni domiciliari dei medici di medicina generale); e comprendeva la possibilità di acquistare prestazioni domiciliari anche da privati accreditati.

Ma quanto è effettivamente aumentata la spesa del Ssn per la domiciliarità? [Secondo l'Istat](#), nel 2024 sono stati spesi meno di 4,2 miliardi, con un incremento rispetto al 2019 di circa 875 milioni. La crescita della spesa corrisponde a poco più della metà delle risorse disponibili per l'Adi nel 2024: circa 1 miliardo e mezzo tra Pnrr e DL 34 (figura 2).

E allora come sono stati impiegati i finanziamenti che non si sono tradotti in spesa specifica per l'assistenza a domicilio? Potrebbero essere stati indirizzati ad altri scopi, come ricoveri o farmaci, specie nei casi di difficoltà ad assicurare gli equilibri di bilancio del sistema sanitario regionale.

Il finanziamento del Pnrr è calcolato in base al numero di beneficiari incrementali e non sulla spesa effettiva o l'intensità del servizio erogato. Tutte le regioni hanno raggiunto il target previsto e, dunque, hanno maturato il diritto al finanziamento, a prescindere dai costi realmente sostenuti. Bisogna però chiedersi se non ci siano meccanismi più efficaci per garantire che le risorse siano effettivamente destinate all'obiettivo di potenziare l'assistenza a domicilio degli anziani, anche per evitare che la tanto auspicata centralità del territorio in sanità possa vanificarsi. L'importanza dell'Adi sul totale della spesa sanitaria è aumentata tra il 2019 e il 2022, ma c'è già qualche segnale di interruzione della spinta propulsiva. Insomma, occorre mantenere gli sforzi per mettere al centro delle politiche sanitarie i bisogni delle persone non autosufficienti. Ad esempio, la grande attenzione sulle liste d'attesa nella programmazione – e pure nei media – dimentica gli utenti che, proprio per le loro limitazioni fisiche, cognitive o funzionali, non possono accedere all'assistenza specialistica e diagnostica in ambulatorio.

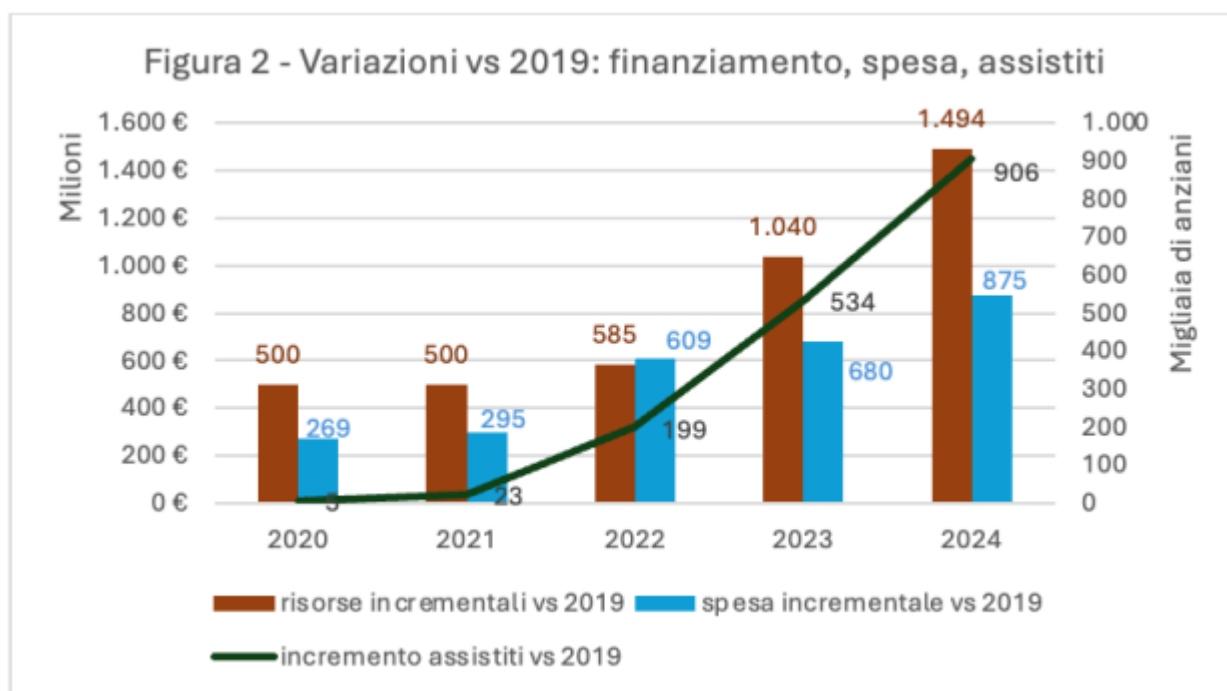
È cambiata la risposta per i singoli assistiti?

Se le condizioni erogative dell'Adi fossero rimaste le stesse di prima del Pnrr, la spesa sarebbe cresciuta proporzionalmente al numero di utenti. Invece risulta uno sviluppo della spesa (+26 per cento tra il 2019 e il 2024) inferiore a quello dell'utenza (+141,4 per cento – figura 2). Già dai risultati delle prime annualità del Pnrr era emerso che la crescita del numero di utenti era avvenuta a discapito dell'[intensità del servizio](#). Oggi risulta che per ogni utente aggiuntivo rispetto all'anno base 2019 sono stati spesi 971 euro, una cifra che corrisponde a circa la metà di quella erogata alle regioni con il Pnrr per ogni assistito incrementale in Adi (1.977,94 euro, il costo medio ponderato standard erogato indipendentemente dalla spesa effettiva). La ridotta intensità di servizio per caso rispetto ai livelli stimati a preventivo potrebbe avere contribuito anche al non completo utilizzo delle risorse disponibili.

Questi effetti distorsivi sarebbero stati mitigati se il finanziamento fosse stato calcolato proporzionalmente all'intensità e alla durata degli interventi domiciliari, ovvero se il costo standard fosse riconosciuto a condizione che venisse erogato un servizio standard.

Quali prospettive per il modello di assistenza territoriale per gli anziani?

L'Adi sta crescendo, ma attraverso l'erogazione di interventi molto frammentati. È il risultato di meccanismi di monitoraggio non sufficientemente affinati che hanno reso conveniente lo sviluppo di servizi episodici-prestazionali. In un sistema dove conta solo il numero degli assistiti, non sembra esserci interesse per gli interventi di presa in carico continuativa e intensiva – quelli che potrebbero generare risultati virtuosi nel Ssn, per esempio con la riduzione dei ricoveri e degli accessi in pronto soccorso.



Un risultato in contrasto con l'obiettivo dello stesso Recovery Plan di riformare l'assistenza agli anziani non autosufficienti. Tra gli obiettivi della legge delega, c'è anche quello di definire misure per rendere l'Adi a misura di anziano non autosufficiente quanto a intensità e durata del servizio. Ma finora non sono stati adottati i provvedimenti per rendere attuativi tali principi. Nel frattempo, si rischia che risorse Pnrr siano impiegate con altre logiche, perdendo l'occasione per rendere l'Adi a misura dei bisogni di long term care.

La spinta per la costruzione della nuova sanità territoriale ha inteso fare dell'assistenza domiciliare un elemento cardine del territorio, da assicurare, secondo il Dm 77, in tutte le case della comunità. È innegabile che il servizio si stia sviluppando, anche grazie al Pnrr. Tra qualche mese, quando il programma sarà concluso, rimarrà, quale unico standard normativo, quello previsto dal Dm 77, ovvero servire con l'Adi il 10 per cento degli anziani. Il rischio è che, anche a regime, ci si limiti al mero rispetto formale degli indicatori sulla

numerosità dell'utenza, senza miglioramenti per rendere il servizio utile alle necessità del sistema e ai bisogni specifici della non autosufficienza.

Per favorire uno sviluppo dell'Adi adeguato ai bisogni si dovrebbero stabilire standard per l'assistenza territoriale in termini di intensità, durata, appropriatezza, efficacia del servizio, da monitorare periodicamente rispetto ai bisogni della popolazione.

[Adianzianiassistenza domiciliarecase della comunitàDM 77intensità assistenzalstatLaura Pelliccialong term](#)

quotidianosanità.it

Medici di famiglia. Ecco come dovranno lavorare nelle Case della comunità. Le linee di indirizzo approvate da Conferenza delle Regioni

di G.R.

Con l'approvazione delle Linee di indirizzo da parte della Conferenza delle Regioni, prende forma concreta il nuovo modello operativo del medico di medicina generale all'interno delle Case della Comunità. Attività orarie strutturate, collaborazione multiprofessionale e nuovi compiti assistenziali per rispondere ai bisogni della popolazione. Prevista la presenza dei medici H24, 7 giorni su 7, nelle Case della comunità hub e H12, 6 giorni su 7, in quelle spoke.

12 SET -

Lo scorso 9 settembre la Conferenza delle Regioni ha approvato le "Linee di indirizzo per l'attività oraria da rendere da parte dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle Case della Comunità", in attuazione del DM 77/2022 e dell'ACN 2019-2021 del 4 aprile 2024.

Queste linee guida si inseriscono nel contesto del DM 77/2022, che ridefinisce il modello dell'assistenza territoriale in Italia, con l'obiettivo di renderla più accessibile, continua e orientata alla prossimità. A questo si affianca l'Accordo Collettivo Nazionale per il triennio 2019-2021 (aggiornato ad aprile 2024). Il medico ora è tenuto a garantire sia attività a ciclo di scelta sia attività su base oraria, con un impegno crescente nelle Case della Comunità hub e spoke, in coordinamento con le AFT e le UCCP. Non si tratta quindi di una novità normativa ma semplicemente di una ulteriore precisazione su come applicare quanto già previsto da precedenti accordi.

La Casa della Comunità come snodo dell'assistenza

Le Case della Comunità diventano il luogo di riferimento dell'assistenza territoriale. Sono strutture fisiche riconoscibili, facilmente accessibili e collegate in rete con ospedali di comunità, consultori, ambulatori, farmacie, centrali operative e servizi sociali. In esse si concretizza il principio della sanità di prossimità, con un'attenzione particolare alla presa in carico delle persone con patologie croniche, fragilità e bisogni sociosanitari complessi.

I medici del ruolo unico, inseriti in équipe multiprofessionali, condividono informazioni e piani di cura attraverso strumenti interoperabili come il Fascicolo Sanitario Elettronico e le piattaforme di telemedicina. L'obiettivo è superare la frammentazione tra i vari setting assistenziali, garantendo continuità, tempestività e presa in carico proattiva.

Il ruolo dei medici: orario, compiti e integrazione

Con le nuove disposizioni, tutti i medici che entreranno nel sistema dal 2025 avranno un doppio obbligo: esercitare sia l'attività a ciclo di scelta (ossia per i propri assistiti), sia prestazioni orarie, assegnate dall'Azienda sanitaria di riferimento. La logica è quella di una maggiore flessibilità e di una presenza più capillare sul territorio.

I medici saranno presenti:

H24, 7 giorni su 7, nelle CdC hub

H12, 6 giorni su 7, nelle CdC spoke

Le attività orarie includono:

- visite ambulatoriali per bisogni non differibili
- gestione della cronicità e della fragilità in équipe
- interventi di sanità pubblica e promozione della salute
- attività di primo livello diagnostico (con strumentazioni fornite dalla CdC)
- rilascio di certificazioni, prescrizioni e proposte di ricovero
- supporto all'assistenza domiciliare e segnalazione ai servizi territoriali
- assistenza a turisti, studenti fuori sede, cittadini non residenti

L'organizzazione dei turni sarà di competenza dell'Azienda sanitaria, in collaborazione con i referenti delle AFT, secondo criteri di equità distributiva.

Una nuova continuità assistenziale

Le Linee di indirizzo superano il vecchio concetto di guardia medica, introducendo una continuità dell'assistenza più ampia: non solo notturna e festiva, ma anche diurna e feriali, con presenza programmata dei medici nelle CdC, negli ambulatori e nelle altre sedi territoriali. Tutto il sistema ruota attorno alla collaborazione tra professionisti e al coordinamento con i servizi emergenziali, in particolare con la Centrale Operativa 116117.

Focus su cronicità e prevenzione: la sanità che anticipa i bisogni

Oltre all'emergenza e alla gestione del quotidiano, il medico del ruolo unico svolge un ruolo chiave nella presa in carico dei pazienti cronici e fragili, in collaborazione con infermieri e specialisti. L'attività è finalizzata a ridurre gli accessi ospedalieri e a mantenere l'autonomia delle persone, soprattutto in contesti rurali o svantaggiati.

Parallelamente, è previsto l'impegno in attività di prevenzione e educazione sanitaria: campagne vaccinali, promozione di stili di vita sani, interventi su gruppi a rischio, anche attraverso la stratificazione della popolazione per bisogni e la medicina d'iniziativa.

Tecnologie, formazione e strumenti operativi

Per garantire efficacia e qualità, le CdC saranno dotate di:

- diagnostica di primo livello (es. ECG, ecografi, strumenti per esami rapidi)
- sistemi informativi compatibili con il FSE
- accesso alle banche dati cliniche e ai software applicativi dei diversi setting
- dispositivi per teleconsulto e telemedicina

I medici saranno inoltre tenuti a partecipare a corsi di Basic Life Support (BLS-D) e ad attività formative sull'uso delle nuove apparecchiature, secondo i piani aziendali e regionali.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=131906

Pnrr. L'allarme della Cgil: "Speso solo 34% dei fondi, completati un terzo dei progetti"

La Cgil punta il dito contro i ritardi accumulati, e in particolare prende in esame i progetti di edilizia sanitaria. Resta poi il nodo personale: "per il corretto funzionamento di queste strutture occorrerebbe assumere almeno 35mila unità tra infermieri, operatori sociosanitari, assistenti sociali e altre figure professionali, medici esclusi. Ma ad oggi non risulta nessuna interlocuzione tra Ministri della Salute e dell'Economia a garanzia delle coperture economiche necessarie".

15 SET -

"Siamo a nove mesi dalla scadenza del PNRR e la Missione Salute rischia di rimanere inattuata. È stato speso solo il 34,4% dei fondi disponibili, 6,6 miliardi di euro, e solo un terzo dei progetti è completato. Una situazione vergognosa che di questo passo porterà al non raggiungimento degli obiettivi, significherà una perdita delle risorse del Pnrr e si tradurrà in una mancata risposta per le persone. Un altro segnale evidente dell'interesse a incentivare il mercato privato della salute del governo Meloni".

È quanto dichiara la segretaria confederale della Cgil **Daniela Barbaresi**, che commenta i risultati del monitoraggio sull'attuazione degli investimenti della Missione 6 del Pnrr effettuato dall'Area Stato sociale e Diritti della Confederazione elaborando i dati del sistema ReGiS del Mef, aggiornati al 30 giugno 2025. La Cgil punta il dito contro i ritardi accumulati, e in particolare prende in esame i progetti di edilizia sanitaria. "Continua ad essere preoccupante e incerta la situazione della realizzazione delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità, strutture – sottolinea la dirigente sindacale – strategiche per l'attuazione della riforma dell'assistenza territoriale". Per quanto riguarda le Case della Comunità, è stato speso solo il 17% dei 2,8 miliardi di euro di finanziamenti. A marzo la percentuale era al 12,4%: di questo passo serviranno cinque anni per terminare le opere. Solo il 3,5% dei progetti finanziati è stato completato. Quanto agli Ospedali di Comunità, a giugno 2025 solo il 3,3% dei progetti finanziati era stato completato (14 strutture sulle 428 totali previste), con la spesa di appena il 15,1% dei fondi disponibili. Serviranno sei anni a terminare tutto a questo ritmo".

Resta poi il nodo personale: "per il corretto funzionamento di queste strutture – ricorda Barbaresi – occorrerebbe assumere almeno 35mila unità tra infermieri, operatori sociosanitari, assistenti sociali e altre figure professionali, medici esclusi. Ma ad oggi non risulta nessuna interlocuzione tra Ministri della Salute e dell'Economia a garanzia delle coperture economiche necessarie".

"Nella propaganda del Governo e di alcune Regioni l'attuazione del Pnrr andrebbe a gonfie vele, ma i numeri lo smentiscono clamorosamente. È forte il rischio che gli investimenti previsti nella Missione 6 vengano restituiti al mittente o riorientati verso altri obiettivi, magari a favore dell'industria bellica", aggiunge la segretaria confederale della Cgil. "Dalla riforma dell'assistenza territoriale con l'apertura di una rete di strutture pubbliche, passa la capacità del sistema di dare risposte alle persone, implementare la prevenzione, aggredire anche l'odioso problema delle liste d'attesa, evitare i ricoveri inappropriati e le lunghe attese nei pronto soccorso, garantire la presa in carico. Chi rassicura ma nella pratica boicotta la riforma dimostra la volontà di privatizzare la risposta ai bisogni di salute, impoverendo stipendi e pensioni".

"Siamo all'ultima chiamata per essere smentiti: occorre uno scatto straordinario per evitare il fallimento di un'occasione irripetibile, e per questo – conclude Barbaresi – proseguirà la nostra mobilitazione per difendere e rilanciare il Ssn e garantire il diritto alla salute. Chi lavora contro, opera nel disinteresse delle persone".

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=131941

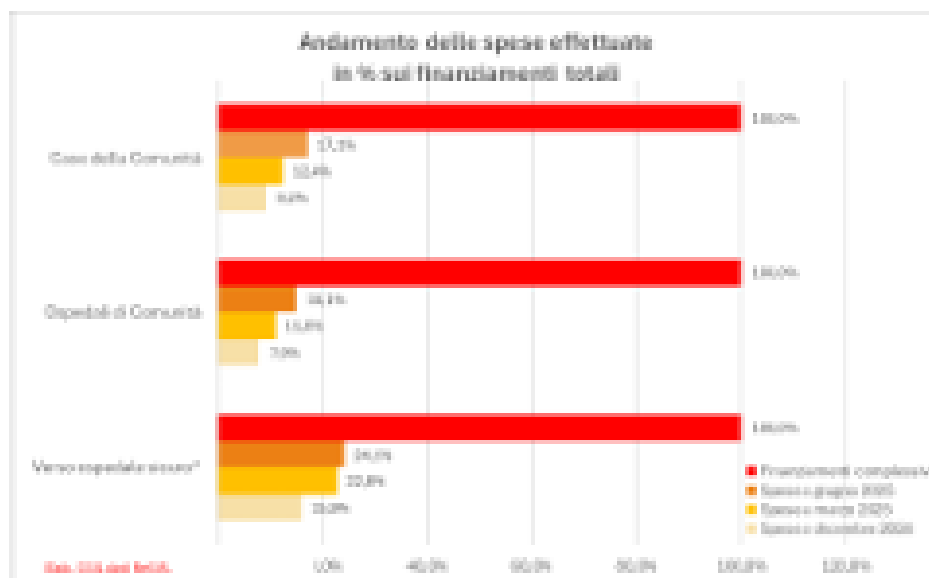


PNRR M6: ultima chiamata!

Lo stato di attuazione dei progetti di edilizia sanitaria

Aggiornamento al 30.6.2025

Area Stato Sociale e Diritti



Case della Comunità

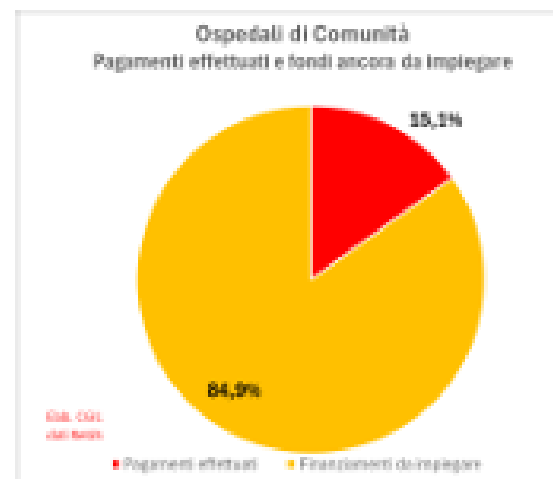
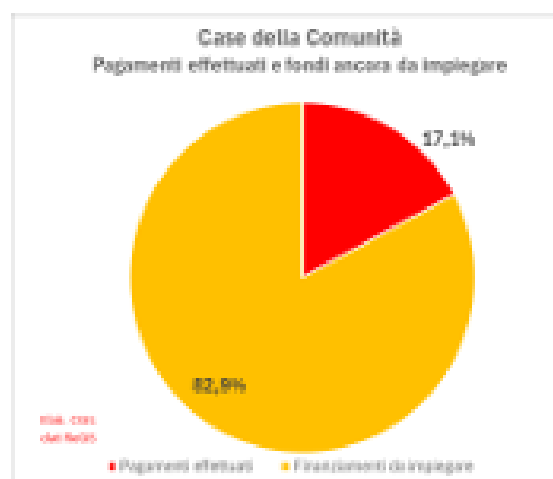
	Progetti finanziati	Progetti completati	% progetti completati / totale*	Finanziamento totale (€)	di cui PNRR (€)	Pagamenti effettuati (€)	% Pagamenti / finanziam. totale
Piemonte	32	0	0,0%	140.041.508	121.754.377	22.060.853	25,8%
Valle d'Aosta	4	0	0,0%	3.493.032	3.493.032	1.699.965	47,8%
Liguria	32	0	25,0%	52.337.379	44.038.437	22.926.137	43,8%
Lombardia	192	20	10,4%	465.906.867	377.302.872	113.917.156	24,3%
Bolzano	10	0	0,0%	77.800.166	54.376.610	11.502.217	14,8%
Trento	12	1	8,3%	31.557.600	14.566.600	5.923.663	18,8%
Veneto	95	6	6,3%	241.547.325	135.403.850	66.165.734	24,9%
Friuli-V. G.	22	0	0,0%	89.319.367	34.256.085	20.266.138	22,7%
Emilia-Romagna	64	0	9,5%	158.621.948	124.671.961	45.299.223	28,6%
Toscana	76	1	1,3%	168.925.453	104.214.655	34.400.356	20,4%
Umbria	17	3	17,6%	26.521.211	24.579.824	6.787.817	25,6%
Marche	29	0	0,0%	58.426.269	42.494.803	8.693.988	14,9%
Lazio	136	1	0,8%	181.939.793	158.464.375	22.064.464	12,1%
Abruzzo	46	0	0,0%	63.414.171	50.901.493	10.128.146	16,0%
Molise	12	0	0,0%	15.497.008	12.775.508	293.171	1,8%
Campania	172	1	0,6%	353.209.360	249.679.318	37.577.978	7,8%
Puglia	121	0	0,0%	204.448.623	177.224.470	22.251.661	10,9%
Basilicata	19	0	0,0%	46.435.259	25.046.297	4.637.657	10,0%
Calabria	61	0	0,0%	112.671.586	84.677.260	10.618.233	9,4%
Sicilia	152	1	0,7%	249.051.314	216.987.873	29.487.217	11,8%
Sardegna	50	0	0,0%	94.538.431	73.655.396	6.771.598	7,2%
ITALIA	1.415	56	3,5%	2.835.302.067	1.999.953.684	486.128.817	17,1%

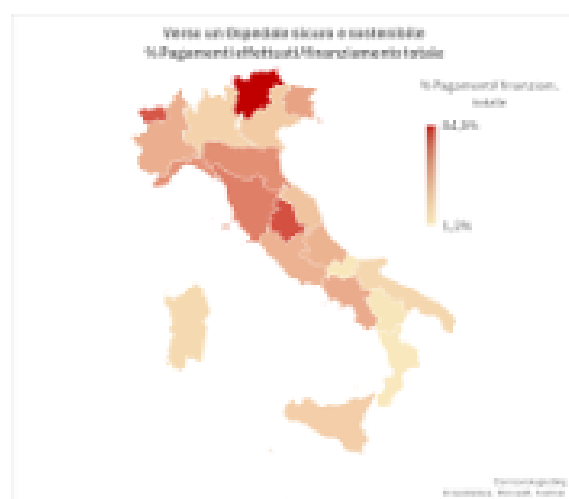
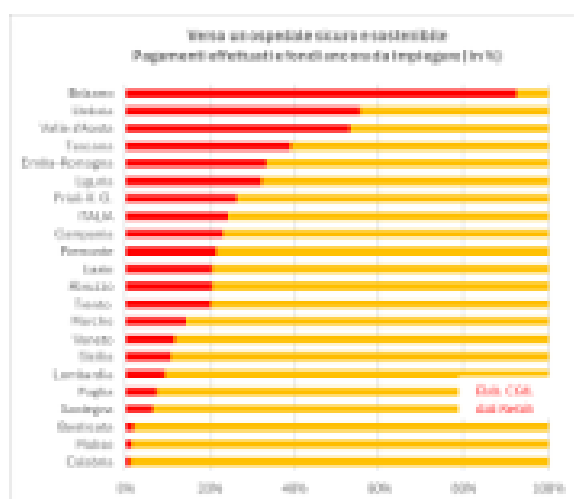
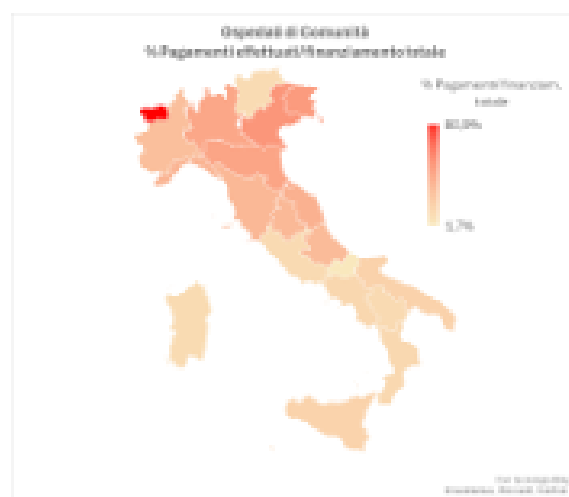
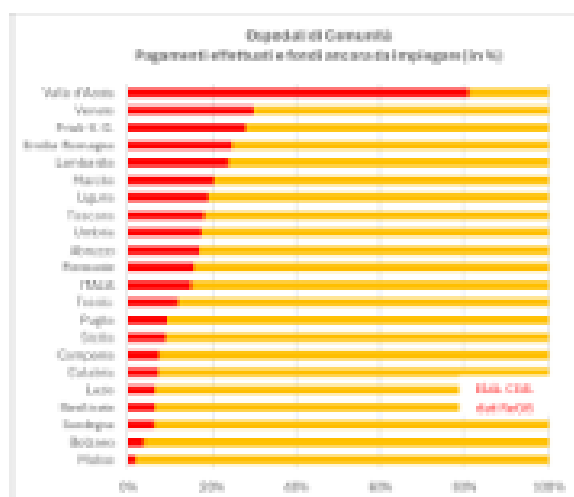
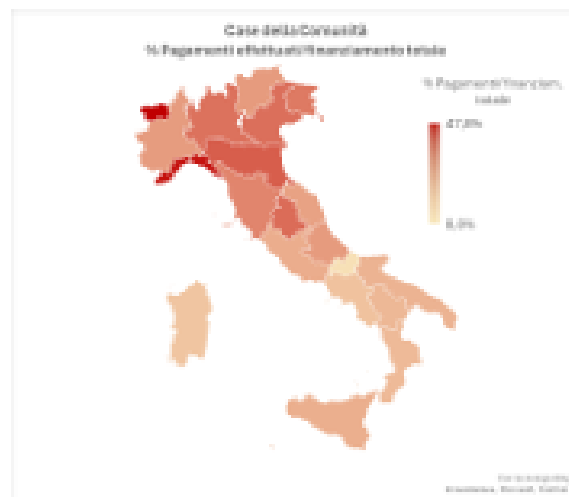
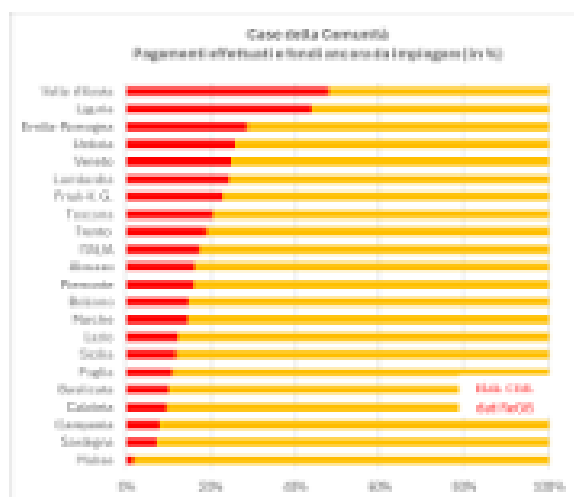
Elab. CGIL dati ReGIS 30.6.2025. (*) percentuale calcolata sui progetti monitorati.

Verso un'ospedalità sicura e sostenibile

	Progetti finanziati	Progetti completati	% progetti completati / totale *	Finanziamento totale (€)	di cui PNRR (€)	Pagamenti effettuati (€)	% Pagamenti / finanziam. totale
Piemonte	7	1	14,3%	48.630.262	42.809.326	10.499.011	21,5%
Valle d'Aosta	1	0	0,0%	1.175.192	1.175.192	621.075	52,8%
Liguria	8	0	0,0%	19.929.583	15.343.203	6.388.448	32,1%
Lombardia	25	0	0,0%	104.389.796	96.535.343	9.429.590	9,0%
Bolzano	1	0	0,0%	57.749.000	5.009.734	53.287.676	92,3%
Trento	2	0	0,0%	7.015.000	5.225.791	1.406.275	20,0%
Veneto	9	2	22,2%	372.361.591	151.709.379	43.383.799	11,7%
Friuli-V. G.	5	4	80,0%	17.953.758	12.861.327	4.680.248	26,1%
Emilia-Romagna	7	0	0,0%	47.696.727	43.434.536	15.800.928	33,1%
Toscana	16	3	18,8%	377.300.195	82.624.620	146.654.465	38,9%
Umbria	17	12	70,6%	15.998.290	15.205.631	8.851.036	55,3%
Marche	3	0	0,0%	17.938.801	14.807.919	2.547.280	14,2%
Lazio	31	4	12,9%	98.789.890	79.526.958	20.236.326	20,5%
Abruzzo	4	0	0,0%	19.968.127	16.724.126	4.063.478	20,3%
Molise	1	0	0,0%	4.513.677	3.911.303	68.095	1,5%
Campania	26	2	7,7%	188.461.759	137.777.630	43.218.837	22,9%
Puglia	7	0	0,0%	55.525.043	50.320.020	4.122.736	7,4%
Basilicata	2	0	0,0%	8.220.140	7.111.491	160.448	1,9%
Calabria	6	0	0,0%	39.396.480	23.732.139	456.347	1,2%
Sicilia	12	0	0,0%	72.638.492	61.613.174	7.709.187	10,6%
Sardegna	9	0	0,0%	25.276.842	20.892.406	1.595.781	6,3%
ITALIA	198	28	14,1%	1.600.999.642	883.467.241	385.131.051	24,1%

Elab. CGIL dati ReGIS 30.6.2025. (*) percentuale calcolata sui progetti monitorati.





MISSIONE 6 - Salute

		Progetti finanziati	Progetti completati	% progetti completati/ totale	Finanziamento totale (€)	di cui P.NRR (€)	Pagamenti effettuati (€)	% Pagamenti/ finanziamento totale
MG C1 - Reti di prossimità, strutture per assistenza territoriale		2.702	707	26,2%	9.541.603.611	6.260.095.750	2.864.639.532	29,8%
1.01	Casse Comunità	1.415	55	3,9%	2.655.322.667	1.469.863.084	486.225.817	13,1%
1.01	Copiedati Comunità	428	14	3,3%	1.366.366.376	669.696.864	340.810.133	13,1%
1.01	Casa primo luogo di cura e telemedicina	859	703	79,3%	5.520.006.339	3.940.116.810	2.187.756.942	37,5%
MG C2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN		7.300	3.076	42,1%	9.383.430.417	7.551.607.974	3.775.049.375	49,3%
2.01	Verso un ospedale sicuro e sostenibile	366	36	9,1%	1.626.646.643	688.467.281	265.231.651	14,1%
2.01	Ammodernamento per la telemedicina e digitale ospedale	4.716	3.052	64,1%	4.346.836.974	4.667.663.830	1.766.343.651	46,7%
2.01	Rafforzamento infrastruttura tecnologica e raccolta dati	366	19	5,6%	1.366.366.376	1.367.756.413	361.623.599	23,3%
2.02	Rafforzamento ricerca biomedica SSN*	1.666	3	0,3%	626.520.664	530.164.739	56.886.325	11,4%
2.01	Sviluppo competenze cliniche e professionali personale SSN	366	8	2,6%	1.626.646.643	737.555.713	31.660.136	2,1%
Missione 6		10.100	3.663	36,2%	19.325.114.028	14.511.674.723	6.639.737.907	34,4%

Tab. C08, dati Pagina 30.6.3008. Per quanto riguarda l'investimento "Rafforzamento ricerca biomedica SSN" sono state prese in considerazione solo i pagamenti effettuati con il PNRR.

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1757926631.pdf>

quotidianosanita.it

Contratto dirigenza medica e sanitaria. Dal Comitato di settore via libera ad Atto indirizzo per rinnovo 2022-2024. Ecco le novità

Tra le novità, nuove regole per incarichi e progressioni di carriera, valorizzazione dell'ingresso dei giovani dirigenti, riconoscimento della pronta disponibilità anche da remoto e interventi su ferie e ricostituzione del rapporto di lavoro. Il presidente Alparone: "La nostra priorità è valorizzare al meglio le risorse disponibili. Oggi interveniamo sugli aspetti più urgenti e, con spirito di responsabilità, scegliamo di rinviare alla successiva tornata contrattuale 2025-2027 temi di maggiore complessità".

17 SET -

Nuove regole per incarichi e progressioni di carriera, valorizzazione dell'ingresso dei giovani dirigenti, riconoscimento della pronta disponibilità anche da remoto e interventi su ferie e ricostituzione del rapporto di lavoro. Sono queste le principali novità contenute nell'atto di indirizzo per il rinnovo del CCNL 2022-2024 della dirigenza medica e sanitaria, approvato oggi dal Comitato di settore Regioni-Sanità e con cui si punta a chiudere rapidamente la trattativa in corso e a preparare il terreno per la prossima tornata 2025-2027.

"La nostra priorità è valorizzare al meglio le risorse disponibili - spiega **Marco Alparone**, presidente del Comitato di Settore Regioni-Sanità -. Oggi interveniamo sugli aspetti più urgenti e, con spirito di responsabilità, scegliamo di rinviare alla successiva tornata contrattuale 2025-2027 temi di maggiore complessità". "Contestualmente - aggiunge Alparone - stiamo definendo gli atti di indirizzo per la medicina convenzionata del triennio 2022-2024, su cui, come noto, è aperto il dialogo politico tra Governo e Regioni. Anche in questo caso l'auspicio è lo stesso: lavoriamo affinché ci siano le condizioni per avviare in tempi rapidi la trattativa e giungere senza alibi a una celere sottoscrizione degli accordi".

Il quadro finanziario

Le risorse per il triennio 2022-2024 ammontano a circa 1 miliardo di euro al lordo degli oneri riflessi. A queste si aggiungono, dal 2025, ulteriori fondi pari allo 0,22% del monte salari 2021, pari a 36,4 milioni di euro, destinati al superamento dei limiti imposti dall'articolo 23, comma 2, del d.lgs. 75/2017.

Sono inoltre previste specifiche risorse di legge: 50 milioni per l'incremento dell'indennità di pronto soccorso, 50 milioni per l'indennità di specificità medico-veterinaria e 5,5 milioni per l'indennità di specificità sanitaria non medica, tutte a decorrere dal 2025.

Incarichi e carriera

Particolare attenzione è riservata al sistema degli incarichi. L'atto propone di rafforzare la retribuzione di posizione parte fissa per rendere più attrattivo l'ingresso dei giovani medici e dirigenti nel SSN, nonché di introdurre obiettivi aggiuntivi da valorizzare economicamente attraverso la parte variabile. Si prevede inoltre la possibilità di esonerare i neoassunti specializzati dal periodo di prova, evitando la perdita di incarichi già conferiti a tempo determinato. Per gli incarichi di alta specializzazione e di altissima professionalità è prevista una maggiore valorizzazione economica, correlata ai risultati conseguiti e alle esperienze maturate. Inoltre, si rafforza il legame tra sviluppo di carriera e pieno utilizzo del fondo per le retribuzioni di posizione variabile, da gestire in stretto confronto con le organizzazioni sindacali.

Orario, pronta disponibilità e ferie

L'atto ribadisce la necessità di un'applicazione rigorosa delle norme sull'orario di lavoro, attribuendo maggiore responsabilità gestionale ai dirigenti. Sul fronte della pronta disponibilità, viene ricompresa anche l'attività svolta da remoto in caso di chiamata, con indicazioni specifiche su protezione dei dati e remunerazione.

Un capitolo rilevante riguarda le ferie: alla luce della giurisprudenza europea, le aziende dovranno garantire una pianificazione puntuale per evitare accumuli e contenziosi. Possibili deroghe consentiranno di fruire delle ferie residue anche durante il periodo di preavviso o in modalità frazionata a ore.

Il documento interviene anche sul tetto delle prestazioni aggiuntive, affidando la gestione alle Regioni, e propone di ampliare la possibilità di ricostituzione del rapporto di lavoro per i dirigenti che hanno interrotto il servizio, eliminando il vincolo di rientro presso l'ultima azienda datrice di lavoro.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=132020

quotidianosanità.it

La sanità territoriale e il ruolo della Medicina Interna Ospedaliera

Paolo Corradini, *Internista Ospedaliero, Servizio Sanitario Toscano*

10 SET - *Gentile Direttore,*

vorrei portare l'attenzione sul ruolo che la Medicina Interna Ospedaliera potrebbe avere anche nello sviluppo della Nuova Sanità Territoriale come delineata dal DM 77/22.

La Medicina Interna è la Disciplina Specialistica che si occupa del Paziente Complesso con Pluripatologia; il suo scopo è il Percorso Diagnostico e Terapeutico sul Singolo Paziente visto globalmente come portatore di Patologie Acute e Croniche che si combinano in diversi stadi e che richiedono interventi diversi e contemporanei specifici per quel singolo Ammalato.

La Medicina Interna è presente da sempre praticamente in tutti gli Ospedali dove gestisce i Ricoveri di Pazienti Acuti Complessi provenienti dai Pronto Soccorso; in molti Ospedali di Base e di Prossimità la Medicina Interna rappresenta una fondamentale e spesso unica Area di Cura H24. Nell'ambito dell'Organizzazione Ospedaliera la Funzione degli Internisti è ben nota e largamente utilizzata.

A seconda dei Modelli Ospedalieri gli Internisti possono occuparsi anche di Medicina d'Urgenza, di Medicina Perioperatoria, di Medicina "Hi-Care" e possono gestire Attività Ambulatoriali di vario tipo tra cui quelle prevalenti per lo Scompenso Cardiaco Cronico ed il Diabete Mellito che a loro volta definiscono e condizionano il decorso di anni del Paziente Cronico.

La gestione della Cronicità è da tempo al centro dell'attenzione dei Sistemi Sanitari ed è sicuramente l'anello di congiunzione tra la Medicina Ospedaliera (Riacutizzazioni) e la Medicina Territoriale (Casa come luogo di Cura).

La presenza di Internisti in tutti gli Ospedali (cosa che non avviene per le Specialistiche di Branca) li pone in condizioni di vicinanza fisica e funzionale con le AFT della Medicina Generale e con le nuove Case di Comunità e questo è di per sé favorente rispetto alla creazione di Reti Cliniche Integrate e Strutturate con la Medicina Territoriale.

Oltre alla proiezione nelle Case di Comunità di Attività Ambulatoriali mirate alle condizioni Croniche si potrebbe facilmente attivare una modalità di "Consulto Internistico per le AFT" che si basi sul Consulto tra Colleghi Medici di Medicina Generale e Medici Internisti ("Peer to Peer") su singoli Casi Clinici per definire insieme Percorsi individuali di Diagnosi e Cura compreso il Ricovero Ospedaliero, se necessario, ma anche la razionalizzazione della Pluriterapia ("Deprescription"), aspetto questo fondamentale di Appropriatezza e Sicurezza della Cura.

La Medicina Interna Ospedaliera può quindi aumentare l'efficacia della Medicina Territoriale tenendo conto che nelle Case di Comunità è prevista anche una funzione di Diagnostica Strumentale e sono presenti gli Infermieri di Famiglia e Comunità che debbono essere indirizzati e supportati per una gestione efficace delle condizioni croniche nel Territorio.

Sarà interessante vedere se queste potenzialità saranno colte nello sviluppo a breve termine del nostro Sistema Sanitario indotto dal DM 77 e dalla realizzazione degli Obiettivi PNRR connessi.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=131804

quotidianosanità.it

Arriva lo ‘scudo penale’ per i medici, ok a scuola di specializzazione per i medici di famiglia e riforma degli Ordini. Torna sul tavolo del Cdm il Ddl Delega sulle professioni sanitarie

Luciano Fassari

Oggi il testo, dopo lo stop del 4 agosto, torna all’ordine del giorno del Consiglio dei Ministri. Il provvedimento introduce anche forme premiali per la riduzione delle liste d’attesa, misure per contrastare la carenza di personale e governance dell’intelligenza artificiale in sanità. [IL TESTO](#)

Scudo penale rafforzato e riforma della formazione dei medici di famiglia, nuove regole per gli Ordini professionali e governance dell’intelligenza artificiale in sanità. È quanto prevede la nuova bozza di schema di disegno di legge che delega il Governo a riscrivere la disciplina delle professioni sanitarie e della responsabilità professionale. Oggi il testo, dopo lo stop del 4 agosto, torna sul tavolo del Consiglio dei Ministri. Da un lato si interviene sulla responsabilità penale dei medici, limitandola ai soli casi di colpa grave quando abbiano rispettato linee guida e buone pratiche cliniche; dall’altro si apre alla trasformazione del corso regionale di medicina generale in vera e propria scuola di specializzazione, con l’obiettivo di rafforzare il ruolo dei medici di famiglia e garantire un ricambio generazionale più strutturato.

Accanto a queste misure, la riforma introduce anche forme premiali per la riduzione delle liste d’attesa e misure per contrastare la carenza di personale, la creazione di un sistema nazionale di certificazione delle competenze, l’avvio di strategie di governance per l’uso dell’intelligenza artificiale e una revisione degli Ordini professionali per rafforzarne il ruolo come organi sussidiari dello Stato.

Articolo 1 – Finalità e termini di attuazione

Il Governo è autorizzato ad adottare entro il 31 dicembre 2026 decreti legislativi per potenziare il SSN, rispettando principi costituzionali, norme UE e diritto internazionale. I decreti saranno predisposti dal Ministero della Salute con altri ministeri competenti e previo parere delle Regioni e delle Commissioni parlamentari.

Articolo 2 – Principi generali

Si prevede il coordinamento delle norme vigenti, l’abrogazione di quelle incompatibili e la revisione del sistema sanzionatorio, per renderlo più coerente e proporzionato.

Articolo 3 – Misure e incentivi per il personale sanitario

Tra le priorità: contrasto alla carenza di personale, ricorso a forme flessibili di impiego degli specializzandi, semplificazione burocratica per il personale sanitario, sicurezza sul lavoro e meccanismi premiali collegati alla riduzione delle liste d’attesa.

Articolo 4 – Competenze professionali

Si punta ad aggiornare le competenze in base ai bisogni di salute e alle nuove tecnologie, istituire un sistema nazionale di certificazione, introdurre una governance dell’Intelligenza artificiale in sanità e rivedere la formazione manageriale.

Articolo 5 – Formazione specialistica

Prevista la trasformazione del corso di formazione in medicina generale in scuola di specializzazione e l'istituzione di nuove scuole per chimici, odontoiatri e biologi, per rafforzare il ricambio generazionale e rispondere a specifiche esigenze del SSN.

Articolo 6 – Ordini professionali

Si introducono correttivi alla legge Lorenzin del 2018, riguardanti competenze, durata dei mandati e valorizzazione del ruolo degli Ordini come organi sussidiari dello Stato.

Articolo 7 – Modifiche al codice penale

L'articolo 7 del testo interviene sul codice penale modificando l'articolo 590-sexies e introducendo il nuovo articolo 590-septies.

- **Nuovo 590-sexies:** il sanitario che commette reati di lesioni o omicidio colposo nell'esercizio della propria attività è punibile solo per colpa grave, a condizione che abbia seguito linee guida accreditate o buone pratiche clinico-assistenziali adeguate al caso concreto.
- **Nuovo 590-septies:** la norma prevede che nell'accertamento della colpa o del suo grado i giudici tengano conto di una serie di fattori di contesto. In particolare, la scarsità di risorse umane e materiali, le carenze organizzative non evitabili dal singolo sanitario, la complessità delle patologie, la mancanza di conoscenze scientifiche consolidate o di terapie adeguate, nonché la specifica posizione del professionista in contesti multidisciplinari e le condizioni di urgenza o emergenza.

Articolo 8 – Modifiche alla legge Gelli-Bianco

Si precisa che i sanitari devono attenersi anche alle buone pratiche clinico-assistenziali. Viene introdotta la valutazione della colpa alla luce di risorse e condizioni disponibili, e rafforzata l'inderogabilità delle linee guida come norme di riferimento.

Articolo 9 – Coperture

I decreti dovranno essere accompagnati da una relazione tecnica sulla neutralità finanziaria. L'attuazione non dovrà comportare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, salvo coperture specifiche tramite fondi del Ministero della Salute.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=131683

quotidianosanità.it

Le Case di Comunità e i rischi del “task shifting” e “task sharing”

Donatella Bonaiuti, *Medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa, Direttivo Associazione Nazionale Fisiatri*

12 SET - *Gentile Direttore,*

con l'avvio delle Case di Comunità, previsto dal D.M. 77/2022, è fondamentale chiarire il quadro normativo e le competenze delle figure sanitarie coinvolte. I limiti di tali ambiti sono stati ribaditi dalla sentenza del Consiglio di Stato n. 8411 del 6 giugno 2023, che ha annullato il riconoscimento di una figura professionale inesistente, evidenziando come non sia possibile attribuire ai fisioterapisti competenze riservate ad altre professioni sanitarie né istituire nuove figure professionali non previste dalla normativa vigente.

Conoscere chiaramente le competenze e i limiti delle varie figure professionali è essenziale per garantire sicurezza, efficacia e appropriatezza degli interventi, contenere la spesa sanitaria – elemento particolarmente critico in questi anni di risorse sempre più scarse per il SSN – e valorizzare un approccio integrato alla

prevenzione e alla riabilitazione nelle Case di Comunità, a beneficio dei cittadini e dell'intero sistema sanitario.

Nell'ambito di un approccio "moderno" e "organizzativamente avanzato", spesso queste operazioni vengono definite "task shifting" e "task sharing" (cfr. [articolo](#) su QS di Proia e colleghi, 10 settembre 2025). Tuttavia, tutti coloro che hanno a cuore la salute dei cittadini non possono ignorare la grave deriva del dibattito attuale e alcune scelte regionali in tema di organizzazione sanitaria, soprattutto quando si tratta di avvicinare strutture sanitarie e popolazione tramite le Case di Comunità.

Si richiama a questo proposito l'intervento su *Il Sole 24 Ore* del 9 dicembre 2024 di Leonardo Capaccioli, responsabile dell'ordine Tsrms-Ptsrms delle province toscane, che chiarisce le stesse preoccupazioni: "Il task-shifting può assegnare compiti specifici a personale con minore formazione, riducendo così il valore percepito della professionalità e delle competenze degli operatori qualificati, portando a una perdita di identità professionale. Il task-sharing è la sovrapposizione di competenze tra professioni che può creare confusione, conflitti di ruolo e riduzione della qualità dell'assistenza. Delegare compiti complessi a personale meno qualificato e non laureato potrebbe compromettere la sicurezza delle prestazioni sanitarie, aumentando il rischio clinico per i pazienti."

Proprio l'aumento del rischio clinico dei pazienti è il punto che intendiamo porre all'attenzione di tutti. In questa fase storica, fondamentale per la salute dei cittadini, le Regioni stanno istituendo e concretizzando un prezioso strumento di nuova accessibilità alle cure, le Case di Comunità. La nostra Associazione richiama pertanto i fondamenti organizzativi di qualsiasi struttura sanitaria, derivati dall'organizzazione delle scuole di formazione delle professioni sanitarie e da precisi riferimenti normativi, inclusi quelli del codice penale. Non si può, nell'iniziale intento di ridurre la spesa sanitaria coinvolgendo livelli "inferiori" in attività per le quali non sono formati, svolgere compiti riservati ad altre professioni sanitarie o istituire nuove figure professionali non previste dalla normativa vigente.

Ogni professionista sanitario ha un compito specifico ed essenziale nella cura delle persone, ma i professionisti sanitari non medici non possono: formulare diagnosi mediche; prescrivere farmaci o dispositivi medici; assumere decisioni terapeutiche autonome al di fuori del proprio ruolo.

Le conseguenze di una sovrapposizione di competenze non riguardano solo l'evasione del compito prioritario di offrire una sanità qualificata e aggiornata secondo le acquisizioni scientifiche, ma anche la responsabilità professionale. Come sottolineato nell'articolo su *Il Sole 24 Ore*: "L'ambiguità normativa e la responsabilità legale rappresentano un problema concreto. Il trasferimento o la condivisione di compiti può creare incertezze su chi sia responsabile in caso di errori. La mancata chiarezza sui limiti di competenza può esporre i professionisti a controversie legali, e la promiscuità delle competenze tra professionisti può indebolire i confini delle singole professioni, con effetti negativi sulla loro autonomia e capacità di negoziare diritti e tutele."

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=131901

Task shifting: un'opportunità per il Ssn

Saverio Proia, Roberto Di Bella e Danilo Pasini

Gent.le Direttore,

rispondiamo all'[articolo della Dr.ssa Donatella Bonaiuti](#), Medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa Direttivo Associazione Nazionale Fisiatri.

Pur riconoscendo l'importanza di un quadro normativo chiaro e definito, riteniamo che un'applicazione eccessivamente rigida delle competenze professionali rischi di costituire un freno all'innovazione organizzativa e all'efficienza operativa, anche per le Case di Comunità. È auspicabile che la normativa continui ad evolvere in senso più flessibile, favorendo una valorizzazione integrata delle diverse professionalità sanitarie e consentendo modalità di collaborazione che rispondono in modo più adeguato ai bisogni di salute emergenti della popolazione, che in quest'ultimo ventennio sono profondamente e velocemente cambiati.

Competenze professionali e contenimento della spesa sanitaria

L'adozione dei modelli di "task shifting" e "task sharing" non dovrebbe essere interpretata come una sottrazione di valore alle professionalità coinvolte, bensì come un'opportunità per incrementare l'accessibilità e l'efficacia delle prestazioni erogate, specialmente in un contesto di risorse limitate per il Servizio Sanitario Nazionale.

La razionalizzazione dei percorsi assistenziali mediante un utilizzo più funzionale e il coordinamento delle competenze può condurre a un contenimento dei costi senza pregiudicare la qualità e la sicurezza delle cure. Inoltre non riteniamo che il "task shifting" riduca intrinsecamente il valore o la professionalità degli operatori sanitari.

Se opportunamente regolamentato, supportato da una formazione continua e da protocolli condivisi e concertati, come del resto prevede il comma 566 delle legge di stabilità del 2015, norma mai abrogata ma che non è stata ancora applicata integralmente per la sua portata innovativa e di democratizzazione dell'organizzazione del lavoro sanitario, questo approccio rappresenta un'evoluzione necessaria per rispondere alle molteplici sfide della sanità territoriale e per ottimizzare le risorse umane nelle Case di Comunità.

Anche l'aumento del rischio clinico non deve essere considerato un esito inevitabile delle modifiche organizzative.

Al contrario, una corretta implementazione accompagnata da supervisione, formazione adeguata e linee guida rigorose può garantire elevati standard di sicurezza, anche nell'ambito dell'introduzione di nuove figure professionali e di compiti ampliati. La trasmissione di funzioni e competenze, quindi, ha come naturale corollario l'attribuzione della responsabilità in capo a chi effettua l'attività e non certo a chi la, impropriamente, dispone.

Ruolo e autonomia dei professionisti sanitari diversi dai medici

Gli scriventi ritengono che un'applicazione rigida e limitativa delle competenze dei professionisti sanitari diversi dai medici possa ostacolare una presa in carico realmente integrata e multidisciplinare del paziente.

Un'estensione responsabile e regolamentata dell'autonomia gestionale, all'interno di un quadro collaborativo, potrebbe favorire una maggiore efficienza e qualità delle cure offerte nelle strutture territoriali. Sebbene sia indubbio che attualmente vi siano ambiguità normative, tali aspetti devono essere letti anche come una spinta verso la modernizzazione e l'adeguamento del sistema regolatorio alle trasformazioni organizzative in atto.

È indispensabile avviare un processo di aggiornamento normativo che "svecchi" ruoli, competenze e responsabilità professionali che occorre adeguare ai nuovi bisogni di salute, promuovendo al contempo un modello collaborativo e integrato che valorizza la componente multidisciplinare nel sistema sanitario. Aggiungiamo il task shifting ha permesso sotto covid a fare in modo che tecnici sanitari, farmacisti... dopo adeguata formazione potessero vaccinare enormi quantità di persone.

Certamente sarà noto che il task shifting è stato pensato originariamente per fare fronte alla crisi sanitaria generata dalla pandemia da HIV nell'Africa subsahariana.

Ma successivamente ha ricevuto particolare attenzione da decisori politici e autorità sanitarie per garantire un equo accesso alle cure alle popolazioni dei Paesi a basso e medio reddito afflitti da una costante carenza di professionisti sanitari. Nei Paesi ad alto reddito il task shifting ha un'origine più complessa che chiama in causa più fattori, tra questi la carenza di personale medico e l'aumento dei costi sanitari:

Due principali fattori possono ostacolare un'attuazione pienamente efficace e vantaggiosa del task shifting:

1. La persistenza di una visione corporativa, che mantiene la centralità esclusiva del medico nella relazione di cura;

2. Un approccio culturale fortemente identitario, attraverso il quale i medici tendono a riaffermare la centralità del proprio ruolo nei confronti degli altri professionisti sanitari,

La collega che replica al nostro articolo deve prenderne atto: oggi la figura del medico, pur mantenendo la propria specificità, è solo una delle tante che compongono la costellazione della cura, la sanità è plurale, non monoprofessionale. Nessuno intende sottrarre al medico quelle competenze elevate e specialistiche che costituiscono il nucleo della sua professionalità. L'obiettivo, come avviene ormai da decenni, è piuttosto quello di alleggerirlo da attività che, grazie a una formazione teorica e pratica adeguata, condivisa e concertata, possono essere svolte da altri professionisti. sanitari laureati.

Un gruppo diventa squadra quando smette di trovare colpevoli e inizia a cercare soluzioni" quello che abbiamo fatto noi nell'articolo; occorre che ogni operatore sanitario diventi "azionista del SSN" e questo lo si può pensare solo se si attiveranno programmi di valorizzazione delle competenze e riconoscimento economico.

Gentile dottoressa "La vera innovazione in sanità non consiste nell'abbandonare le competenze, ma nel saperle armonizzare per il bene comune "è proprio con questo spirito che abbiamo scritto il precedente articolo ed è con il medesimo spirito che le rispondiamo, ricordandole che il task shifting non risolve tutti i problemi della sanità pubblica, ma se applicato con basi scientifiche e all'interno di una riflessione critica sul concetto di salute, può rafforzare la sostenibilità dei sistemi di cura.

A tal proposito è d'obbligo citare alcuni dei tanti esempi, ricordando gli scritti del compianto Luca Benci (giurista):

- la misurazione della pressione arteriosa, considerata "atto medico" fino alla metà degli anni Settanta, successivamente trasferita anche a infermieri e ostetriche e oggi nella cognizione di ogni cittadino;
- il contenzioso giudiziario "sulle competenze" che contrappose fino alla metà degli anni Novanta dello scorso secolo medici e farmacisti in occasione della comparsa degli apparecchi di automisurazione della pressione arteriosa nelle farmacie;

- le normative regionali che parlavano di "medico prelevatore" intendendosi come tale il medico destinato ai prelievi venosi nei laboratori di analisi e nei punti prelievo, la situazione oggi ci sembra cambiata!!;

- la celebrazione di due processi (Tecnici sanitari di radiologia medica) proprio sulle competenze e sulla suddivisione del lavoro all'interno della radiologia. Sono ormai passati alla storia i processi sui casi di "Marlia" e "Barga" tutti in punta di legittimità. La contestazione era infatti sull'esercizio abusivo della professione, ex art. 348 Codice penale.

Conclusione: il trasferimento, laddove vi è stato, è stato il frutto di una naturale e positiva evoluzione, ma non è stato, come qualcuno vorrebbe su base normativa, bensì formativa.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=131937



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

REPORT NAZIONALE DI SINTESI DEI RISULTATI DEL MONITORAGGIO DM 77/2022 I SEMESTRE 2025

Relazione di sintesi dei risultati del monitoraggio DM 77/2022

Il presente documento riporta in modo aggregato e sintetico i risultati del monitoraggio effettuato tramite il questionario informatizzato elaborato da Agenas.

Poiché il monitoraggio riguarda l'attuazione del DM 77/2022, e quindi il potenziamento dell'assistenza territoriale, sono monitorati i servizi e le strutture che insistono sul territorio e riconducibili al citato DM, purché formalmente individuate dalla Regione/P.A. negli atti ufficiali regionali/provinciali.

Nota Metodologica

L'analisi dei dati è stata effettuata riportando lo stato di attivazione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico.

Al fine di redigere il presente documento le analisi sono state effettuate attraverso l'integrazione delle seguenti basi dati:

- Anagrafiche delle strutture aggiornate al 30 giugno 2025, tenendo conto delle rimodulazioni formalizzate nell'ambito dei Nuclei Tecnici e dei Tavoli Istituzionali previsti dai Contratti Istituzionali di Sviluppo (fonte: Programmi Operativi Regionali e Provinciali, verbali Nuclei Tecnici);
- dataset del questionario di monitoraggio DM 77/2022 somministrato da Agenas, compilato dai referenti delle aziende sanitarie e validato da referenti regionali e provinciali con focus sulle funzionalità delle strutture e sui servizi erogati (fonte: Piattaforma di Monitoraggio DM 77/2022 Agenas – 1° Semestre 2025);
- Anagrafiche ReGiS, lo strumento unico attraverso cui le Amministrazioni centrali e territoriali interessate devono adempiere agli obblighi di monitoraggio, rendicontazione e controllo delle misure e dei progetti finanziati dal PNRR.

Le Amministrazioni centrali titolari delle misure sono tenute a validare i dati di monitoraggio almeno con cadenza mensile trasmettendoli all'Ispettorato Generale per il PNRR per il tramite di ReGiS. Anagrafiche presenti nel Monitoraggio effettuato dal Ministero della salute –

Ufficio di monitoraggio dell'Unità di missione per l'attuazione del PNRR (UMPNRR) (fonte: Monitoraggio UMPNRR);

I dati rappresentano, con riferimento alla Piattaforma di Monitoraggio DM 77/2022 Agenas, quanto trasmesso dalle Regioni e PP.AA. fino alla data del 30/06/2025. Sono stati tenuti ulteriori incontri di approfondimento per definire correttamente alcuni dei contesti rappresentati.

Standard organizzativi

Distretti

Tabella 1. Sintesi dell'organizzazione territoriale regionale

Regione / P.A.	N° ASL	N° Distretti	Popolazione Residente	Popolazione media regionale per distretto
Abruzzo	4	20	1.268.430	63.422
Basilicata	2	6	529.897	88.316
Calabria	5	14	1.832.147	130.868
Campania	7	73	5.575.025	76.370
Emilia-Romagna	8	38	4.465.678	117.518
Friuli-Venezia Giulia	3	18	1.194.095	66.339
Lazio	10	46	5.710.272	124.136
Liguria	5	19	1.509.908	79.469
Lombardia	25	86	10.035.481	116.692
Marche	5	13	1.481.252	113.942
Molise	1	3	287.966	95.989
Piemonte	12	33	4.255.702	128.961
PA di Bolzano	1	4	539.386	134.847
PA di Trento	1	3	546.709	182.236
Puglia	6	45	3.874.166	86.093
Sardegna	8	24	1.561.339	65.056
Sicilia	9	55	4.779.371	86.898
Toscana	3	28	3.660.834	130.744
Umbria	2	12	851.954	70.996
Valle d'Aosta	1	2	122.714	61.357
Veneto	9	26	4.851.851	186.610
ITALIA	127	568	58.934.177	103.757

Nella tabella 1 è riportato il numero di ASL e distretti presenti al 30/06/2025 e in particolare la popolazione media regionale dei distretti da considerare rispetto allo standard di riferimento presente nel DM 77/2022, ovvero 1 distretto di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio.

Per la popolazione residente si è fatto riferimento alla popolazione da fonte Istat al 1° gennaio 2025.

Case della Comunità (CdC)

Tabella 2. Sintesi delle Case della Comunità hub e spoke programmate da Regione/P.A.
(Target minimo PNRR M6C1-3 da raggiungere entro il 2026: 1.038)

Regione / P.A.	Case delle comunità da attivare entro il 2026 (programmazione riconducibile a CIS)	Case delle comunità da attivare entro il 2026 (programmazione riconducibile a CIS fonte dati Regis)	Case della comunità da attivare (programmazione riconducibile a extra CIS)	Aderenza della programmazione standard (bacino medio di utenza)	Strutture da programmazione regionale assimilabili a Case della Comunità (CIS ed extra CIS) con almeno uno dei servizi previsti dal DM 77 già attivo	
					CIS	EXTRA_CIS
Abruzzo	40	40	2	30.201	0	0
Basilicata	19	19	0	27.889	0	0
Calabria	61	61	2	29.082	1	1
Campania	172	170	19	29.189	0	0
Emilia-Romagna	84	84	103	23.881	47	93
Friuli-Venezia Giulia	23	23	9	37.315	22	8
Lazio	130	130	16	39.111	89	6
Liguria	32	32	1	45.755	15	1
Lombardia	192	192	12	49.194	135	7
Marche	29	29	0	51.078	20	0
Molise	13	13	0	22.151	2	0
Piemonte	82	82	14	44.330	20	11
PA di Bolzano	10	10	0	53.939	0	0
PA di Trento	12	12	0	45.559	2	0
Puglia	121	121	2	31.497	1	0
Sardegna	50	50	30	19.517	25	2
Sicilia	153	153	8	29.686	1	8
Toscana	76	76	81	23.317	23	47
Umbria	17	17	5	38.725	3	3
Valle d'Aosta	4	4	0	30.679	4	0
Veneto	95	95	4	49.009	60	3
ITALIA	1.415	1.413	308	50.000	470	190

Sono riportati in tabella 2 anche i dati Regis, che possono non coincidere con la programmazione aggiornata riconducibile al Cis, poiché l'adeguamento all'interno del sistema richiede tempi tecnici rispetto alla formalizzazione delle rimodulazioni esitate attraverso i Tavoli istituzionali dei Contratti Istituzionali di Sviluppo

**Tabella 3. Case della Comunità (programmazione riconducibile a Cis ed Extra Cis):
sintesi dei servizi obbligatori, della presenza medica e infermieristica suddivise per Regione/P.A.**

Regione / P.A.	Case della Comunità programmate (CdC)	Strutture da programmazione regionale assimilabili a CdC con almeno un servizio attivo	Strutture da programmazione regionale assimilabili a CdC con presenza medica dichiarata attiva secondo standard DM77	Strutture da programmazione regionale assimilabili a CdC con presenza infermieristica dichiarata attiva secondo standard DM77	Strutture da programmazione regionale assimilabili a CdC con tutti i servizi obbligatori dichiarati attivi (eccetto presenza medica e infermieristica)	Strutture da programmazione regionale assimilabili a CdC con tutti i servizi obbligatori dichiarati attivi incluso presenza medica e infermieristica secondo DM77/2022
Abruzzo	42	0	0	0	0	0
Basilicata	19	0	0	0	0	0
Calabria	63	2	2	0	2	0
Campania	191	0	0	0	0	0
Emilia-Romagna	187	140	22	30	32	8
Friuli-Venezia Giulia	32	30	6	3	0	0
Lazio	146	95	16	30	7	5
Liguria	33	16	3	3	6	2
Lombardia	204	142	35	25	64	12
Marche	29	20	9	10	4	1
Molise	13	2	2	2	2	2
Piemonte	96	31	7	3	5	1
PA di Bolzano	10	0	0	0	0	0
PA di Trento	12	2	0	0	1	0
Puglia	123	1	0	0	1	0
Sardegna	80	27	13	4	0	0
Sicilia	161	9	6	3	5	2
Toscana	157	70	27	35	23	7
Umbria	22	6	5	4	3	2
Valle d'Aosta	4	4	3	4	1	1
Veneto	99	63	16	6	16	3
ITALIA	1.723	660	172	162	172	46

Agenas ha focalizzato il presente monitoraggio sullo stato di attivazione dei servizi sanitari oggetto del DM77/2022 e non è stato indagato l'avanzamento dei lavori strutturali finanziati nell'ambito del PNRR.

Al 30 giugno 2025, rispetto alle complessive 1723 Case della Comunità (riconducibili alla programmazione Cis ed Extra Cis) sono dichiarate con almeno un servizio attivo dalle Asl e dalle Regioni/PP.AA. 660 CdC, sono state considerate anche le CdC che risultano attive in sede provvisoria.

Si evidenzia che la verifica del rispetto delle condizionalità PNRR volte ad assicurare il raggiungimento del Target comunitario M6C1-3 viene definita dall'UMPNNR del Ministero della salute.

Si riporta, inoltre, nelle tabelle seguenti il dettaglio aggregato dei servizi dichiarati attivi nelle Case della Comunità, della presenza medica e infermieristica e l'orario settimanale coperto dalla loro attività. Si ricorda che il DM77/2022 prevede una presenza medica pari a 24 ore al giorno per 7 giorni a settimana nelle CdC hub e almeno 12 ore al giorno per 6 giorni a settimana per le CdC spoke.

La presenza infermieristica è prevista per almeno 12 ore al giorno per 7 giorni a settimana nelle CdC hub e almeno 12 ore al giorno per 6 giorni a settimana per le CdC spoke.

La "presenza medica" è definita come disponibilità di un servizio di assistenza medica aperto a tutti gli utenti indipendentemente dall'iscrizione ad un determinato medico, senza necessità di prenotazione tipo ex guardia medica/continuità assistenziale.

Questo servizio può essere erogato da un medico del ruolo unico di assistenza primaria durante l'attività su base oraria o da altro medico specificatamente dedicato. L'attività a ciclo di scelta tipo studio MMG o AFT non rientra nella fattispecie salvo presenza di un accordo specifico che preveda l'accesso per qualsiasi utente.

La "presenza infermieristica" è definita come disponibilità di un servizio di assistenza infermieristica con infermiere dedicato aperto a tutti gli utenti e senza necessità di prenotazione, es. ambulatorio infermieristico.

Si segnala infine che l'avanzamento dei lavori strutturali in corso nell'ambito degli investimenti PNRR potrebbe aver causato la temporanea interruzione di alcuni servizi in determinate sedi, precedentemente attive.

Figura 1. Strutture da programmazione regionale assimilabili a Case della Comunità (Cis ed extra Cis) con almeno un servizio attivo (% rispetto alla programmazione regionale)

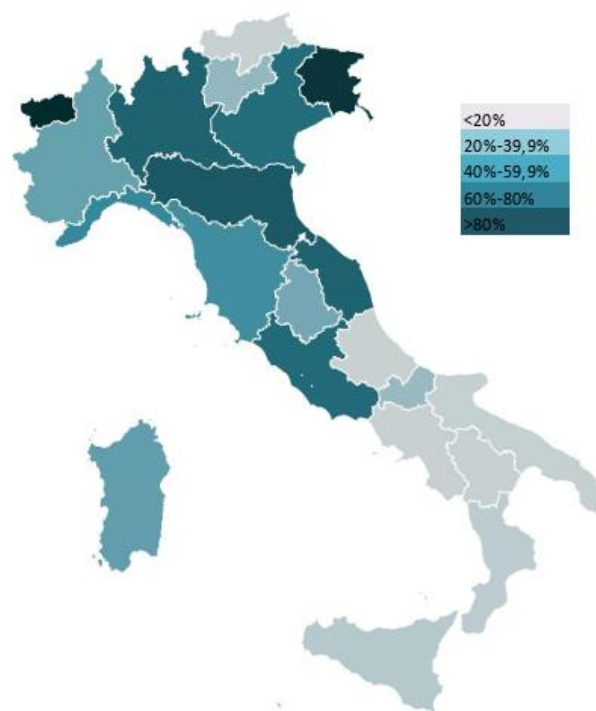


Figura 2. Strutture da programmazione regionale assimilabili a CdC con tutti i servizi obbligatori dichiarati attivi incluso presenza medica e infermieristica secondo DM77/2022 (% rispetto alla programmazione regionale)

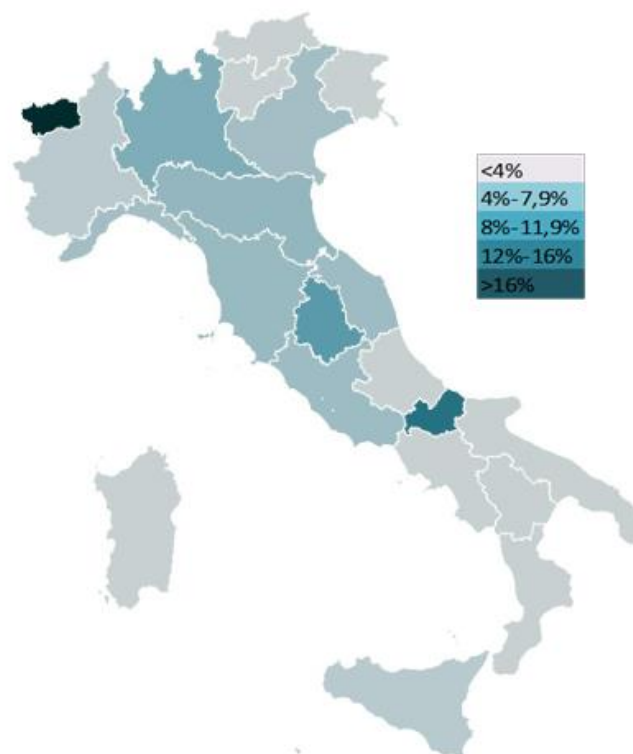


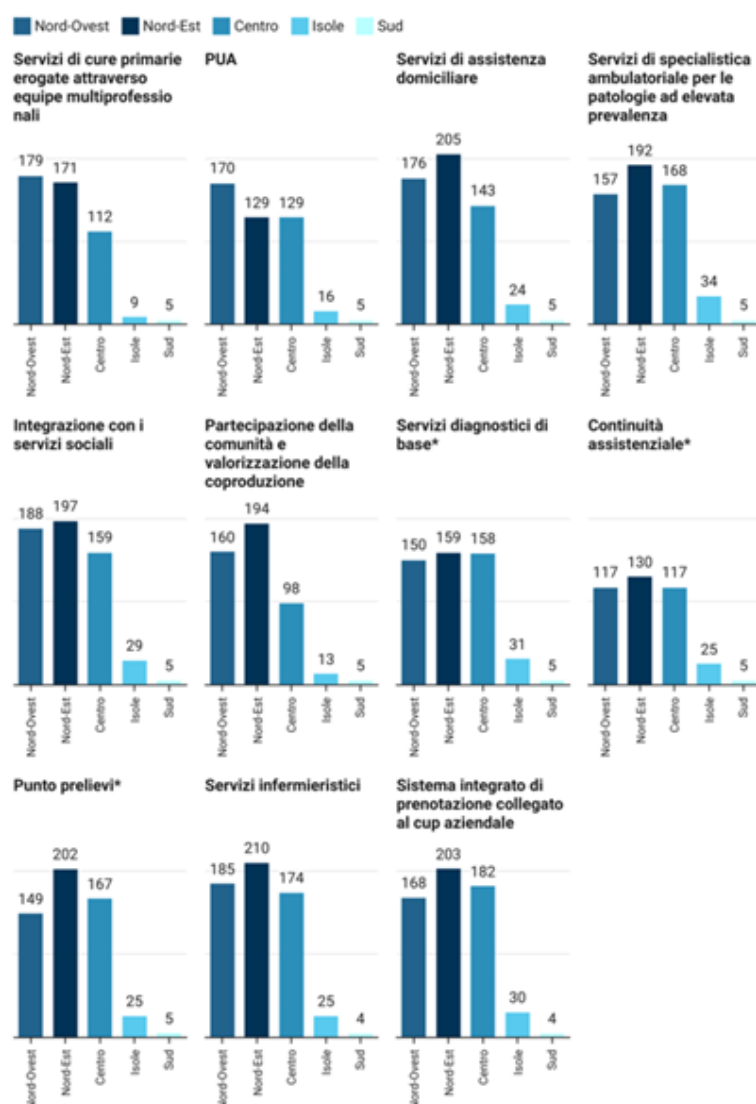
Tabella 4. Servizi obbligatori presenti nelle strutture assimilabili a Case di Comunità (programmazione Cis / Extra Cis) per Regione/ P.A.

Regione / P.A.	Strutture da programmazione regionale assimilabili a Case della Comunità (CdC) con almeno un servizio attivo	Servizi di cure primarie erogate attraverso équipe multiprofessionali	PIA	Servizi di assistenza domiciliare	Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	Servizi infermieristici	Sistema integrato di promozione collegato al capaziendale	Integrazione con i servizi sociali	Partecipazione della comunità e valorizzazione della riproduzione	Servizi diagnostici di base*	Continuità assistenziale*	Punto prelievi*
Abruzzo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Basilicata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Calabria	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Campania	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Emilia-Romagna	140	125	71	123	134	131	119	118	134	90	96	126
Friuli-Venezia Giulia	30	0	23	28	25	27	27	27	20	14	24	23
Lazio	95	26	57	49	87	80	87	63	41	75	56	79
Liguria	56	15	35	15	35	16	56	16	30	15	9	15
Lombardia	342	335	140	337	332	335	322	337	333	312	87	308
Marche	30	15	30	19	17	19	19	19	35	17	19	35
Molise	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Piemonte	31	25	12	20	26	30	26	31	15	19	18	29
PA di Bolzano	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PA di Trento	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2
Puglia	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1
Sardegna	27	0	7	15	25	16	21	21	8	22	17	17
Sicilia	9	9	9	9	9	9	9	8	5	9	8	8
Toscana	70	66	56	69	58	69	71	71	38	61	37	66
Umbria	6	5	6	6	6	6	5	6	3	5	5	6
Valle d'Aosta	4	4	3	4	4	4	4	4	2	4	3	4
Veneto	63	44	34	52	51	50	55	51	38	53	48	51
ITALIA	660	426	440	553	556	598	587	578	470	503	394	548

*Servizi obbligatori solo per le CdC hub.

La tabella 4 rappresenta il numero complessivo di servizi obbligatori dichiarati attivi in strutture assimilabili a CdC programmazione riconducibile sia a Cis che a Extra Cis.

Figura 3. Servizi obbligatori presenti nelle strutture assimilabili a Case della Comunità (programmazione Cis ed Extra Cis) suddivise per area geografica



La figura 3 rappresenta il numero complessivo di servizi obbligatori dichiarati attivi in strutture assimilabili a CdC per area geografica. I servizi con l'asterisco sono obbligatori solo nelle CdC hub. Le regioni sono state ripartite secondo i gruppi definiti da ISTAT nella "Descrizione dei dati geografici dei confini delle unità amministrative a fini statistici" del 2020.

- Nord-ovest: Valle d'Aosta, Liguria, Lombardia, Piemonte
- Nord-est: Trentino-Alto Adige, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna
- Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio
- Isole: Sicilia, Sardegna
- Sud: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria

**Tabella 5. Case della Comunità:
servizi raccomandati o facoltativi dichiarati attivi sul territorio nazionale**

Regione / P.A.	Strutture da programmazione regionale assimilabili a Case della Comunità (CdC) con almeno un servizio attivo	Attività consultoriali e attività riabilitative minori	Interventi di salute pubblica (inclusa vaccinazione 0-18)	Programmi di screening	Servizi per la salute mentale	Servizi per le dipendenze patologiche	Servizi per la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	Medicina dello sport	Attività di valutazione multimediali e formulazione del PAI
Abruzzo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Basilicata	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Calabria	2	1	0	2	2	0	1	1	2
Campania	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Emilia-Romagna	140	112	131	116	81	20	36	15	132
Friuli-Venezia Giulia	30	18	13	16	8	8	8	2	26
Lazio	95	50	49	72	32	8	25	15	50
Liguria	16	7	8	13	3	0	7	4	14
Lombardia	142	74	102	122	77	41	48	5	127
Marche	20	15	8	12	8	2	5	3	18
Molise	2	2	1	2	1	2	0	1	2
Piemonte	31	29	16	20	13	7	9	4	28
PA di Bolzano	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PA di Trento	2	2	1	2	2	1	1	0	1
Puglia	1	1	0	1	0	0	0	0	1
Sardegna	27	6	10	9	1	2	3	2	13
Sicilia	9	6	6	8	3	0	1	3	9
Toscana	70	37	54	61	27	7	9	3	53
Umbria	6	5	6	6	1	0	1	2	6
Valle d'Aosta	4	3	3	4	3	3	2	0	4
Veneto	63	43	41	39	31	16	32	13	53
ITALIA	660	411	449	505	293	117	188	73	539

La tabella 5 rappresenta il numero complessivo di servizi raccomandati o facoltativi dichiarati attivi in strutture assimilabili a CdC, programmazione riconducibile sia a Cis che a Extra Cis.

Centrali Operative Territoriali (COT)

**Tabella 6. Sintesi delle Centrali Operative Territoriali
(Target PNRR M6C1-7 31/12/2024)**

Regione / P.A.	Programmazione COT (programmazione riconducibile a Cis ed Extra Cis)	Aderenza della programmazione standard (bacino medio di utenza)	Centrali Operative Territoriali pienamente funzionanti e certificate (Cis ed Extra Cis)
Abruzzo	13	97.572	13
Basilicata	6	88.316	6
Calabria	21	87.245	21
Campania	79	70.570	74
Emilia-Romagna	47	95.014	47
Friuli-Venezia Giulia	12	99.508	12
Lazio	61	93.611	61
Liguria	17	88.818	17
Lombardia	102	79.020	102
Marche	15	98.750	15
Molise	3	95.989	3
Piemonte	43	98.970	43
PA di Bolzano	5	107.877	5
PA di Trento	5	109.342	5
Puglia	50	77.483	50
Sardegna	24	97.584	16
Sicilia	50	95.587	50
Toscana	39	93.868	39
Umbria	9	94.662	9
Valle d'Aosta	1	122.714	1
Veneto	49	99.017	49
ITALIA	651	100.000	638

Nell'ambito del Report del II semestre 2024 alla data del 31 dicembre 2024, coincidente con la scadenza del target PNRR M6C1-7, risultavano attive e pienamente funzionanti 612 COT rispetto alla programmazione Cis, delle quali 480 hanno concorso al raggiungimento del target di rilevanza comunitaria rendicontato dal Ministero della salute alla Commissione Europea. Il Target risulta, pertanto, essere stato superato, in conformità, in via generale, con gli standard di cui al DM 77/2022.

Ospedali di Comunità (OdC)

Tabella 7. Sintesi degli Ospedali di Comunità
(Target minimo PNRR M6C1-11 da raggiungere entro il 2026: 307)

Regione / P.A.	Ospedali di Comunità da attivare entro il 2026 (programmazione riconducibile a C15)	Ospedali di Comunità da attivare entro il 2026 (programmazione riconducibile a C15 fonte dati Regio)	Ospedali di Comunità da attivare (programmazione riconducibile a extra C15)	Aderenza della programmazione standard (bacino medio di utenza)	Ospedali di Comunità (programmazione riconducibile a C15 e extra C15) dichiarati attivi			
					OdC C15	Posti letto attivi	OdC Extra C15	Posti letto attivi
Abruzzo	11	11	4	84.562	2	23	4	80
Basilicata	5	5	0	105.979	0	0	0	0
Calabria	20	20	0	91.607	0	0	0	0
Campania	48	45	13	91.394	0	0	1	10
Emilia-Romagna	27	27	26	84.258	5	87	19	287
Friuli-Venezia Giulia	7	7	8	79.606	0	0	3	80
Lazio	35	35	7	135.959	2	25	0	0
Liguria	11	11	0	137.264	2	29	0	0
Lombardia	61	61	3	156.804	23	307	3	44
Marche	9	9	0	164.584	0	0	0	0
Molise	2	2	0	143.983	2	35	0	0
Piemonte	27	27	3	141.857	1	24	0	0
P.A. di Bolzano	3	3	0	179.795	0	0	0	0
P.A. di Trento	4	4	0	136.677	3	43	0	0
Puglia	38	38	11	79.065	5	67	2	23
Sardegna	13	13	21	45.922	1	20	1	20
Sicilia	43	43	5	99.570	0	0	4	52
Toscana	23	23	13	101.690	5	79	12	301
Umbria	5	5	11	53.247	0	0	7	118
Valle d'Aosta	1	1	1	61.357	0	0	0	0
Veneto	35	35	38	66.464	17	360	29	602
ITALIA	428	425	164	100.000	68	1.099	85	1.617

Sono riportati in tabella 2 anche i dati Regis, che possono non coincidere con la programmazione aggiornata riconducibile al C15, poiché l'adeguamento all'interno del sistema richiede tempi tecnici rispetto alla formalizzazione delle rimodulazioni esitate attraverso i Tavoli istituzionali dei Contratti Istituzionali di Sviluppo. Agenas ha focalizzato il presente monitoraggio sullo stato di attivazione dei servizi sanitari oggetto del DM77/2022 e non è stato indagato l'avanzamento dei lavori strutturali finanziati nell'ambito del PNRR. Gli Ospedali di Comunità ad oggi attivi sono pari a 153, per un totale di posti letto attivi pari a 2.716 su tutto il territorio nazionale; nel conteggio sono stati considerati anche gli Ospedali di Comunità con servizi attivi in sede provvisoria. Si evidenzia che la verifica del rispetto delle condizionalità PNRR volte ad assicurare il raggiungimento del Target comunitario M6C1-11 viene definita dall'UMPNNR del Ministero della salute.

Figura 4. Ospedali di comunità dichiarati attivi (Cis ed extra Cis) (% rispetto alla programmazione regionale)

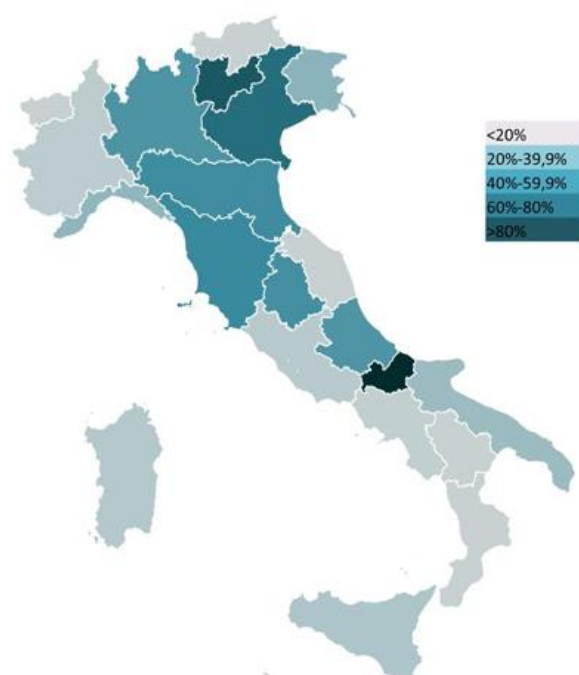


Tabella 8. Servizi attivi negli Ospedali di Comunità riconducibili a programmazione Cis ed Extra Cis

Regione / P.A.	Ospedali di Comunità (OdC) dichiarati attivi	Ospedali di Comunità pubblici	Presenza medica almeno 4,5 ore al giorno 6gg/7	Presenza del Case Manager	Assistenza infermieristica H24 - 7gg/7	Presenza di ambienti protetti: posti letto dedicati a pazienti con demenza o disturbi comportamentali	Presenza di spazi per attività di riabilitazione motoria
Abruzzo	6	6	4	1	6	0	5
Basilicata	0	0	0	0	0	0	0
Calabria	0	0	0	0	0	0	0
Campania	1	1	1	0	1	0	0
Emilia-Romagna	24	23	12	21	24	10	23
Friuli-Venezia Giulia	3	2	3	2	3	1	3
Lazio	2	1	2	1	2	1	1
Liguria	2	2	2	1	2	1	2
Lombardia	26	23	26	26	26	10	19
Marche	0	0	0	0	0	0	0
Molise	2	2	2	2	2	1	2
Piemonte	1	0	0	1	1	0	0
PA di Bolzano	0	0	0	0	0	0	0
PA di Trento	3	2	0	3	3	0	3
Puglia	7	7	2	2	7	6	5
Sardegna	2	2	2	1	2	2	2
Sicilia	4	4	4	4	4	1	3
Toscana	17	11	12	11	17	0	13
Umbria	7	7	7	7	7	7	7
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0	0	0
Veneto	46	25	36	43	46	20	45
ITALIA	153	118	115	126	153	60	133

La tabella 8 riassume i servizi presenti negli OdC già attivi (Target PNRR M6C1-11)

Tabella 9. Copertura e servizi attivi nell'assistenza domiciliare integrata

Regione / P.A.	Copertura servizio ADI	Assistenza infermieristica	Assistenza medica del MMG	Assistenza medica del PLS	Assistenza medica specialistica	Assistenza riabilitativa	Servizi socioassistenziali	Fornitura di farmaci e dispositivi
Abruzzo	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Basilicata	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	83%
Calabria	100%	100%	100%	100%	100%	100%	71%	100%
Campania	100%	100%	82%	81%	97%	96%	93%	82%
Emilia-Romagna	100%	100%	100%	100%	100%	82%	100%	100%
Friuli-Venezia Giulia	100%	100%	100%	100%	72%	100%	72%	100%
Lazio	100%	100%	78%	87%	100%	100%	87%	87%
Liguria	100%	100%	68%	16%	68%	100%	89%	100%
Lombardia	100%	100%	19%	20%	97%	100%	99%	23%
Marche	100%	100%	100%	100%	100%	92%	85%	77%
Molise	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Piemonte	100%	100%	100%	100%	100%	100%	91%	97%
P.A. di Bolzano	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%
P.A. di Trento	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Puglia	100%	100%	100%	100%	100%	100%	82%	100%
Sardegna	100%	100%	88%	75%	100%	100%	88%	100%
Sicilia	78%	78%	46%	46%	71%	78%	78%	46%
Toscana	100%	100%	100%	100%	71%	100%	100%	100%
Umbria	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Valle d'Aosta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Veneto	100%	100%	100%	100%	100%	89%	96%	100%

Copertura servizio ADI: % di distretti con almeno un erogatore pubblico o privato operativo.

In tabella sono indicati in percentuale i distretti in cui è presente almeno un erogatore che fornisce ciascuno dei vari servizi rispetto al totale dei distretti regionali/provinciali.

Unità di cure palliative domiciliari

Tabella 10. Copertura del servizio unità di cure palliative domiciliari suddiviso per tipologia di erogatori

Regione / P.A.	Copertura servizio UCPDOM	Punti di erogazione Cure Palliative Domiciliari pubbliche	Punti di erogazione Cure Palliative Domiciliari privati accreditati	Punti di erogazione Cure Palliative Domiciliari privati non accreditati	TOT Punti di erogazione Cure Palliative Domiciliari
Abruzzo	40%	9	0	0	9
Basilicata	100%	4	0	2	6
Calabria	36%	1	3	0	6
Campania	59%	44	0	0	44
Emilia-Romagna	100%	44	0	0	44
Friuli-Venezia Giulia	72%	13	0	0	13
Lazio	76%	24	87	0	111
Liguria	36%	12	0	0	12
Lombardia	96%	134	801	1	936
Marche	92%	12	0	4	16
Molise	33%	1	0	0	1
Piemonte	97%	32	0	0	32
P.A. di Bolzano	100%	8	0	0	8
P.A. di Trento	100%	3	0	0	3
Puglia	82%	19	0	72	91
Sardegna	34%	13	0	0	13
Sicilia	27%	4	31	0	35
Toscana	88%	26	0	0	26
Umbria	100%	12	0	0	12
Valle d'Aosta	100%	2	0	0	2
Veneto	100%	42	0	2	44

Copertura servizio UCP-DOM: % di distretti con almeno un erogatore pubblico o privato (accreditato o non accreditato) operativo.

In tabella sono indicati in percentuale i distretti in cui è presente almeno un punto di erogazione attivo rispetto al totale dei distretti regionali/provinciali. A seguire sono riportati i punti di erogazione presenti in ciascuna Regione/P.A.

Tabella 11. Servizi attivi nelle unità di cure palliative domiciliari

Regione / P.A.	Centrale o periferica di coordinamento	Servizio di consulenza ospedaliera territorio di presenza in carico iniziale	Servizio ambulatoriale	Equipe di cure domiciliari	Equipe di pronto disponibilità	Per centri di cura dedicati alle cure palliative: attività di consulenza strutturata di cure palliative nelle U.O.	Per centri di cura simultanee per i pazienti oncologici	Per centri di cura simultanee per i pazienti non oncologici
Abruzzo	25%	40%	40%	25%	20%	40%	40%	40%
Basilicata	100%	100%	33%	100%	33%	33%	33%	100%
Calabria	7%	29%	7%	36%	21%	14%	29%	14%
Campania	34%	37%	21%	58%	3%	41%	55%	48%
Emilia-Romagna	79%	100%	100%	100%	68%	97%	100%	97%
Friuli-Venezia Giulia	0%	50%	22%	72%	0%	72%	72%	72%
Lazio	67%	76%	28%	76%	74%	59%	76%	46%
Liguria	42%	58%	32%	58%	42%	58%	58%	37%
Lombardia	36%	97%	76%	99%	99%	71%	86%	83%
Marche	69%	92%	62%	92%	46%	62%	92%	85%
Molise	33%	33%	33%	33%	33%	0%	33%	33%
Piemonte	82%	97%	76%	97%	61%	85%	88%	88%
PA di Bolzano	100%	100%	100%	100%	0%	100%	100%	100%
PA di Trento	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%
Puglia	49%	42%	16%	82%	51%	36%	71%	44%
Sardegna	4%	42%	29%	54%	8%	42%	50%	33%
Siilia	26%	18%	13%	27%	26%	16%	27%	22%
Toscana	68%	93%	86%	89%	61%	93%	89%	89%
Umbria	25%	83%	92%	92%	42%	100%	42%	33%
Valle d'Aosta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Veneto	85%	100%	50%	100%	50%	100%	89%	42%

Nella presente tabella sono indicati in percentuale i distretti in cui è presente almeno un punto di erogazione che fornisce ciascuno dei vari servizi rispetto al totale dei distretti regionali/provinciali.

Sintesi dei risultati

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

Regione / P.A.	Case della Comunità (CdC) programmate	Strutture da programmazione regionale assimilabili a Case della Comunità con almeno un servizio attivo	Case della Comunità con tutti i servizi obbligatori dichiarati attivi e sotto presenza medica e infermieristica	Case della Comunità con tutti i servizi obbligatori dichiarati attivi inclusa presenza medica e infermieristica	Centri Operativi Territoriali previsti	Centri Operativi Territoriali pienamente funzionanti e certificate	Ospedali di Comunità previsti	Ospedali di Comunità dichiarati attivi
Abruzzo	42	0	0	0	13	13	15	6
Basilicata	19	0	0	0	6	6	5	0
Calabria	63	2	2	0	21	21	20	0
Campania	191	0	0	0	79	74	61	1
Emilia-Romagna	187	140	32	8	47	47	53	24
Friuli-Venezia Giulia	32	30	0	0	12	12	15	3
Lazio	146	95	7	5	61	61	42	2
Liguria	33	16	6	2	17	17	11	2
Lombardia	204	142	64	12	102	102	64	26
Marche	29	20	4	1	15	15	9	0
Molise	13	2	2	2	3	3	2	2
Piemonte	96	31	5	1	43	43	30	1
PA di Bolzano	10	0	0	0	5	5	3	0
PA di Trento	12	2	1	0	5	5	4	3
Puglia	123	1	1	0	50	50	49	7
Sardegna	80	27	0	0	24	16	34	2
Siilia	161	9	5	2	50	50	48	4
Toscana	157	70	23	7	39	39	36	17
Umbria	22	6	3	2	9	9	16	7
Valle d'Aosta	4	4	1	1	1	1	2	0
Veneto	99	63	16	3	49	49	73	46
ITALIA	1.723	660	172	46	651	638	592	153

www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1758482628.pdf

«Vi racconto quali servizi trovano i cittadini in una casa di comunità che funziona davvero»

Dai prelievi alla piccola diagnostica al personale sanitario presente sulle 24 ore e nel weekend: l'esperienza della Ulss Serenissima del Veneto dimostra che «si può fare» anche coinvolgendo i medici di famiglia

Barbara Gobbi

Case di comunità con il contagocce nel panorama nazionale - con il dramma dei servizi minimi attivati al Sud - e soprattutto con medici e infermieri ancora all'osso. Ma cosa trovano i cittadini in una struttura che funzioni davvero? A raccontarlo è Edgardo Contato, direttore generale della Ulss 3 Serenissima del Veneto che ha accreditato con la Regione tre delle dodici case di comunità previste per quel territorio, «del tutto conformi - assicura - ai criteri previsti nel Dm 77».

Prestazioni a getto continuo

Sono le strutture del Lido di Venezia, di Noale e di Favaro Veneto, attive 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 e che da quando sono state aperte a maggio dello scorso anno - spiegano dall'azienda sanitaria, «non smettono mai di fornire prestazioni notte e giorno». A disposizione dei cittadini, il Punto unico di accesso per l'accoglienza dei pazienti, gli sportelli del Cup per prenotare le visite, il punto prelievi e la diagnostica di base. Così come il consultorio, l'assistenza domiciliare, la specialistica ambulatoriale dalla cardiologia all'oculistica alla medicina dello sport ma anche l'integrazione con i servizi sociali.

E il personale c'è: i medici presenti nelle tre Cdc al momento sono 137 di cui 17 medici di famiglia e pediatri di libera scelta e 40 camici bianchi che garantiscono continuità assistenziale la notte e durante i festivi.

Medici in campo

«Prendiamo la casa di comunità di Noale, fresca dell'accreditamento con la Regione, ad agosto: qui per un bacino di circa 30mila utenti abbiamo un turno di medici dipendenti - specialisti ambulatoriali o ex guardie mediche - che copre le 12 ore diurne mentre la continuità assistenziale è presente nelle dodici ore notturne così come di sabato e domenica», racconta il Dg Contato. Poi ci sono i medici di famiglia integrati come "medicina di gruppo" nella casa di comunità: «Per il momento - continua il manager - si occupano solo dei loro assistiti ma quando con il contratto unico previsto dal nuovo Accordo nazionale avremo la possibilità di gestire le ore residue che spettano alla Asl, inseriremo nell'attività della casa di comunità anche loro».

La scommessa sui medici di famiglia

Ed è questa la scommessa nella riorganizzazione delle cure sul territorio: portare i medici di famiglia nelle case di comunità. Una sfida che per Contato si può vincere: «Oggi i dottori che entrano nelle nostre Cdc come medicina di gruppo ricevono gli incentivi previsti dal contratto nazionale più quelli inseriti nell'accordo regionale. La Regione sta cercando di mettere insieme i pezzi virtuosi di un sistema proprio per avvicinare il servizio sanitario ai cittadini e renderlo sostenibile. Cioè - sottolinea - se spendo meno di Pronto soccorso grazie all'efficienza delle cure in casa di comunità posso dare più e meglio sul territorio a una popolazione che invecchia e si diversifica», spiega.

La sanità del futuro

Oltre al vantaggio economico, per i Mmg c'è la piccola diagnostica a disposizione in una sede attrezzata. Ma la vera partita si aprirà con il nuovo contratto: «Contiamo molto sui giovani che entreranno con l'Accordo nazionale per la medicina generale in vigore dal 2025 - spiega infine il Dg - e quindi sull'avvio del ruolo unico. Noi questi medici li stiamo già formando, perché capiscano che la sanità del futuro è questa».

https://www.ilsole24ore.com/art/vi-racconto-quali-servizi-trovano-cittadini-una-casa-comunita-che-funziona-davvero-AHFM0PoC?cmpid=nl_sanita24

La medicina senza medicine

Franco Cosmi, Medico cardiologo Perugia

Gentile Direttore,

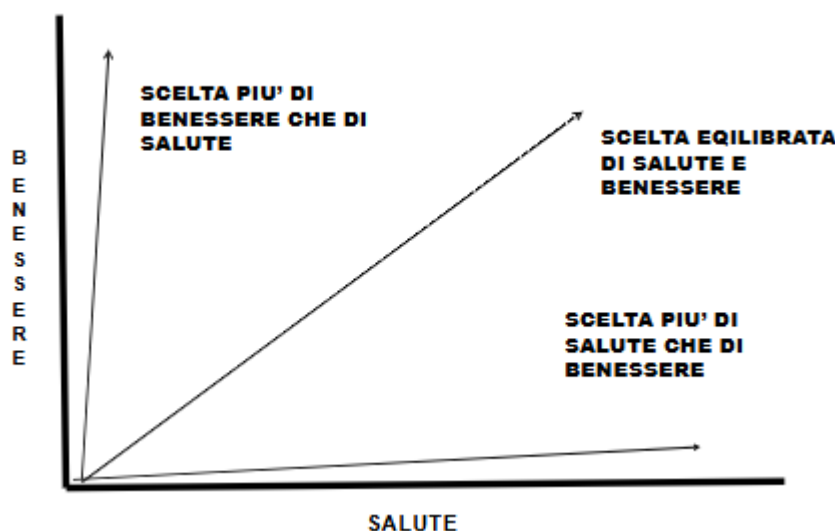
un noto aforisma attribuito a Voltaire afferma che “L’arte della medicina consiste nel distrarre il paziente mentre la natura cura la malattia”. Aveva in parte ragione e in parte torto. Aveva ragione perché spesso l’evoluzione naturale delle malattie non gravi è favorevole anche senza terapie. Aveva torto se pensiamo al semplice fatto che dai tempi di Voltaire l’aspettativa di vita è più che raddoppiata.

Questo perché il famoso filosofo confondeva il benessere con la salute, come si continua a fare oggi a proposito degli stili di vita e di molte altre terapie proposte che hanno una buona probabilità di influire sul benessere con un significativo effetto placebo. Il benessere è una sensazione definita da parametri soggettivi e può anche accontentarsi solo di ipotesi teoriche.

La salute è una condizione definita da parametri oggettivi condivisi a priori. Ha bisogno di dimostrazioni, di prove di efficacia, di evidenza. I parametri legati al benessere non sempre coincidono con la salute e quelli legati alla salute non sempre coincidono con il benessere.

Un loro equilibrio bilanciato è necessario per la capacità di adattamento e di autogestione dell’individuo di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive.

Troppo benessere rischia di incidere negativamente sulla salute e viceversa (Cfr. figura).



L’adesione a stili di vita che favoriscano il benessere e mantengano la salute non può che essere demandata a prove di efficacia e quindi a ipotesi che abbiano superato il vaglio della dimostrazione.

L’evitamento di sostanze a rischio, l’alimentazione, l’attività fisica, il sonno, la gestione dello stress cronico e le relazioni sociali positive sono stili di vita fondamentali che possono prevenire il 50% delle malattie non trasmissibili senza uso di provvedimenti terapeutici convenzionali.

Evitare il fumo ritarda la mortalità di 10 anni, una buona alimentazione accompagnata da una buona attività fisica di 8 anni, evitare un consumo moderato di alcol di 4 anni e così via.

Accanto a queste prove incontrovertibili si innestano i consigli di quelli che possiamo definire “spiegatori” perché spiegano senza conoscere, senza bisogno di prove di efficacia né di algoritmi bayesiani, ma solo di ragionamenti che giustifichino le loro ipotesi autoreferenziali e il bisogno di illusione di chi sta o pensa di stare male. Sono molti quelli che si dedicano all’arte della spiegazione in base a credenze e sentito dire.

Sono spesso mamme e babbi, mogli e mariti, figli e figlie che hanno il figlio, il marito o un genitore malato. Sono anche parenti che lavorano in ospedale o in ambulatori, e per questo ritenuti esperti, giornalisti e divi della televisione che hanno orecchiato qualche interessante notizia e la spiegano come vita vissuta.

In genere non causano grandi danni. Purtroppo, in alcuni casi questo diventa il terreno fertile per parolai, mistificatori e talvolta truffatori che si definiscono o vengono definiti scienziati perché in qualche modo lo sono stati in passato ma dopo hanno deviato dalla retta via.

I più anziani ricorderanno, negli anni Sessanta, Liborio Bonifacio di Agropoli che voleva curare il cancro con gli escrementi delle capre; alla fine degli anni '90 il Professore di Fisiologia Luigi di Bella che voleva curare il cancro con improbabili cocktail multifarmacologici; Davide Vannoni che voleva curare le malattie neurodegenerative con una composizione ignota denominata "Stamina" con importante risalto mediatico anche di nomi molto famosi dello spettacolo. Per non parlare del doppio premio Nobel Linus Pauling che sosteneva che le malattie cardiovascolari e il cancro si potevano curare con megadosi di vitamina C.

Gli scienziati, veri o millantatori, non sempre hanno aiutato i pazienti. Qualche volta li hanno danneggiati con un pensiero scientifico dominante ideologico, non applicando il rigoroso metodo scientifico ma rincorrendo il loro bisogno mondano di narcisismo.

Questo succede soprattutto quando prevalgono gli "spiegatori", forti della pretesa del loro suprematismo ideologico, cittadini normali, politici, scienziati, medici pratici, accademici, persone di spettacolo, che se ne infischiano del concetto di evoluzione naturale della malattia, dell'effetto placebo, del valore terapeutico aggiunto, della necessità di affidarsi al metodo scientifico nella ricerca clinica sia per la medicina fatta con le medicine sia per quella senza medicine, confondendo troppo spesso il benessere che ha bisogno di credenza con la salute che ha bisogno di evidenza.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=131781

quotidianosanità.it

Telemedicina e prevenzione cardiologica. Le farmacie in prima linea per la salute pubblica

Le farmacie italiane rafforzano il loro ruolo nella prevenzione cardiologica grazie ai servizi di telemedicina, con oltre 530mila prestazioni erogate nel primo semestre 2025. I dati confermano l'efficacia del modello sperimentale, capace di ridurre le liste d'attesa e individuare precocemente situazioni a rischio. Federfarma punta ora alla strutturazione definitiva della "Farmacia dei Servizi".

16 SET -

Le farmacie italiane rafforzano il loro ruolo nel sistema sanitario nazionale, diventando sempre più protagoniste nella prevenzione cardiologica attraverso i servizi di telemedicina. A confermarlo sono i dati aggiornati dei provider convenzionati con Federfarma, che evidenziano l'efficacia e l'impatto crescente di queste prestazioni, sia per i cittadini sia per il sistema pubblico.

"La Farmacia dei Servizi rappresenta un'importante risorsa per la salute pubblica e la prevenzione", ha dichiarato **Marco Cossolo**, presidente di Federfarma nazionale. Un'esperienza che, finora condotta in forma sperimentale, ha già dato risultati concreti, tanto da richiedere ora una strutturazione definitiva a livello nazionale. "L'aumento costante delle prestazioni dimostra quanto siano utili e apprezzate – ha aggiunto Cossolo – e occorre che tutte le farmacie si attrezzino per rispondere efficacemente alla crescente domanda di salute della popolazione".

I numeri parlano chiaro: nel primo semestre del 2025 sono state effettuate oltre 530mila prestazioni tra ECG, Holter cardiaco e Holter pressorio in quasi 12mila farmacie italiane. Di queste, circa 60mila hanno rilevato anomalie che hanno portato a un rinvio immediato al medico curante o al pronto soccorso, evidenziando così il valore della diagnosi precoce e dell'intervento tempestivo.

Ma l'impatto positivo si misura anche sul fronte delle liste d'attesa. Un esempio significativo arriva dalla Regione Marche, dove, grazie alla sperimentazione nelle farmacie, si è registrata una riduzione del 15,4% per

l'Holter pressorio, 12,7% per l'Holter cardiaco e 7,5% per gli ECG, contribuendo così a decongestionare le strutture sanitarie pubbliche.

Per facilitare l'accesso ai servizi, Federfarma ha attivato sul proprio sito un portale con geolocalizzazione delle farmacie aderenti, così da permettere ai cittadini di individuare con facilità dove poter usufruire delle prestazioni previste dalla normativa sulla Farmacia dei Servizi.

Un modello virtuoso, quindi, che dimostra come la sanità del futuro possa essere più capillare, accessibile e orientata alla prevenzione – anche grazie al contributo strategico delle farmacie.

Telemedicina gennaio-giugno 2025 *	TOTALE
numero farmacie	11.862
totale prestazioni	530.850
ECG	313.936
Holter cardiaco	134.340
Holter pressorio	82.574

*dati forniti dai provider convenzionati con Federfarma

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=131978

quotidianosanità.it

Vaccini in Farmacia. La Lombardia estende il servizio in tutte le ATS regionali

La Regione Lombardia estende a tutte le ATS la possibilità di somministrare vaccini in farmacia, dopo una sperimentazione positiva. Il servizio riguarda i vaccini contro pneumococco, dTP e HPV, con prenotazione autonoma e inviti attivi ai 65enni. Il servizio non comporterà costi aggiuntivi per i cittadini. Le farmacie riceveranno un compenso per ogni dose somministrata. Obiettivo: aumentare la copertura vaccinale e semplificare l'accesso alla prevenzione

16 SET -

Da quest'anno, in Lombardia sarà ancora più semplice vaccinarsi, anche per chi ha poco tempo o difficoltà a spostarsi. Con una nuova delibera approvata il 15 settembre 2025, la Giunta regionale ha deciso di estendere a tutte le ATS lombarde la possibilità di somministrare vaccini direttamente nelle farmacie aperte al pubblico. Una novità importante che punta a rendere la prevenzione più accessibile e vicina ai cittadini.

L'iniziativa nasce da una sperimentazione condotta nei territori delle ATS Brianza e Val Padana, dove 83 farmacie hanno somministrato oltre 500 dosi di vaccini nel primo trimestre del progetto. I risultati sono stati chiari: buona adesione, nessuna criticità organizzativa e un ruolo sempre più centrale delle farmacie come punto di raccordo tra ospedale e territorio.

L'obiettivo principale è aumentare la copertura vaccinale, soprattutto tra gli anziani, che risultano ancora poco protetti contro malattie come il pneumococco. Ad esempio, tra i cittadini nati nel 1959 – che hanno compiuto 65 anni nel 2024 – solo l'11,3% ha ricevuto il vaccino. Numeri ancora troppo bassi, considerando che queste infezioni possono avere conseguenze gravi, soprattutto tra i più fragili.

Proprio per questo, oltre al potenziamento dell'offerta vaccinale in farmacia, la Regione ha previsto anche una "chiamata attiva": entro fine anno, i cittadini nati nel 1960 riceveranno direttamente a casa una lettera d'invito alla vaccinazione antipneumococcica, in concomitanza con la campagna antinfluenzale.

I cittadini potranno prenotare autonomamente la vaccinazione attraverso il portale regionale Prenotasalute. Non solo: oltre al vaccino antipneumococcico, sarà possibile ricevere in farmacia anche i vaccini contro difterite, tetano, pertosse e HPV. Per questi ultimi, però, l'avvio sarà definito con successiva indicazione da parte della Direzione Generale Welfare.

Il servizio non comporterà costi aggiuntivi per i cittadini. Ogni dose somministrata darà diritto alla farmacia a un compenso di 6,16 euro, che copre tutte le attività: dalla preparazione alla somministrazione, fino alla gestione amministrativa. La Regione ha già stanziato i fondi necessari, stimando una spesa di circa 600.000 euro all'anno per coprire una platea di circa 40.000 persone.

L'accordo tra Regione Lombardia, Federfarma Lombardia e Assofarm entrerà pienamente in vigore entro la fine dell'anno e resterà valido fino al 31 marzo 2028, salvo disdetta anticipata. La distribuzione dei vaccini ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta sarà gestita, come in passato, tramite la rete dei grossisti e delle farmacie, sotto il coordinamento di ATS Bergamo.

Con questa scelta, la Regione punta non solo a migliorare l'adesione vaccinale, ma anche a rafforzare il ruolo delle farmacie come presidi sanitari di prossimità, capaci di offrire servizi fondamentali in modo capillare, efficiente e vicino ai cittadini.

https://www.quotidianosanità.it/lombardia/articolo.php?articolo_id=131962

quotidianosanità.it

Caregiver sotto stress. Iss: 4 su 10 sviluppano una malattia cronica. Più colpite le donne

Una survey dell'Iss rivela che il 41% dei caregiver sviluppa nuove malattie croniche, spesso multiple, con un impatto più forte sulle donne, in particolare le più giovani. I disturbi più frequenti sono psichiatrici, muscolo-scheletrici, cardiovascolari e gastrointestinali. Pesano anche le rinunce a visite e ricoveri, segno di un carico di cura che riduce la possibilità di prendersi cura di sé. Gli esperti chiedono politiche mirate che tengano conto delle differenze di genere e offrano un sostegno concreto.

Dietro gesti quotidiani di amore e dedizione si nasconde un prezzo altissimo: la salute stessa di chi assiste. Quattro caregiver su 10 hanno sviluppato malattie croniche che prima non avevano, e in due casi su tre si tratta di due o più patologie.

In cima alla lista ci sono i disturbi psichiatrici, seguiti da quelli muscolo-scheletrici, cardiovascolari e gastrointestinali.

Il peso della abnegazione verso i propri cari assistiti cade soprattutto sulle donne, in particolare le più giovani, che pagano un tributo più pesante in termini di salute. A questo si aggiunge una rinuncia significativa a visite mediche e ricoveri, segnale di un carico che non lascia spazio nemmeno all'autocura.

Questa la fotografia scattata oggi all'**Istituto Superiore di Sanità** in occasione del convegno "Promuovere la salute delle persone caregiver familiari in ottica di genere: prospettive future", promosso dal Centro di riferimento per la medicina di genere. Il quadro emerge da una survey nell'ambito del progetto "L'impatto del genere sullo stress psicologico e lo stato di salute nelle persone caregiver familiari, a cui hanno risposto 2033 persone, 83% donne.

"È di fondamentale importanza – sottolinea **Elena Ortona**, direttrice del Centro di riferimento per la medicina di genere dell'Iss – mettere l'accento sulle differenze di sesso e genere nello stato di salute dei caregiver e delle caregiver familiari. Le donne, in particolare, si fanno carico in maniera preponderante del lavoro di

assistenza e cura all'interno delle famiglie, specialmente quando si tratta di familiari non autosufficienti. Questo impegno costante e spesso gravoso ha un impatto diretto e profondo sulla loro salute. La ricerca evidenzia che le donne che svolgono il ruolo di caregiver sono maggiormente esposte a problemi di salute fisica e psicologica; di conseguenza, le disuguaglianze di genere possono generare a loro volta disuguaglianze di salute”.

“Alla luce di ciò – aggiunge – è fondamentale che le politiche socio-sanitarie, nel programmare interventi di sostegno rivolti ai caregiver e alle caregiver familiari, considerino le differenze di sesso e genere basate sulle evidenze scientifiche. L'integrazione di questa prospettiva è essenziale per attuare efficaci misure di prevenzione, volte a ridurre le patologie associate allo stress e a garantire un sostegno più equo e mirato”.

In gioco, sottolinea **Marina Petrini**, responsabile scientifica dell'evento, ci sono anche “le prospettive future di promozione della salute, che vanno dal contributo del medico di medicina generale per il suo ruolo fondamentale e centrale nella prevenzione, la mappatura dei servizi diretti ai e alle caregiver, le buone pratiche che già si stanno sperimentando sul territorio e gli interventi di autocura per la gestione dello stress psicologico”.

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=132162

THE LANCET
Public Health

L'alloggio come determinante sociale della salute: un quadro contemporaneo

[Prof.ssa Rebecca Bentley , Kate Mason , Prof. David Jacobs , Prof. Tony Blakely , Prof. Philippa Howden-Chapman , Ang Li e altri](#)

Riepilogo

L'alloggio è un determinante sociale fondamentale per la salute. Un alloggio sano è conveniente, adeguato e sicuro. È caratterizzato da calore, asciutto e ventilazione adeguata; è privo di pericoli come muffe e tossine; è accessibile agli occupanti con limitazioni funzionali; e offre una sicurezza fondamentale.

Al contrario, l'esposizione ad ambienti domestici malsani può influire negativamente sulla salute respiratoria e cardiovascolare, sul benessere mentale, sulla trasmissione di malattie infettive e sul rischio di infortuni. Interventi e programmi sanitari incentrati sull'alloggio offrono un'opportunità unica per colmare il divario tra alloggio e salute, con il potenziale di migliorare i risultati sanitari della popolazione in diversi ambiti.

Questo articolo integra la comprensione contemporanea dell'alloggio e dei sistemi abitativi in un quadro di riferimento basato sui determinanti sociali ed economici. Illustriamo come i sistemi abitativi contribuiscano a scarsi risultati sanitari e disuguaglianze sanitarie, fornendo una base per esplorare il potenziale dell'alloggio nel supportare la salute in tutte le giurisdizioni a livello globale.

Sebbene il nostro quadro possa essere utilizzato per esaminare la relazione tra specifici pericoli abitativi (ad esempio, muffa, freddo o caldo) e la salute, il suo obiettivo principale è comprendere come questi pericoli vengano generati e distribuiti attraverso le caratteristiche del sistema abitativo (ad esempio, normative edilizie o finanziamenti per l'edilizia abitativa).

Affrontando questi determinanti del sistema abitativo, proponiamo un approccio alternativo per raggiungere un'edilizia abitativa più sana. Questo quadro mira a sostenere l'uso strategico dell'edilizia abitativa per promuovere una buona salute per tutte le popolazioni.

Questo è il primo di una **serie** di due articoli sull'alloggio come fattore determinante della salute

Introduzione

La casa è un ambiente fondamentale per la salute umana, ma per troppe persone può essere un luogo di profondo danno alla longevità e al benessere. Le [Nazioni Unite stimano](#) che da 1,6 a 3 miliardi di persone vivano in alloggi non sicuri, inadeguati o inaccessibili, con effetti sulla trasmissione di malattie infettive, problemi respiratori e salute mentale. ^{1,2}

La nostra capacità di rispondere alle sfide della rapida crescita demografica e dei cambiamenti climatici è legata a quanto bene gli alloggi e i sistemi abitativi possano essere sfruttati per migliorare e proteggere la salute umana. Questo articolo è il primo di una serie di due articoli che esplorano l'alloggio come fattore determinante della salute e delle disuguaglianze sanitarie. Offre un inquadramento dei determinanti sociali dell'alloggio e della salute. Il secondo articolo di questa [terza](#) serie si concentra sull'intersezione tra alloggio e salute e il clima.

Secondo UN Habitat, nel 2022 1,12 miliardi di persone vivevano in insediamenti informali e baraccopoli. ^{1,4} Questi sono definiti come gruppi di individui che vivono sotto lo stesso tetto in un'area urbana e che non dispongono di: alloggi durevoli di natura permanente che proteggano dalle condizioni climatiche estreme, spazio vitale sufficiente (non più di tre persone che condividono la stessa stanza), facile accesso ad acqua potabile in quantità sufficienti a un prezzo accessibile; accesso a servizi igienici adeguati sotto forma di servizi igienici privati o pubblici condivisi da un numero ragionevole di persone e sicurezza del possesso che impedisca sfratti forzati. ⁵

Le misure per ridurre gli insediamenti informali per raggiungere gli Obiettivi di sviluppo sostenibile sono state inefficaci a causa della crescente urbanizzazione e della scarsità di alloggi. ⁶ Nei primi 20 anni del 21° secolo, il numero di persone che vivono in insediamenti informali è aumentato di circa il 50%, passando da 792 milioni a 1,1 miliardi (rispetto a un aumento del 25% della popolazione mondiale) e continua a rimanere elevato. ⁶ Tuttavia, questi numeri mostrano solo la portata del problema. Una casa sana è un ambiente asciutto, pulito, sicuro, ben ventilato, privo di parassiti e contaminanti, ben mantenuto e termicamente confortevole (secondo il [National Centre for Healthy Housing](#) negli Stati Uniti). L'OMS ha elaborato delle linee guida per intervenire sugli alloggi al fine di migliorare la salute della popolazione, ⁷ tra cui il principio secondo cui le case dovrebbero essere accessibili a tutte le persone, indipendentemente dall'età o dalla presenza di una disabilità. Inoltre, l'agenda per la salute urbana dell'OMS8 [individua](#) l'aria pulita e la sicurezza degli alloggi come aree prioritarie di intervento per sostenere ambienti urbani sani. Anche nei paesi ad alto reddito, questi standard non vengono pienamente raggiunti. Problemi di povertà energetica, scarsa ventilazione e condizioni di freddo e umidità nelle abitazioni rappresentano sfide sostanziali per la salute pubblica.

Il rapporto più recente sui progressi compiuti verso gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile evidenzia l'urgente necessità di concentrarsi su politiche per migliorare la salute, l'edilizia abitativa a prezzi accessibili, i servizi di base, la mobilità sostenibile e la connettività digitale. ⁶

Per supportare queste iniziative, proponiamo un quadro di riferimento sui determinanti sociali incentrato sull'edilizia abitativa che consenta di identificare i fattori distali o a monte che influenzano l'edilizia abitativa e i sistemi abitativi e, di conseguenza, la salute della popolazione. ⁹ Consideriamo una buona abitazione un fattore importante per una buona salute della popolazione. ¹⁰⁻¹²

Riconoscendo il valore di tale inquadramento nel collegare ricerca e politica in una serie di ambiti rilevanti e nel progettare strategie di prevenzione per migliorare la salute della popolazione, questo articolo della serie mira ad ampliare i quadri di riferimento attuali. In particolare, cerchiamo di prestare esplicita attenzione al ruolo dei sistemi abitativi nel distribuire le famiglie in alloggi accessibili, adeguati e sicuri.

Questo approccio è importante per identificare come le società possano rispondere alle sfide sanitarie attraverso la legislazione, la governance, la regolamentazione e il finanziamento dell'edilizia abitativa, piuttosto che concentrarsi esclusivamente sulle condizioni abitative.

Considerare congiuntamente i determinanti prossimali e distali collega le misure che proteggono la salute, come l'isolamento e la temperatura, ¹³⁻²² alle strutture sociali più ampie che ne regolano l'attuazione e la distribuzione. Inoltre, miriamo a collocare il nostro quadro di riferimento in un contesto globale, offrendo così un mezzo per generare indicatori da dati nazionali simili disponibili che descrivano lo stato di salute dei sistemi abitativi in tutte le giurisdizioni.

Il potenziale dell'edilizia abitativa per ridurre le disuguaglianze sanitarie

Uno dei vantaggi dell'attenzione all'edilizia abitativa come punto di intervento per migliorare la salute è il suo potenziale di ridurre sostanzialmente le disuguaglianze socioeconomiche in ambito sanitario. ²³ Ad esempio, se in Australia si eliminassero le abitazioni fredde, si stima che i guadagni pro capite in termini di salute sarebbero maggiori per i più svantaggiati rispetto ai meno svantaggiati. ^{24,25}

Da una prospettiva globale, gli interventi che riducono gli insediamenti informali e migliorano i servizi igienico-sanitari e l'accesso all'acqua hanno il potenziale di ridurre le disuguaglianze sanitarie tra i paesi ad alto, medio e basso reddito.

Intervenire direttamente in ambienti domestici inadeguati (ad esempio, temperatura interna, umidità e muffa, e rischio di infortuni) è interessante perché gli obiettivi di intervento prossimali hanno maggiori probabilità di produrre i benefici per la salute più immediati.

Tuttavia, in molti casi, più a monte si procede nell'intervento, maggiore è il potenziale per risultati più equi (ad esempio, puntando su incentivi fiscali perversi o sull'accessibilità economica piuttosto che sovvenzionare interventi di ristrutturazione). Intervenire sull'accessibilità economica, l'idoneità e la sicurezza di un sistema abitativo, o – ancora più a monte – sui fattori contestuali dei sistemi abitativi, come la tassazione, ha il potenziale per produrre benefici per la salute di vasta portata e duraturi.

Sebbene questi siano spesso gli interventi più impegnativi dal punto di vista politico, i decisori politici dovrebbero considerare i fattori sistemici a monte e i loro fattori contestuali più ampi per evitare di generare e perpetuare disuguaglianze.

Nell'esaminare le disuguaglianze abitative e sanitarie, è necessario distinguere tra differenze all'interno di un Paese e tra Paesi diversi. Le disuguaglianze all'interno di un Paese riflettono spesso disuguaglianze socioeconomiche, divari tra aree urbane e rurali e segregazione razziale o etnica. Queste disparità possono manifestarsi in una diversa qualità abitativa, nell'accesso ai servizi e nell'esposizione ai rischi ambientali, in base a categorie sociali come genere, età e disabilità, determinando sostanziali disuguaglianze sanitarie tra gruppi di popolazione all'interno di una stessa nazione.

Al contrario, le disuguaglianze tra paesi sono spesso più pronunciate di quelle all'interno di uno stesso paese e riflettono differenze economiche, politiche e di sviluppo più ampie. I paesi a basso reddito potrebbero avere difficoltà con le infrastrutture abitative di base, con conseguenti problemi di salute diffusi legati a scarse condizioni igienico-sanitarie, mancanza di acqua pulita e sovraffollamento. Al contrario, i paesi ad alto reddito potrebbero dover affrontare crisi di accessibilità economica o l'impatto sulla salute delle decisioni di pianificazione urbana. Affrontare le disuguaglianze richiede strategie e livelli di intervento diversi a seconda dei punti di confronto, dai cambiamenti delle politiche locali agli sforzi di sviluppo internazionale.

Un quadro di determinanti sociali per un'abitazione sana

I quadri di riferimento esistenti hanno evidenziato il ruolo dei contesti sociali, politici, economici e normativi nel determinare l'accesso a un alloggio adeguato. ²⁶⁻²⁸ Contribuiamo a questo crescente corpus di riflessioni fornendo una trattazione dettagliata dell'alloggio come sistema influenzato da contesti storici e contemporanei, che, a loro volta, determinano l'accesso a un alloggio accessibile, sicuro e adeguato. Questo accesso influisce direttamente e indirettamente sulla salute delle persone e plasma le disuguaglianze sanitarie legate all'alloggio. Collochiamo ulteriormente questo quadro di riferimento in una prospettiva globale, consentendo confronti tra paesi di indicatori chiave di sistemi abitativi sani.

Nella nostra definizione dell'alloggio come determinante sociale della salute, partiamo dai fattori sociali, economici, ambientali e politici che influenzano i mercati immobiliari e la disponibilità di alloggi accessibili, sicuri e protetti (ad esempio, i regimi di welfare).

Consideriamo poi il tipo di sistema abitativo prevalente a causa di questo contesto e della sua storia (ad esempio, una ridotta fornitura di alloggi da parte dello Stato), seguito dalla capacità di un dato sistema abitativo di fornire alloggi accessibili, sicuri e adeguati (ad esempio, l'accesso all'edilizia popolare) e, infine, la natura risultante degli ambienti domestici nel patrimonio abitativo disponibile all'interno di un sistema. Riconosciamo inoltre che la salute delle persone determina il loro accesso a un alloggio accessibile, sicuro e adeguato, e che questi circoli virtuosi rafforzano le disuguaglianze socioeconomiche e sanitarie.

Per massimizzare il potenziale dell'edilizia abitativa a beneficio della salute, ²⁹ è necessario comprendere il ruolo sociale ed economico dell'edilizia abitativa nella società e il suo funzionamento come sistema influenzato dal

contesto giurisdizionale. È necessario esaminare i livelli di fattori a monte che influenzano e modellano i nostri sistemi abitativi.

Ogni elemento del quadro proposto è descritto più dettagliatamente nelle sezioni seguenti ([figura 1](#)).

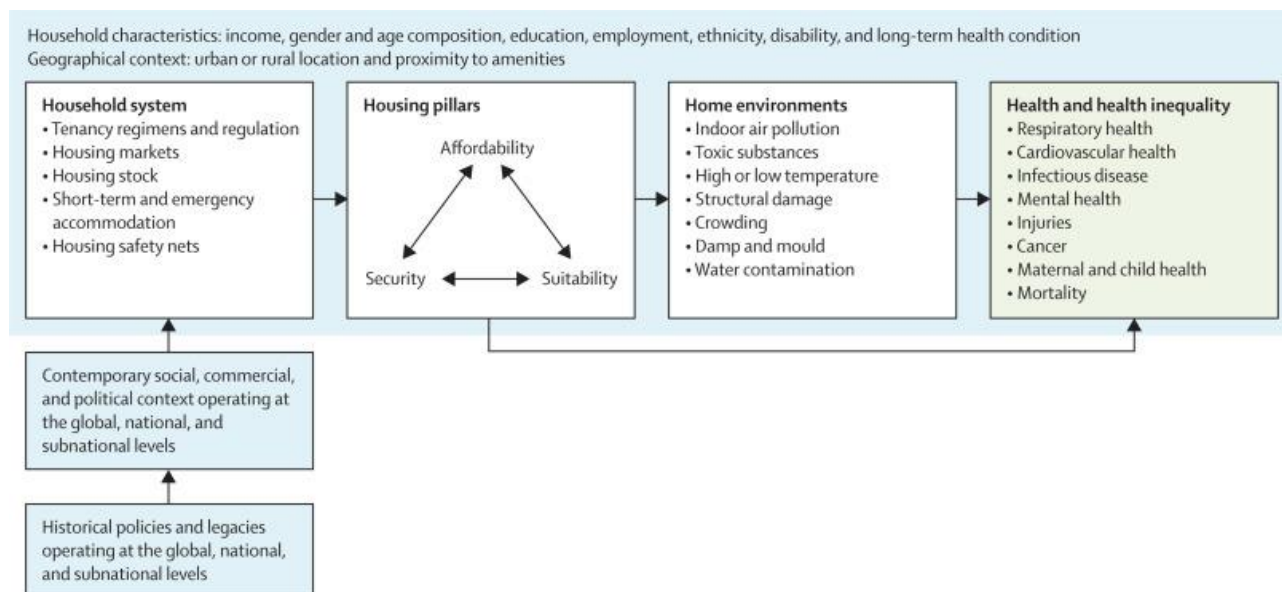


Figura 1 Quadro generale per l'alloggio come determinante sociale della salute e riduttore delle disuguaglianze sanitarie

Eredità storica e contesto sociale, commerciale e politico contemporaneo

Eredità storica

L'edilizia abitativa è un intervento concreto nelle comunità e crea percorsi di dipendenza particolarmente duraturi, in cui le eredità positive e negative delle politiche passate si riflettono direttamente nei luoghi in cui le persone vivono. L'accesso contemporaneo alle risorse abitative è direttamente plasmato da scelte compiute decenni, a volte persino secoli fa. Ad esempio, le politiche basate sulla razza in materia di edilizia abitativa e mutui ipotecari negli Stati Uniti hanno creato, nel tempo, divari spaziali e sociali nelle comunità che continuano a plasmare le disuguaglianze sanitarie odierne, [30 in](#) parte attraverso l'esposizione all'inquinamento atmosferico, la scarsa qualità degli alloggi e il diverso accesso all'assistenza medica.³¹ Tali divari spaziali nelle condizioni abitative sono pervasive, interessano la maggior parte delle città e delle comunità e sono spesso il prodotto di decisioni politiche, normative e norme sociali [che](#) continuano a essere correlate a un accesso iniquo a beni e risorse.³²

Contesto contemporaneo

I paesi adottano approcci molto diversi per fornire e mantenere alloggi ai propri cittadini. Gli elementi chiave che determinano questa variabilità includono la ricchezza del paese, il contesto politico, la governance e le strutture normative, il panorama politico (inclusa la tassazione), le aspettative della comunità in termini di standard di vita e i fattori storici e culturali che determinano il luogo in cui le persone vivono e il loro accesso alle risorse (in particolare per i paesi con una storia di segregazione razziale, etnica o religiosa). [33](#)

Gli stakeholder che si occupano di edilizia abitativa sono diversi (ad esempio, proprietari, inquilini, proprietari-occupanti, sviluppatori, politici, gruppi di pressione e ricercatori in materia di edilizia abitativa), ma il loro potere di influenzare il sistema abitativo varia notevolmente a seconda del contesto giurisdizionale.

L'economia politica dell'edilizia abitativa varia da luogo a luogo ed è in parte radicata nelle norme di proprietà rispetto all'affitto, nei tipi di mercati immobiliari modellati o creati dalle politiche governative, negli investimenti storici nell'edilizia sociale, nelle normative che disciplinano cosa può essere costruito e dove, e chi ha voce in capitolo in queste decisioni, tutti fattori che strutturano gli squilibri di potere tra questi stakeholder. [34](#)

Queste differenze istituzionali sono le basi su cui si basa la creazione di alloggi sani o malsani. Ad esempio, in Danimarca, esiste da tempo l'aspettativa che un alloggio sicuro e protetto sia una priorità politica che,

basandosi sulla sua più ampia cultura di istituzioni socialdemocratiche, ha creato un mercato immobiliare integrato in cui i fornitori di servizi di locazione senza scopo di lucro, che danno voce agli inquilini, svolgono un ruolo importante. ³⁵

La conseguenza è stata uno dei regimi abitativi meno precari in Europa, ³⁴ uno che sembra essere più efficace nel creare alloggi che proteggano la salute.

Intervenire per modificare le forze e i fattori contestuali del sistema abitativo, anziché intervenire sull'edilizia abitativa o sui sistemi abitativi stessi, può apportare benefici su larga scala. Ad esempio, il sistema fiscale australiano supporta l'indebitamento negativo, in base al quale, se un investitore prende in prestito denaro per acquistare un immobile e il reddito generato da tale immobile (solitamente reddito da locazione) è inferiore al costo di proprietà e gestione, questa perdita netta può essere compensata con altri redditi per ridurre il reddito imponibile complessivo dell'investitore.

Questo approccio incentiva gli investimenti in immobili privati in affitto, che di conseguenza aumentano l'offerta di alloggi in affitto, ma contribuiscono a una carenza di alloggi a prezzi accessibili per i potenziali proprietari. ³⁶ Riformare questo aspetto del sistema fiscale si è rivelato politicamente impegnativo, ma un simile intervento potrebbe avere effetti positivi sul sistema abitativo riducendo le disuguaglianze al suo interno. Inoltre, studi recenti hanno evidenziato come sia il colonialismo che il capitalismo globale abbiano, storicamente e attualmente, plasmato la disponibilità e la qualità degli alloggi in modi che incidono sulla salute ³⁷⁻³⁹ e quanto sia importante considerare le cause dell'insorgenza e del persistere delle disuguaglianze, chi ne beneficia e come operano a livello transnazionale.

La comprensione di queste influenze consente di identificare leve distali legate, ad esempio, agli operatori transnazionali, compresi quelli che regolamentano il lavoro migrante dai paesi a basso reddito verso i paesi ad alto reddito, e di riconoscere e porre rimedio ai torti storici.

Sistema abitativo

I sistemi abitativi includono diverse componenti, tra cui regimi e normative in materia di locazione, come contratti informali, affitto, proprietà e alloggi comunitari; mercati immobiliari, che coprono prezzi, prestiti e sviluppi; patrimonio immobiliare, ovvero l'infrastruttura fisica disponibile; fornitura di alloggi a breve termine e di emergenza; e reti di sicurezza abitativa come l'edilizia popolare e sociale o i sussidi per l'alloggio. La maggior parte, se non tutti, i sistemi abitativi condividono elementi comuni.

Questi includono gli standard normativi e la loro applicazione, l'offerta di alloggi a prezzi accessibili e un mix diversificato di contratti, che vanno dall'affitto pubblico e sociale all'affitto privato e alla proprietà. Includono anche la disponibilità e l'assegnazione di alloggi di emergenza o a breve-medio termine (ad esempio, alloggi per donne vittime di violenza domestica) e la portata e la distribuzione dei programmi di welfare abitativo (ad esempio, la quantità di edilizia popolare disponibile). Inoltre, aspetti chiave includono la misura in cui il mercato immobiliare guida l'economia, generando plusvalenze o come fonte di imposta, e la finanziarizzazione dell'edilizia abitativa, che si riferisce al ruolo dei mercati e delle istituzioni finanziarie e alle loro motivazioni nel trasformare l'edilizia abitativa in una risorsa di ricchezza.

In linea con la nostra impostazione sui determinanti sociali, l'azione per migliorare l'edilizia abitativa e la salute, intervenendo per modificare politiche e pratiche all'interno del sistema abitativo, rappresenta un percorso verso una migliore salute della popolazione. Esempi di interventi mirati ai cambiamenti del sistema abitativo includono la riduzione dei motivi di sfratto nel mercato degli affitti privati, ⁴⁰ l'estensione della durata dei contratti di locazione all'inizio degli accordi di locazione e la limitazione della misura in cui gli immobili nelle regioni con scarsa offerta di affitti a prezzi accessibili possono essere affittati per fornire alloggi a breve termine.⁴¹

Pilastr

Esistono almeno tre pilastri fondamentali dei sistemi abitativi che, attivamente e in combinazione, caratterizzano l'abitazione (e plasmano gli ambienti domestici). ⁴² In linea con Swope e Hernández, ²⁸ li definiamo i pilastri dell'abitazione: ⁹ convenienza, sicurezza e idoneità. Gli elementi di un sistema abitativo descritti in precedenza si combinano per stabilire collettivamente l'accessibilità economica, la sicurezza e l'idoneità dell'alloggio all'interno di quel sistema.

Questi tre pilastri possono influire direttamente sulla salute (ad esempio, l'accessibilità economica influisce sulla salute mentale) ^{43,44} e indirettamente attraverso il loro effetto sulla qualità degli ambienti domestici. La capacità dei sistemi abitativi di generare alloggi accessibili, sicuri e idonei può quindi essere sfruttata per strategie di prevenzione e intervento volte a migliorare la salute della popolazione.

Convenienza

L'alloggio è inaccessibile quando il suo costo in rapporto al reddito supera una determinata soglia. I costi dell'alloggio comprendono comunemente la somma di affitto o rate del mutuo, riparazioni e manutenzione della casa, ma spesso includono anche i costi di trasporto (ad esempio, per gli spostamenti) e quelli energetici. ⁴⁵⁻⁴⁷ L'importanza dell'accessibilità economica degli alloggi per la riduzione della povertà e la salute è stata ampiamente descritta. ⁴⁸

Un'ampia mole di prove descrive un effetto negativo dell'accessibilità economica degli alloggi in particolare sulla salute mentale e, in alcune giurisdizioni, potrebbe essere peggiore per le persone nel settore degli affitti. ⁴⁹ Le prove che collegano l'accessibilità economica alle condizioni di salute fisica sono meno chiare rispetto alla salute mentale, ed è probabile che i percorsi siano indiretti e operino attraverso la qualità degli ambienti domestici.

Sicurezza

La sicurezza abitativa è la garanzia che gli occupanti possano risiedere nelle loro case senza timore di sfratti forzati, molestie o altre minacce. Di conseguenza, la sicurezza abitativa è spesso legata al tipo di proprietà. ⁵⁰ L'alloggio sicuro comprende anche l'alloggio a prezzi accessibili, poiché gli elevati costi degli alloggi possono portare a trasferimenti indesiderati o forzati. Il termine "alloggio precario" viene spesso utilizzato quando l'accessibilità economica è un fattore determinante per l'insicurezza abitativa.

All'interno dei sistemi abitativi, la fornitura di reti di sicurezza sotto forma di edilizia sociale o pubblica sostenuta dal governo o in partnership con il settore privato o comunitario è un modo importante per promuovere il senso di sicurezza.

La sensazione di sicurezza, controllo, privacy, continuità e permanenza dell'alloggio come casa è legata al concetto di sicurezza ontologica: un senso di continuità e ordine, o sicurezza dell'essere. ⁵¹ Questi aspetti psicosociali di come le persone percepiscono la propria sicurezza abitativa sono strettamente connessi al loro benessere e alla loro salute. ⁵²

Studi recenti, condotti principalmente in contesti ad alto reddito, in particolare negli Stati Uniti, hanno dimostrato che le condizioni abitative insicure, tra cui la minaccia o l'esperienza di sfratto, influiscono negativamente sulla salute e sul benessere delle persone.

Questi effetti includono la salute mentale, ⁵³⁻⁵⁵ gli esiti del parto e la salute materna, ^{48,56} l'accesso e l'utilizzo dell'assistenza sanitaria, ⁵⁶ la mortalità, ⁵⁷ i comportamenti sessuali a rischio, ⁵⁸ il sonno, ^{59,60} e l'insicurezza alimentare. ⁶¹

Al contrario, un alloggio sicuro può fornire una base per massimizzare le opportunità di istruzione e lavoro e può portare a migliori risultati in termini di salute. L'accesso a un alloggio sicuro è un fattore chiave delle disuguaglianze sanitarie nei paesi ad alto reddito e gli interventi per aumentare la sicurezza abitativa (come la fornitura di alloggi sociali e comunitari) sono considerati cruciali per il reinsediamento dei rifugiati e per consentire alle persone di condurre una vita sana e produttiva. ^{62,63}

Idoneità

L'idoneità descrive la capacità di un'abitazione di soddisfare le esigenze specifiche dei suoi abitanti (ad esempio, in base alla loro età o capacità) e di mantenerne la salute, in genere per quanto riguarda la sua posizione, le sue condizioni, le sue dimensioni e il suo design. ⁶⁴

In quanto tale, si tratta di un concetto ampio che comprende elementi quali le proprietà fisiche di un'abitazione, l'accessibilità, l'adeguatezza culturale e la sostenibilità.

Sebbene le caratteristiche descritte nel framework come ambienti domestici e pericoli contribuiscano a determinare se un'abitazione sia adatta ai suoi occupanti, questi pericoli sono indipendenti e definiscono soglie per l'intera popolazione che possono essere utilizzate nella regolamentazione (ad esempio, obiettivi di temperatura interna per il comfort termico).

Il concetto di idoneità come pilastro dell'edilizia abitativa fa riferimento più in generale alla relazione tra le abitazioni e le esigenze specifiche degli occupanti.

Interazione tra pilastri del sistema abitativo, caratteristiche delle famiglie e posizione

L'accessibilità economica, l'idoneità e, in misura minore, la sicurezza di un alloggio possono spesso essere comprese solo in relazione alle caratteristiche del nucleo familiare residente. Ad esempio, la valutazione dell'idoneità di un alloggio richiede la considerazione delle esigenze specifiche degli occupanti, come l'età, la disabilità o le dimensioni del nucleo familiare.

Un appartamento con due camere da letto, ad esempio, sarebbe inadeguato per una famiglia numerosa composta da due adulti e cinque bambini, poiché non soddisfa le esigenze di spazio e privacy degli occupanti. Analogamente, l'accessibilità economica è determinata in parte dal reddito familiare e la stabilità abitativa può essere influenzata da una serie di caratteristiche del nucleo familiare. Inoltre, le caratteristiche dei residenti, come l'età, potrebbero influenzare l'impatto dell'alloggio sulla salute.

Lo svantaggio abitativo durante l'infanzia è associato a una cattiva salute durante l'infanzia e in età adulta.⁶⁵ Questa associazione sottolinea il ruolo cruciale dell'alloggio durante tutto il corso della vita, poiché le esperienze precoci possono avere effetti positivi e negativi a lungo termine sulla salute.

I bambini che vivono in condizioni abitative inadeguate potrebbero affrontare rischi immediati per la salute, come problemi respiratori,⁶⁶⁻⁷⁰ lesioni causate da strutture non sicure,⁷¹ o una maggiore suscettibilità alle infezioni dovuta al sovraffollamento.⁷²

La loro vulnerabilità all'ambiente circostante è legata alle fasi di sviluppo e al comportamento durante l'infanzia e l'adolescenza. Le avversità precoci (ad esempio, infezioni dovute all'esposizione a muffe) possono predisporre gli individui a problemi di salute cronici che persistono fino all'età adulta. Inoltre, l'instabilità abitativa durante l'infanzia, inclusi frequenti traslochi o la mancanza di una casa, può compromettere l'istruzione, le relazioni sociali e l'accesso all'assistenza sanitaria,⁷³ compromettendo ulteriormente i risultati sanitari a lungo termine.

Con l'avanzare delle diverse fasi della vita, gli effetti cumulativi delle cattive condizioni abitative possono manifestarsi in vari modi, da una maggiore suscettibilità ai disturbi mentali a tassi più elevati di malattie croniche. Infatti, le evidenze politiche indicano che i programmi abitativi hanno maggiori effetti a lungo termine se sperimentati durante l'infanzia.⁷⁴

La posizione, incluso l'accesso ai servizi, o il contesto geografico sono entrambi componenti dell'idoneità e interagiscono separatamente con l'accessibilità economica, la sicurezza e l'idoneità, in modi che possono influenzare la salute. La posizione dell'alloggio all'interno delle giurisdizioni e in relazione a servizi come trasporti, assistenza sanitaria, istruzione e occupazione gioca un ruolo cruciale nel definire l'accesso alla salute e alle risorse che la promuovono.⁷⁵ Un'abitazione ben posizionata può migliorare la qualità della vita riducendo i tempi di percorrenza,⁷⁶ migliorando l'accesso ai servizi essenziali e favorendo i legami con la comunità.

L'interazione con la posizione è complessa e sfaccettata. Ad esempio, una casa apparentemente conveniente in una zona remota potrebbe diventare meno conveniente se si considerano i costi di trasporto e l'accesso limitato ai servizi. Allo stesso modo, una proprietà ben posizionata potrebbe risultare inaccessibile per molti, con il rischio di sovraffollamento o condizioni di vita scadenti, poiché le famiglie cercano di rimanere in zone più ambite.

Un piccolo appartamento potrebbe offrire spazio sufficiente per una famiglia, ma solo se la superficie interna limitata è compensata dalla presenza di spazi pubblici e verdi nelle vicinanze.

I tre pilastri dell'alloggio, ovvero accessibilità economica, idoneità e sicurezza, sono anch'essi interconnessi. Un alloggio non accessibile può avere un impatto diretto e indiretto sulla sicurezza e l'idoneità abitativa attraverso meccanismi quali il rischio di sfratto, il sovraffollamento, la limitazione della scelta del quartiere e l'impatto sulla capacità di una famiglia di mantenere le condizioni della propria abitazione.⁶⁴

Incide anche su altri ambiti della vita, come la spesa familiare per cibo, carburante e assistenza medica,⁷⁷ che può comportare una serie di effetti negativi sulla salute e sul benessere, in particolare in relazione alla salute mentale.⁴³

Monitoraggio dell'accessibilità economica, dell'idoneità e della sicurezza a livello nazionale

Misure standardizzate di accessibilità economica, idoneità e sicurezza potrebbero essere utilizzate per monitorare la salute degli alloggi a livello internazionale. Ad esempio, basandosi sull'attuale [raccolta dati](#) dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico sull'accessibilità economica degli alloggi e utilizzando le misure disponibili per esaminare ciascun pilastro dell'edilizia abitativa, si potrebbe ottenere una panoramica delle variazioni giurisdizionali nei sistemi abitativi ([tabella 1](#)). ⁷⁸

L'esame della correlazione tra gli elementi con la funzione di correlazione di Pearson suggerisce che accessibilità economica e idoneità sono negativamente correlate ($-0,35$); analogamente, idoneità e sicurezza ($-0,26$). Questa correlazione negativa suggerisce che i decisori potrebbero scendere a compromessi, dando priorità all'accessibilità economica e alla sicurezza rispetto all'idoneità degli alloggi all'interno dei sistemi abitativi. In particolare, accessibilità economica e sicurezza sono positivamente correlate ($0,33$), suggerendo che sono caratteristiche abitative correlate e, di fatto, sono concetti interconnessi.

	Accessibilità: percentuale media del reddito familiare spesa per l'alloggio	Idoneità: tasso di sovraffollamento	Sicurezza: percentuale di edilizia sociale sul totale del patrimonio abitativo
Australia	23,2%	.	3,2%
Austria	24,1%	11,7%	23,6%
Belgio	25,7%	4,0%	4,2%
Bulgaria	18,4%	23,0%	.
Canada	25,0%	0,7%	3,5%
Chile	15,0%	9,3%	.
Colombia	15,0%	32,2%	0,0%
Costa Rica	15,6%	8,0%	.
Croazia	14,9%	22,9%	.
Cipro	16,8%	1,3%	.
Repubblica Ceca	26,0%	10,9%	3,6%
Danimarca	29,1%	8,4%	21,3%
Estonia	22,5%	12,6%	1,1%
Finlandia	29,7%	10,3%	10,9%
Francia	26,2%	7,4%	14,0%
Germania	24,6%	9,0%	2,6%
Grecia	19,2%	17,9%	.
Ungheria	22,6%	8,9%	2,6%
Islanda	23,2%	9,2%	11,1%
Irlanda	28,0%	2,8%	12,7%
Israele	25,0%	.	1,8%
Italia	24,8%	16,9%	2,4%
Giappone	26,0%	1,6%	3,1%
Corea del Sud	17,3%	4,0%	8,9%
Lettonia	21,3%	32,8%	1,9%
Lituania	16,4%	17,3%	0,8%
Lussemburgo	21,5%	4,8%	.
Malta	13,9%	1,1%	.
Messico	17,2%	30,0%	.
Paesi Bassi	23,4%	3,5%	34,1%

	Accessibilità: percentuale media del reddito familiare spesa per l'alloggio	Idoneità: tasso di sovraffollamento	Sicurezza: percentuale di edilizia sociale sul totale del patrimonio abitativo
Nuova Zelanda	26,5%	0,7%	3,8%
Norvegia	22,9%	7,0%	4,1%
Polonia	18,9%	28,4%	6,6%
Portogallo	17,3%	4,3%	1,1%
Romania	18,4%	24,9%	.
Slovacchia	30,3%	22,7%	2,5%
Slovenia	18,9%	8,5%	4,7%
Spagna	22,3%	3,8%	1,1%
Svezia	25,3%	15,7%	.
Svizzera	26,9%	5,0%	8,0%
Turchia	12,4%	23,8%	.
Regno Unito	26,5%	0,8%	16,4%
U.S.A.	18,2%	4,4%	3,6%
Media	21,8%	11,5%	7,1%

Tabella 1

Dati dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico sugli alloggi a prezzi accessibili, classificati in base ai pilastri dell'edilizia abitativa

I dati provengono dal set di dati sull'accessibilità economica degli alloggi dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico ([OCSE](#)) del 2022 o dal più recente disponibile.

I dati relativi a questi tre pilastri illustrano quanto i sistemi abitativi varino da un paese all'altro. Ad esempio, sebbene un paese come la Colombia ottenga un punteggio migliore in termini di accessibilità economica rispetto ad altre giurisdizioni come il Regno Unito e il Canada, presenta uno dei tassi più elevati di sovraffollamento e nessuna fornitura governativa di alloggi sociali (il che indica l'assenza di una rete di sicurezza), il che indica che la sicurezza e l'idoneità degli alloggi sono motivo di preoccupazione. Nei Paesi Bassi, la sicurezza e l'idoneità degli alloggi sono elevate, con oltre un terzo del patrimonio abitativo destinato all'edilizia sociale e bassi tassi di sovraffollamento. Tuttavia, le famiglie spendono, in media, circa un quarto del loro reddito per l'alloggio, una cifra superiore a quella di molte altre giurisdizioni. Considerare le informazioni su una serie di indicatori consente di identificare i paesi che offrono buoni standard abitativi e di ottenere informazioni utili per strategie mirate di riforma abitativa.

Ambienti domestici e pericoli

Le Linee Guida dell'OMS su edilizia abitativa e salute sono state importanti per stabilire una valutazione approfondita delle prove di ricerca e dei tipi di fattori all'interno delle case delle persone che proteggono o danneggiano direttamente la loro salute. [29](#)

Questi sono definiti ambienti domestici. Gli ambienti domestici sono i determinanti più prossimi degli effetti sulla salute correlati all'abitazione. La qualità dell'aria, la temperatura, la sicurezza, l'accessibilità, il rumore e l'esposizione a sostanze tossiche sono stati identificati come correlati alla salute degli occupanti ([figura 2](#)).

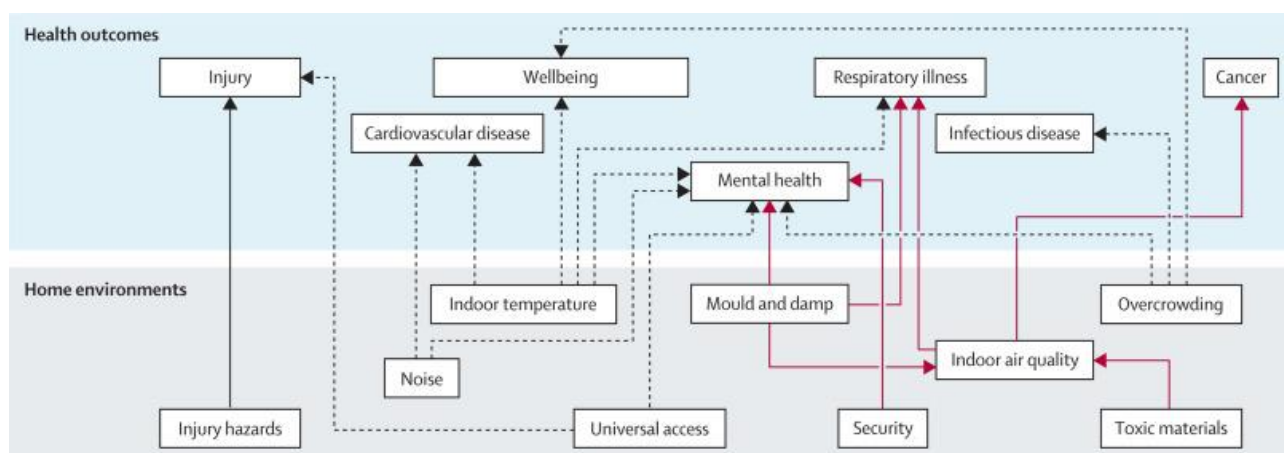


Figura 2 Percorsi tra ambienti domestici e salute

Per sfruttare appieno l'abitazione come determinante sociale positivo della salute, sono necessari dati. La necessità di dati completi sull'abitazione è una preoccupazione di lunga data. Già nel 1954, il Consiglio economico e sociale delle Nazioni Unite osservava che "la mancanza di statistiche relative all'abitazione nella maggior parte del mondo è uno dei principali ostacoli al perseguimento di un'azione concreta per migliorare le condizioni abitative". ⁷⁹

Sebbene siano stati compiuti alcuni progressi, permangono ostacoli sostanziali. Alcuni aspetti degli ambienti domestici, come la qualità dell'aria interna, la cottura con combustibili solidi in ambienti chiusi e l'accesso all'acqua pulita, sono inclusi nelle statistiche del Global Burden of Disease 2021, consentendo un confronto transnazionale su un sottoinsieme di indicatori ([tabella 2](#)). ⁸⁰

Per consentire il confronto tra i paesi utilizzando una metrica comune, l'onere complessivo della malattia viene valutato utilizzando gli anni di vita corretti per la disabilità (DALY). Si tratta di una misura basata sul tempo che combina gli anni di vita persi a causa di mortalità prematura (decesso prima dei 64 anni) e gli anni di vita persi a causa del tempo trascorso in condizioni di salute non ottimali, o gli anni di vita in buona salute persi a causa di disabilità.

Un DALY rappresenta la perdita dell'equivalente di un anno di piena salute. Questo confronto rivela un elevato carico di malattie associate alla combustione di combustibili solidi per cucinare e a condizioni igienico-sanitarie non idonee, in particolare nelle regioni dell'Africa e del Sud-Est asiatico.

Degne di nota sono anche le variazioni regionali nel carico di malattie attribuibili alle alte o basse temperature (ambientali), con le basse temperature che causano il carico maggiore nel Pacifico occidentale e in Europa, mentre le alte temperature causano il carico maggiore nelle regioni dell'Africa e del Sud-Est asiatico.

	Inquinamento atmosferico domestico dovuto alla combustione di combustibili solidi (% del totale globale)	Nessun accesso ai servizi di lavaggio delle mani (% del totale globale)	Servizi igienici non sicuri (% del totale globale)	Fonte d'acqua non sicura (% del totale globale)	Bassa temperatura ambiente (% del totale globale)	Temperatura ambiente elevata (% del totale globale)
regione africana	36 336 305·70 (40%)	21 773 939,00 (64%)	24 936·90 (60%)	732 34 080·30 (54%)	995 1 006 701·41 (4%)	3 198 303·09 (27%)
regione del Mediterraneo orientale	9 884 893·45 (11%)	3 144 316·76 (9%)	3 154·62 (10%)	963 7 538·89 (11%)	095 2 441 970·19 (9%)	1 947 226,89 (17%)
regione europea	774 999·17 (1%)	202 903·93 (1%)	281 728·97 (1%)	459 447·44 (1%)	6 434 314·57 (25%)	90 757·52 (1%)
Regione delle Americhe	1 934 120·14 (2%)	696 750·58 (2%)	741 120·37 (2%)	1 325 2 792·19 (2%)	920 161,02 (11%)	616 000,05 (5%)

	Inquinamento atmosferico domestico dovuto alla combustione di combustibili solidi (% del totale globale)	Nessun accesso ai servizi di lavaggio delle mani (% del totale globale)	Servizi igienici non sicuri (% del totale globale)	Fonte d'acqua non sicura (% del totale globale)	Bassa temperatura ambiente (% del totale globale)	Temperatura ambiente elevata (% del totale globale)
regione del Sud- Est asiatico	30 002 833·30 (33%)	7 493 001·05 (22%)	10 824 19 499 491·30 (26%)	543·40 (30%)	3 072 238·80 (12%)	5 086 268·88 (44%)
Regione del Pacifico occidentale	12 468 813·60 (14%)	727 654,88 (2%)	838 740·31 (2%)	1 673 10 055 515·52 (3%) (39%)	620·20	749 697·86 (6%)
Totale	91 401965·40 (100%)	34 038 566·20 (100%)	41 382 65 048 172·60 (100%)	917·74 (100%)	25 931 006·19 (100%)	11 688 254·29 (100%)

Tabella 2

Anni di vita aggiustati per disabilità attribuibili alle misure degli ambienti domestici

Tuttavia, per la maggior parte, i dati sono scarsi e vi è scarso consenso sugli standard di misurazione per molti ambienti domestici. Poiché la maggior parte delle misurazioni degli ambienti domestici non è standardizzata (ad esempio, non esiste una definizione fissa di soglie di comfort termico), non è possibile effettuare confronti tra giurisdizioni, il che limita la capacità di stimare appieno l'entità del carico sanitario correlato all'abitazione a livello globale.

Ad esempio, le indagini sulla muffa variano notevolmente nelle modalità di raccolta delle informazioni, rendendo difficile il confronto della prevalenza tra i diversi contesti. Il cambiamento climatico, incluso l'aumento del rischio di tempeste e inondazioni, rende la muffa ancora più importante da monitorare nel tempo.

In generale, quando gli standard vengono convalidati, è possibile quantificare il carico di malattia derivante dall'abitazione; ad esempio, la contaminazione da piombo nelle abitazioni e la sua correlazione con le concentrazioni di piombo nel sangue hanno consentito stime globali di pressione sanguigna elevata e disturbi dell'apprendimento. ⁸¹

In futuro, la valutazione di approcci basati sull'evidenza scientifica per l'ispezione di alloggi sani, la bonifica, il trattamento medico per malattie e infortuni correlati all'abitazione e le opzioni di finanziamento saranno tutte importanti priorità di ricerca. Si potrebbe sostenere che, in molti contesti, né il settore sanitario né quello dell'edilizia abitativa si concentrino sufficientemente sulla prevenzione di malattie e infortuni attraverso interventi abitativi.

Questa negligenza, inutilmente e in modo inefficiente, sposta i costi della cattiva salute da un alloggio inadeguato alla professione medica. Se un'abitazione non è stata bonificata, dimettere i pazienti ha poco senso. Pertanto, chiarire i costi e i benefici degli interventi per un'abitazione sana e ottimizzare i meccanismi esistenti di ispezione e miglioramento degli alloggi offre preziose opportunità per la ricerca.

Per quantificare gli effetti sulla salute degli interventi abitativi per il processo decisionale, i ricercatori hanno stimato il contributo dell'eliminazione delle abitazioni fredde alla riduzione del carico di malattie nella popolazione, all'aumento degli anni di vita futuri aggiustati per la salute e alla spesa del sistema sanitario, sulla base dell'utilizzo di un modello di simulazione strutturato che collega i fattori di rischio abitativo alle malattie e alla mortalità e morbidità per tutte le cause. ⁸²

In tal modo, gli effetti sulla salute dell'esposizione sono stati mappati in modo più dettagliato per le abitazioni fredde e la muffa sulla base di rigorose revisioni delle prove ([figura 3](#)). ²⁴ È importante notare che, in alcuni paesi, gli interventi abitativi vengono solitamente eseguiti come un pacchetto integrato, non uno alla volta. ² Questa integrazione rafforza i vantaggi dell'utilizzo di un quadro più ampio per considerare un'abitazione sana piuttosto che concentrarsi su singole esposizioni. Inoltre, non si dovrebbe ignorare la potenziale importanza di altri percorsi che sono stati meno studiati fino ad oggi (come l'effetto dell'accessibilità economica sulle decisioni sulla fertilità). ^{83,84}

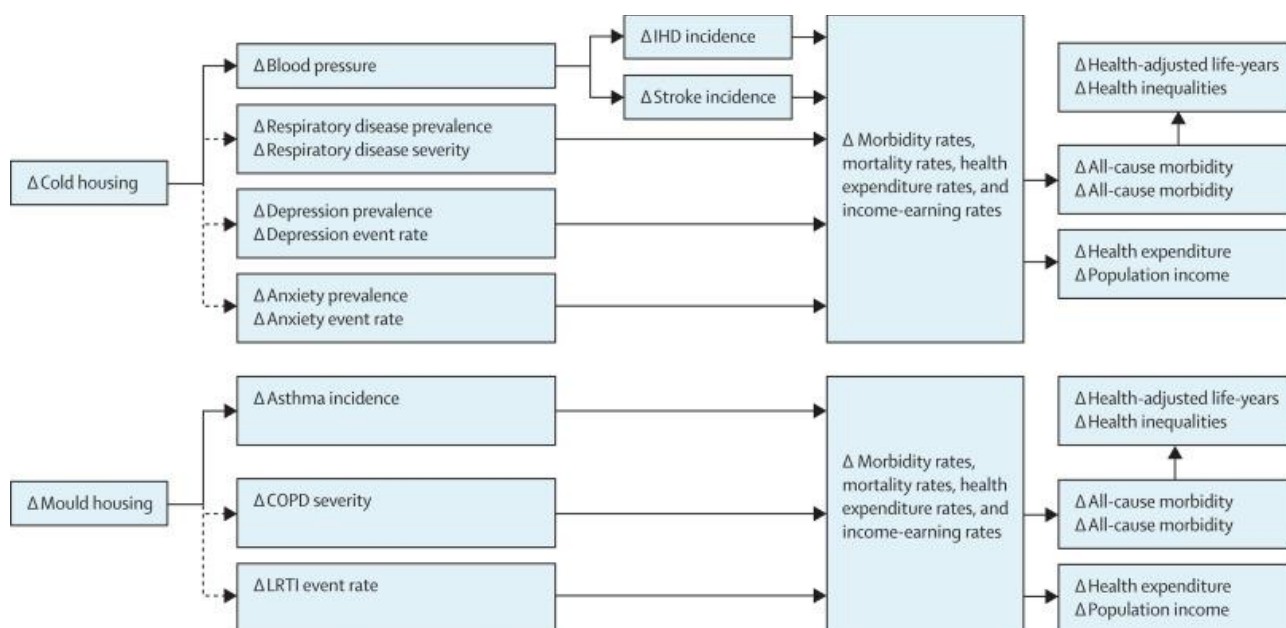


Figura 3 Effetti sulla salute degli alloggi freddi e della muffa

Conclusioni

Fornire alloggi a prezzi accessibili con servizi e utenze di base è una sfida prioritaria nel XXI secolo. Gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite includono obiettivi per garantire a tutti l'accesso a un alloggio adeguato, sicuro e a prezzi accessibili, nonché ai servizi di base, e per riqualificare le baraccopoli entro il 2030, con un indicatore chiave rappresentato da una percentuale ridotta di popolazione urbana che vive in baraccopoli, insediamenti informali o alloggi inadeguati.

L'OMS ha identificato la qualità dell'aria (interna ed esterna) e l'accessibilità economica degli alloggi come priorità nella definizione della propria agenda per la salute urbana. In tutte le giurisdizioni, l'entità dell'influenza privata e governativa sui sistemi abitativi, compresi i mercati immobiliari, è soggetta a legislazione, regolamentazione, pratiche di prestito, assicurazioni e codici di costruzione ed edilizia.

Per ottenere migliori condizioni abitative, è necessario agire sui numerosi livelli che influenzano l'accessibilità economica, la sicurezza e l'idoneità a livello internazionale nei paesi ad alto, basso e medio reddito.

È necessaria una migliore sorveglianza dei pilastri di un alloggio sano: con accessibilità economica, sicurezza e idoneità come fattori chiave. Fondamentale, per adottare una vera prospettiva sui determinanti sociali ed economici della salute e attuare cambiamenti strutturali su larga scala, è considerare le leve del sistema abitativo come la regolamentazione, i codici edilizi e la finanziarizzazione degli alloggi, che variano a seconda dei contesti e determinano le disuguaglianze.

Per fare ciò, è fondamentale sviluppare modalità che garantiscano in modo dimostrabile che le politiche abitative soddisfino i bisogni di salute, riconoscendo al contempo altre finalità sociali dei sistemi abitativi, tra cui i requisiti culturali e i guadagni di utilità. È essenziale creare un quadro di riferimento per la salute e l'edilizia abitativa, definire le esigenze di ricerca e implementare protocolli di ispezione e bonifica basati sull'evidenza che integrino i settori dell'edilizia abitativa e della salute attraverso la lente dei determinanti sociali della salute.

[https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(25\)00142-2/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(25)00142-2/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

Piano Salute Mentale: note critiche.

Angelo Barbato e Barbara D'Avanzo

Fornire cure di qualità non significa aderire a una lista predefinita di singoli interventi definiti efficaci. Questa è una concezione ormai inadeguata della medicina basata sulle evidenze. In salute mentale l'efficacia di qualunque intervento è relativa, e in genere abbastanza modesta. A questo proposito è utile ricordare che una recente revisione di letteratura concludeva che la più rilevante indicazione di efficacia si riscontra non in uno specifico intervento, ma in una strategia complessiva del servizio, cioè quella dell'inclusione sociale.

Il Ministero della salute ha trasmesso alla Conferenza Unificata il nuovo Piano di Azione Nazionale per la salute mentale 2025-2030, predisposto dal Tavolo tecnico istituito nel 2023, che integra e rivede in modo sostanziale il Piano precedente, che risaliva al 2013. Nonostante sia stato inviato in accordo tra Governo e Regioni con la raccomandazione di recepirlo, alcuni gruppi tecnici interregionali hanno già sollevato una serie di osservazioni, per cui più che un punto di arrivo, sembra una proposta ancora da rivedere. Si preannuncia quindi un dibattito approfondito. In questa fase preliminare vogliamo dare un contributo individuando e discutendo alcuni aspetti del Piano, soprattutto quelli più strettamente legati a indicazioni operative.

Il testo si compone di una breve introduzione e sei capitoli, che evidentemente secondo gli estensori rappresentano le aree più importanti sulle quali dare indicazioni, e che sono le seguenti:

- Salute mentale e percorsi di promozione, prevenzione e cura
- Salute mentale in infanzia e in adolescenza, transizione dai servizi per l'infanzia e l'adolescenza ai servizi per l'età adulta, accesso e continuità di cura
- Salute mentale per le persone detenute/imputabili e per le persone affette da disturbi mentali autrici di reato in misura di sicurezza
- Risk management e sicurezza
- Integrazione socio-sanitaria
- Formazione e ricerca.

Nell'introduzione la questione della salute mentale viene correttamente inquadrata come una componente importante dell'approccio *one health* nell'ambito di una concezione unitaria del bisogno di salute fondata sulle evidenze scientifiche (*Evidence Based Medicine*) e sul rispetto della dignità e dei valori umani (*Value Based Medicine*).

Come cornice di riferimento del Piano sono indicati due documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Comprehensive mental health action plan, WHO 2021) **e dell'Unione Europea** (A comprehensive approach to mental health, European Commission 2023). Sono documenti ricchi di suggerimenti, a cui sarebbe però opportuno aggiungere il rapporto successivo dell'OMS, che fornisce indicazioni più stringenti sulle necessità di trasformazione dei servizi di salute mentale (World mental health report: transforming mental health for all, WHO 2022).

I dati del Sistema Informativo Salute Mentale per il 2023 citati dal Piano vengono giustamente definiti allarmanti, in quanto hanno confermato una tendenza già in atto da anni, cioè la riduzione delle strutture territoriali, del personale e delle risorse, con conseguente calo degli interventi.

E' una notazione importante, che però è destinata a rimanere isolata nell'introduzione, senza che le successive indicazioni operative ne tengano conto, anche perché nella premessa al testo è detto chiaramente che *"alle attività previste dal presente accordo si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e*

finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi e maggiori oneri a carico della finanza pubblica”.

Nei singoli capitoli l’identificazione delle aree più rilevanti per gli obiettivi complessivi del Piano appare già a prima vista squilibrata. Colpisce che due dei sei capitoli, un terzo del documento, siano dedicati a temi connessi alla sicurezza, sia riguardo ai problemi di salute mentale degli autori di reati sia riguardo alla gestione dei rischi associati all’erogazione degli interventi nei servizi. Si tratta non solo di un’attenzione sproporzionata rispetto all’impatto effettivo di questi aspetti sulle problematiche complessive del settore, ma anche di un modo per definire rischio e pericolosità elementi intrinsecamente associati ai disturbi mentali, smentendo l’affermazione contenuta nella premessa e ribadita nel capitolo sull’integrazione socio-sanitaria, riguardante l’importanza di combattere lo stigma.

Al di là dell’utilità delle specifiche procedure indicate, rimane l’impronta derivante dall’adesione, più o meno consapevole, a un paradigma securitario suscettibile di aggravare i problemi che dovrebbe risolvere.

Il cuore del documento è il primo capitolo, dedicato ai percorsi di promozione, prevenzione e cura. Benché molte indicazioni siano condivisibili, vi sono alcuni aspetti importanti del modello presentato che suscitano perplessità. E’ importante che il capitolo si apra con la sottolineatura dell’importanza della promozione e della prevenzione, ma **è discutibile indicare che la prevenzione vada realizzata in primo luogo intervenendo sugli stili di vita individuali**, lasciando in ombra attraverso una frettolosa menzione finale la prevenzione collettiva sulle determinanti sociali e relazionali, che richiede una forte integrazione socio-sanitaria e non può essere realizzata in modo prevalente o esclusivo dai servizi specialistici di salute mentale. Pertanto, rispetto all’ambito di azione della prevenzione, è riduttivo e fuorviante dire che il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) ha il compito di porre in essere tutte le azioni tese a garantire la prevenzione con al centro la persona. In questo senso il documento non sembra avere beneficiato di una lettura attenta della recente ricca letteratura sulle determinanti sociali della salute mentale e sulla necessità di integrare l’equità nell’implementazione dei risultati della ricerca e di ispirare la ricerca stessa al valore dell’equità (Kirkbride et al, 2024; McGinty, 2024).

Parlando di prevenzione, sarebbe inoltre utile sottrarla ad un insieme confuso di interventi e strategie, e organizzare il discorso tenendo presenti i livelli in cui la prevenzione si declina e in cui dovrebbero collocarsi gli interventi e le strategie da realizzare, cioè primaria, secondaria e terziaria, e all’interno della prima, che si occupa di prevenire il verificarsi di eventi sfavorevoli, prevenzione universale, selettiva e indicata. Sarebbe strategico far sì che i DSM e la rete dei servizi territoriali realizzassero strategie di prevenzione inquadrare in una visione complessiva, in modo che non si esauriscano in interventi puntuali e sconnessi fra loro, né monitorati nei loro effetti. In questo senso si potrebbe pensare a istituire qualcosa che attualmente non esiste e che si occupi di prevenzione nel senso della visione sistemica *one health*, che abbia le competenze per distinguere interventi preventivi opportuni, efficaci, applicabili, scalabili, riducendo la quota di arbitrarietà e di casualità che spesso li contraddistingue.

Può essere pericoloso associare la prevenzione che riguarda gli stili di vita a quella sui determinanti sociali, come se i determinanti sociali (povertà, disoccupazione, istruzione scarsa, famiglia monoparentale) fossero, in ultima analisi, causa di stili di vita inadeguati e non salutari (rafforzando surrettiziamente lo stigma) e, allo stesso tempo, riducendo il tema dei determinanti sociali al problema degli stili di vita. Su questo, sarebbe utile esprimersi in modo più chiaro.

Per le persone con disturbi mentali vengono indicati tre modelli organizzativi per governare il percorso assistenziale, la cui attuazione è responsabilità del DSM, che deve essere integrato e inclusivo:

- la collaborazione/consulenza tra servizi di salute mentale, medicina generale, servizi psicologici o sociali e scuola per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche continuative;
- l’assunzione in cura, cioè percorso di trattamento per gli utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non di interventi complessi e multiprofessionali;

- la presa in carico, un percorso di trattamento integrato per gli utenti che presentano bisogni complessi, necessitano di una valutazione multidimensionale e l'intervento di diversi profili professionali, nel contesto di un approccio assertivo che prevede il recupero del rapporto con gli utenti persi di vista.

Per l'attuazione pratica dei percorsi di cura così definiti si indica l'opportunità di offrire servizi a livelli di intensità crescente:

- Consultazione ed assistenza primaria garantita all'interno delle Case di Comunità in stretta collaborazione con i MMG e tutti gli operatori che svolgono attività di individuazione precoce e primo intervento secondo le modalità di attuazione del DM 77/2022.
- Presa in carico per episodio di cura o per progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati a lungo termine, assicurati dai Centri di Salute Mentale e dagli altri servizi territoriali del DSM.
- Assistenza specialistica in ambito ospedaliero o residenziale, garantita dai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), dai reparti di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA), da unità di offerte ospedaliere dedicate alla disintossicazione da alcol o sostanze, dalle strutture residenziali terapeutiche specifiche, dai presidi per le dipendenze e di psichiatria penitenziaria nelle case circondariali e negli istituti penali minorili.
- Reti specialistiche di Area Vasta, regionali o interregionali, comprendenti servizi sovrazionali per i Disturbi dell'alimentazione e della Nutrizione, Residenze per la Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), Centri di riferimento sovrazionali per i disturbi neuropsichici dell'età evolutiva e servizi specialistici per le disabilità intellettive e l'autismo.

Benché sia importante dire che il DSM deve essere integrato e inclusivo, riconoscendo che il primo livello di intervento si svolge nell'ambito delle cure primarie e assegnando al DSM (anche se non esplicitamente detto) il ruolo di servizio territoriale specialistico di secondo livello, alcuni dettagli indicano che le cose non sono del tutto chiare. Infatti, nel primo livello, quello che coinvolge le cure primarie, è previsto che l'operatività vada garantita da una équipe in cui siano presenti lo psichiatra, lo psicologo psicoterapeuta, l'infermiere e l'educatore professionale. Sembra a tutti gli effetti una colonizzazione da parte del DSM dell'assistenza primaria, che appare oltretutto difficilmente attuabile con le risorse attuali. Quanto allo psicologo, è vero che nelle cure primarie è prevista la presenza dello psicologo di primo livello, ma secondo il Piano fa parte dell'organico del DSM e non appartiene, come dovrebbe essere, all'Unità Complessa di Cure Primarie.

Il modello della *stepped care*, citato come riferimento per l'integrazione tra DSM e Cure Primarie, è stato frainteso. Il Piano assume la *stepped care* come una modalità di intervento del DSM. Il modello *stepped care* parte in realtà dal presupposto che i disturbi mentali comuni e tutte le forme di disagio psicologico non riassumibili nelle categorie diagnostiche della psichiatria hanno un impatto epidemiologico sulla popolazione di tale rilevanza da richiedere una risposta che si deve concretizzare con l'offerta anzitutto nelle cure primarie di un approccio personalizzato e graduale, basato su livelli di intensità crescente di interventi psicosociali e psicologici, a partire dalla promozione dell'auto-mutuo aiuto fino a psicoterapie brevi e terapie combinate, ricorrendo ai servizi specialistici del DSM per i casi più complessi. Questo richiede un'autonomia e una capacità di iniziativa delle cure primarie basata sulle competenze da parte degli operatori nell'individuare e valutare la gravità del disagio psicologico e di operare a vari livelli di intervento, con l'inserimento nei gruppi di lavoro multidisciplinari di professionisti qualificati in psicologia clinica. Tale modello, lontano da quello presentato in questo documento, è stato proposto dalla *Consensus Conference* italiana sulle terapie psicologiche per ansia e depressione (Istituto Superiore di Sanità, 2022), ma non sembra sia stato recepito.

Peraltro l'importanza giustamente assegnata al DSM non corrisponde a una cura adeguata nel definirne il modello organizzativo e l'articolazione interna. In questo senso, andrebbe ribadita la scelta di una rete integrata di servizi collocati nella comunità, relativamente piccoli, diffusi e facilmente accessibili, destinati a un territorio di riferimento ben definito, con dimensioni territoriali non eccessive, per consentire un'interazione effettiva con la comunità, i servizi sociali e le cure primarie. Un DSM per una ASL, suddiviso in unità territoriali complesse per ogni distretto, sembra una dimensione adeguata. La rete del DSM deve fornire

l'intera gamma degli interventi di tutela della salute mentale, contribuendo alla prevenzione e supportando le cure primarie, fino ad erogare direttamente trattamenti, cura e riabilitazione nelle situazioni più complesse. I servizi comunitari devono essere in grado di coprire nel loro bacino di utenza tutti gli ambiti di intervento: ricoveri ospedalieri, terapie ambulatoriali e domiciliari, residenzialità con vari livelli di assistenza, supporto all'abitare, al lavoro e all'educazione. Tutte le articolazioni del DSM devono fornire interventi di qualità sostenuti da evidenze e offrire livelli alti di specializzazione quando sia necessario

Indicare che l'assistenza specialistica è una caratteristica riservata ai servizi ospedalieri o residenziali è quindi inesatto, soprattutto perché l'erogazione delle cure all'utenza deve avvenire nell'ambito di un PDTA unico, modulato in modo da comprendere diversi contesti di cura senza separazioni e barriere tra servizi. Sarebbe opportuno specificare che anche le REMS devono essere integrate nei dipartimenti.

Fornire cure di qualità non significa aderire a una lista predefinita di singoli interventi definiti efficaci. Questa è una concezione ormai inadeguata della medicina basata sulle evidenze. In primo luogo in salute mentale l'efficacia di qualunque intervento è relativa, e in genere abbastanza modesta. Questo implica che anche l'uso di interventi ritenuti efficaci va comunque sempre sottoposto a monitoraggio e verifica nelle singole situazioni e nei contesti reali di cura e presa in carico. Inoltre, gli interventi non vanno di solito erogati isolatamente, ma nel contesto di un progetto di cura integrato la cui qualità non è il risultato della somma delle singole componenti. Il breve elenco di interventi psicosociali di efficacia comprovata contenuto nel documento va considerato quindi come indicativo e andrebbe inquadrato nella consapevolezza di quanto detto sopra, e dovrebbe in ogni caso essere integrato colmando alcune omissioni, come quella del supporto tra pari, che non è incluso, anche se è menzionato nel capitolo sull'integrazione socio-sanitaria. A questo proposito è utile ricordare che la recente revisione di letteratura di Killaspy et al (2022), fornendo una sintesi delle ricerche in questo campo, concludeva che la più rilevante indicazione di efficacia si riscontra non in uno specifico intervento, ma in una strategia complessiva del servizio, cioè quella dell'inclusione sociale.

Un'ultima considerazione sul DSM riguarda le risorse. Il Piano fa riferimento agli standard per l'assistenza territoriale dei servizi di salute mentale definiti dalla Conferenza Stato Regioni del 2022 e non si pronuncia sulle risorse finanziarie, salvo un accenno opportuno all'uso del budget di salute per la progettualità condivisa tra ASL e Comuni. Sugli standard di personale va riconosciuto che quelli decisi nel 2022, peraltro mai completamente attuati, sono inadeguati nella situazione attuale e vanno quindi rivisti.

Sul finanziamento dei servizi, la quota del 3,49% destinata alla salute mentale nel nostro paese non solo è inferiore all'impegno di portarla al 5% concordato recentemente tra Stato e Regioni, ma è al di sotto della soglia minima per consentire la sopravvivenza di un servizio di salute mentale degno di questo nome. Pur essendo consapevoli che la quantità non necessariamente diventa qualità, riteniamo impensabile che il Piano non suggerisca soluzioni, sia pure graduali, a questo problema.

In conclusione, l'attenzione agli aspetti critici che abbiamo sollevato forse non rende giustizia a una serie di contenuti condivisibili del documento, per esempio l'attenzione dedicata alla formazione e alla ricerca, ma riteniamo che rivederli possa servire a fare del Piano uno strumento propulsivo a favore del cambiamento.

Angelo Barbato e Barbara D'Avanzo, Dipartimento di Politiche per la Salute, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano

<https://www.saluteinternazionale.info/2025/09/il-piano-salute-mentale-note-critiche/>

Legge 104 e caregiver: tutte le novità tra permessi, congedi e smart working

Le novità introdotte per i caregiver dalla legge 104 rappresentano un passo avanti importante, ma secondo l'avvocato Alessia Maria Gatto non sono ancora sufficienti per rispondere pienamente ai bisogni delle persone con disabilità e delle loro famiglie, rendendo necessario un maggiore sostegno economico, flessibilità lavorativa e aggiornamento delle procedure di valutazione

Isabella Faggiano

Le recenti modifiche alla Legge 104 e le nuove misure dedicate ai caregiver familiari rappresentano un passo importante per il sostegno delle persone con disabilità e delle loro famiglie.

Tra le novità più rilevanti ci sono le ulteriori 10 ore di permesso retribuito introdotte dal 1° gennaio 2026, il congedo fino a due anni senza stipendio ma con conservazione del posto e accesso prioritario allo smart working, e la riforma del sistema di valutazione dell'invalidità civile, che punta a superare il modello medico tradizionale a favore di un approccio bio-psico-sociale.

L'avvocato **Alessia Maria Gatto**, componente del Centro Studi Giuridici e Sociali di Anffas Nazionale, in un'intervista a *Sanità Informazione*, analizza criticità e potenzialità di queste misure, evidenziando la necessità di un quadro organico e strutturato per valorizzare e sostenere il ruolo del caregiver familiare.

Permessi retribuiti: un segnale importante, ma non sufficiente

Secondo l'avvocato Alessia Maria Gatto, "le **ulteriori 10 ore di permesso retribuito** introdotte dal 1° gennaio 2026 rappresentano un passo avanti e possono essere considerate un positivo segnale di attenzione nei confronti delle persone con disabilità e dei familiari. Tuttavia, non bastano a rispondere in modo realmente esaustivo ai bisogni quotidiani di queste famiglie, che affrontano frequenti accessi a strutture pubbliche e private per visite, interventi riabilitativi e colloqui con scuola e servizi socio-sanitari". Gatto sottolinea l'importanza di inserire questa misura "all'interno di un quadro organico e strutturato, che valorizzi e sostenga il caregiver familiare, rafforzando le misure in grado di garantire la conciliazione tra esigenze lavorative e di cura".

Beneficiari e limiti della normativa

Sulla platea dei beneficiari, Gatto evidenzia un limite: "Il diritto ai permessi retribuiti è riconosciuto al lavoratore che assiste un figlio minorenni con patologie oncologiche o invalidità $\geq 74\%$."

La misura dovrebbe, almeno, estendersi anche ai figli maggiorenni, ai quali i genitori continuano a garantire assistenza per tutta la vita". Per quanto riguarda i minori senza patologie oncologiche, l'avvocato osserva che "non è chiaro come sarà individuata la platea degli aventi diritto. Nei verbali di accertamento dell'invalidità civile non compare alcuna percentuale ma l'indicazione di 'difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età' o i requisiti per l'indennità di accompagnamento. Solo dai 15 anni, ai fini dell'inclusione lavorativa, si indica una percentuale di riduzione della capacità lavorativa".

Conciliare lavoro e cura: le difficoltà dei caregiver

Gatto spiega che "le principali difficoltà delle famiglie nel conciliare lavoro e cura riguardano la continuità e l'intensità dell'impegno assistenziale, che spesso sopperisce alle lacune del sistema di welfare e si scontra con i tempi e le rigidità del lavoro dipendente. Per le persone con disabilità intellettive e disturbi del neurosviluppo, oltre all'assistenza per terapie e visite, **è necessario un supporto costante nella vita quotidiana** per garantire inclusione sociale e qualità della vita". "I caregiver, quando non riescono a conciliare lavoro e assistenza, spesso devono ridurre l'orario o rinunciare all'attività lavorativa, subendo penalizzazioni retributive e previdenziali", aggiunge. Sulla legge 104, Gatto sottolinea che "i permessi rimangono strumenti fondamentali, ma occorre rafforzare la flessibilità oraria e il ricorso al lavoro agile, che in molti casi rappresenta l'unica possibilità di conciliare efficacemente lavoro e cura. La Corte di Giustizia europea ha recentemente riconosciuto ai caregiver il diritto ad 'accomodamenti ragionevoli' sul posto di lavoro".

Accesso ai benefici e iter burocratico

Per quanto riguarda l'accesso ai permessi, Gatto osserva che **"è necessaria una percentuale di invalidità civile superiore al 33%",** ma molte famiglie denunciano tempi lunghi e complessità burocratiche. La riforma del d.lgs. 62/2024 ha razionalizzato il sistema, accorpando tutte le valutazioni (invalidità civile, legge 104/92, disabilità lavorativa, gravissima/non autosufficienza) in un'unica valutazione. L'iter, affidato interamente all'Inps, prevede tempi certi di 90 giorni dall'invio del certificato medico introduttivo".

Aggiornamento delle tabelle e nuovo modello bio-psico-sociale

Gatto auspica che "le tabelle sulle residue capacità lavorative, ancora legate a un modello medico tradizionale e mutuato dal sistema assicurativo americano, vengano progressivamente superate.

Con il **nuovo modello bio-psico-sociale**, previsto dal d.lgs. 62/24, entro novembre 2026 saranno aggiornati criteri e modalità di accertamento dell'invalidità civile, cecità, sordità e sordocecità, partendo da patologie come autismo, sclerosi multipla, diabete mellito tipo 2, cardiopatie, broncopatie, artrite reumatoide e malattie oncologiche".

Congedo senza stipendio e inclusione lavorativa

Sulla nuova misura del congedo fino a due anni senza stipendio ma con conservazione del posto e accesso prioritario al lavoro agile, Gatto spiega che "rappresenta una garanzia occupazionale significativa, ma trasferisce interamente alle famiglie il sacrificio economico di una scelta spesso non libera, creando il rischio di disuguaglianze. Sarebbero auspicabili correttivi come un'indennità anche parziale e la copertura contributiva figurativa dell'intero periodo". Infine, l'avvocato sottolinea l'importanza di **"investire in una cultura organizzativa inclusiva nelle aziende e nelle pubbliche amministrazioni**, che vada oltre il mero adempimento normativo, riconoscendo la conciliazione tra lavoro e cura come un valore reale e condiviso".

<https://www.sanitainformazione.it/legge-104-e-caregiver-tutte-le-novita-tra-permessi-congedi-e-smart-working/>

Nursing

quotidiano**sanità**.it

Professionisti in fuga dal Ssn: basta "una tantum", servono riforme strutturali

Annalisa Silvestro, Responsabile nazionale del Coordinamento delle Professioni sanitarie e sociosanitarie FIALS

Leggendo le prime indiscrezioni sulla prossima legge finanziaria, pare che Governo e Regioni abbiano deciso di provare a frenare, o quantomeno minimizzare, le uscite dai luoghi della sanità pubblica. Bisogna evitare nuove fughe e fare in modo che il messaggio lanciato da chi è operativo nel Ssn — soprattutto infermieri — non scoraggi i giovani nel momento della scelta del proprio percorso formativo universitario.

22 SET - E alla fine il messaggio è arrivato: forte, chiaro e inequivocabile. Basta parole e promesse evanescenti. Ce ne andiamo. Non ne possiamo più di stipendi che non riconoscono il nostro impegno etico e professionale, la nostra preparazione, la nostra dedizione, il nostro essere professionisti seri, responsabili, attenti alle necessità dei nostri assistiti e delle loro famiglie.

E allora cerchiamo altri approdi, altri riconoscimenti economici, altri modelli di conciliazione tra vita e lavoro. Altri luoghi in cui essere professionisti sanitari abbia valore, visibilità e gratificazione — economica e sociale. Leggendo le prime indiscrezioni sulla prossima legge finanziaria, pare che Governo e Regioni abbiano deciso di provare a frenare, o quantomeno minimizzare, le uscite dai luoghi della sanità pubblica.

Bisogna evitare nuove fughe e fare in modo che il messaggio lanciato da chi è operativo nel SSN — soprattutto infermieri — non scoraggi i giovani nel momento della scelta del proprio percorso formativo universitario. Il sistema sanitario ha bisogno di giovani che scelgano consapevolmente, e siano sostenuti e incentivati a farlo, il corso di laurea in infermieristica, per dare credibilità e forza alla progettualità sanitaria e assistenziale del prossimo futuro, soprattutto a livello territoriale e domiciliare.

Ma sarà sufficiente ciò che viene ipotizzato, e auspicabilmente realizzato?

No. Decisamente no, se si tratterà dell'ennesima misura "una tantum".

Sì. Decisamente sì, se sarà pensato come un primo step, cui dovranno seguire ulteriori interventi sui diversi fronti che compongono il sistema sanitario-assistenziale: la formazione dei futuri e attuali professionisti, la riorganizzazione delle strutture e delle unità operative, la gestione integrata dei processi clinico-assistenziali, la coerenza tra offerta e una domanda sempre più strutturata in base ai bisogni assistenziali mutati della collettività, e quindi sulla base dei risultati e della loro efficacia.

Il Governo potrà dimostrare — non solo con la finanziaria, ma anche con la nuova riforma delle professioni sanitarie — di voler perseguire una reale integrazione operativa, ridisegnando i perimetri professionali e gli orientamenti organizzativi e gestionali. Dovrà riconoscere e valorizzare l'apporto di tutti, superando logiche meramente gerarchiche che non garantiscono più né efficienza né efficacia.

Le Regioni, dal canto loro, potranno dimostrare una specifica attenzione verso il proprio capitale umano: da una parte, attraverso l'applicazione di logiche contrattuali strutturate, attuabili e prive di ambiguità; dall'altra, predisponendo e attuando vere riorganizzazioni clinico-assistenziali, soprattutto sul territorio e nella domiciliarità.

In questo modo sarà evidente che l'obiettivo gestionale non è garantire una mera sommatoria di prestazioni — spesso attraverso scorciatoie professionali —, ma costruire e sostenere percorsi di integrazione capaci di rispondere tanto ai bisogni degli assistiti quanto alle giuste aspettative dei professionisti e degli operatori.

Anche i Sindacati dovranno dimostrare di voler accompagnare i lavoratori nei cambiamenti, assicurando un'interrelazione costante tra diritti, doveri e aspettative economiche, professionali e sociali, contemperando le esigenze di tutte le parti in causa.

È quindi auspicabile che tutti gli attori del sistema salute si muovano coralmemente per innovare, valorizzare i professionisti e garantire ai cittadini risposte certe, efficaci e tempestive.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=132094

quotidianosanità.it

Riconoscere la dignità delle professioni sanitarie per salvare il Ssn

Mattia La Rovere Petrongolo

11 SET - *Gentile Direttore,*

la tenuta del Servizio Sanitario Nazionale è oggi una delle grandi questioni irrisolte del nostro tempo. Non si tratta più di affrontare una crisi settoriale, ma di rispondere a un'emergenza sistemica che interroga le fondamenta stesse del nostro patto sociale e costituzionale.

Mancano oltre 60.000 infermieri negli ospedali pubblici italiani. I corsi di laurea in Infermieristica, sebbene potenziati rispetto al passato, non riescono più ad attrarre né a trattenere: molti posti restano vacanti, e il tasso di abbandono è elevato già nel primo anno di studi. A questo si aggiunge l'insufficienza del ricambio generazionale e l'inarrestabile fuga dal servizio pubblico, verso la libera professione o l'estero. Tra il 2017 e il 2023 si contano oltre 7.700 fuoriuscite volontarie verso il privato, mentre almeno 3.000 professionisti hanno lasciato il Paese nel solo 2023. È il segno inequivocabile di un sistema che, così com'è, non è più in grado di garantire attrattività, stabilità, né tanto meno fiducia.

Ma non è solo una questione numerica o funzionale. Qui è in gioco il riconoscimento della dignità del lavoro di cura. È in gioco il rispetto concreto di quel principio di uguaglianza sostanziale sancito dall'art. 3 della Costituzione, e il dovere della Repubblica di rimuovere gli ostacoli che impediscono il pieno sviluppo della persona umana. Quando chi si prende cura degli altri lavora in condizioni di precarietà materiale, di disorganizzazione cronica, di invisibilità professionale, allora non siamo di fronte solo a un problema organizzativo, ma a una profonda ingiustizia sociale.

Per questo, ogni riforma che voglia essere credibile non può limitarsi a un aumento delle retribuzioni, pur necessario. Occorre andare oltre. Occorre restituire alle professioni sanitarie — in particolare a quella infermieristica — una prospettiva, un ruolo, un destino pubblico. Servono percorsi di carriera reali e strutturati, specializzazioni riconosciute giuridicamente e contrattualmente, condizioni di lavoro sicure, ambienti organizzativi dotati di personale di supporto, e una piena valorizzazione delle competenze, anche ai fini dell'autonomia decisionale e gestionale.

È tempo di immaginare un nuovo modello di sanità pubblica: fondato non sulla logica dell'emergenza e del contenimento, ma su quella della cura del capitale umano, della programmazione, della giustizia intergenerazionale. Un sistema capace di riconoscere che un infermiere formato, motivato e rispettato non è un costo, ma un presidio di civiltà. Che una retribuzione dignitosa non è un premio, ma un diritto. Che il lavoro nella sanità non può più essere visto come sacrificio, ma come scelta professionale pienamente compatibile con una vita degna di essere vissuta.

Chi opera nella sanità pubblica, ogni giorno, rappresenta lo Stato nel suo volto più umano. Rappresenta la mano tesa della Repubblica, la concreta attuazione dell'art. 32 Cost. E allora è tempo che lo Stato, a sua volta, torni a farsi garante della dignità di chi cura, di chi assiste, di chi veglia.

Non basta più ripetere che la sanità è una priorità. Occorre dimostrarlo. Con atti normativi chiari, con investimenti veri, con scelte coraggiose. Serve una visione che guardi lontano, che ricostruisca il prestigio sociale e istituzionale delle professioni sanitarie, che rimetta al centro la persona — del paziente e del professionista. Solo così potremo non solo salvare il Servizio Sanitario Nazionale, ma rifondarlo sulle basi di una nuova alleanza tra istituzioni, cittadini e professionisti. Una sanità che non sia più terreno di rinunce, ma orizzonte di speranza.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=131830

quotidianosanità.it

C'è PAI e PAI: dal Piano Assistenziale Individualizzato al Progetto Assistenziale Integrato

Giuliana Morsiani, Infermiera PhD

Letizia Nava, Infermiera coordinatore

11 SET - Gentile Direttore,

quando pensiamo agli infermieri a cosa pensiamo di preciso? A delle persone che corrono avanti e indietro per soddisfare le esigenze delle persone ricoverate? A persone stanche che insieme ai medici fanno cose, più o meno di fretta, per mettere in sicurezza il reparto? O magari pensiamo agli infermieri in auto che vanno da una casa all'altra occupandosi di tante persone e delle loro famiglie o pensiamo agli infermieri del 118 che nel più breve tempo possibile salvano vite e stabilizzano il paziente?

Ebbene, pensiamo direttamente a ciò che vediamo di più immediato, ossia prestazioni, interventi assistenziali e raramente pensiamo al ragionamento che c'è dietro e alla complessità del processo infermieristico.

Se fossimo nel 1980 sarebbe accettabile una coscienza collettiva sociale che vede l'infermiere come un compitiere, ma oggi nella complessità del 2025 con alle porte delle camere dei nostri malati l'umanoide o il robot che dispensa terapie come un cameriere al ristorante, serve fare un passaggio più profondo e paradigmatico, che restituisca alla nobile professione assistenziale il valore che merita.

Le direzioni verso cui volgere le nostre risorse oggi, sono ampiamente delineate verso la creazione di salute nella comunità, lo sviluppo di un empowerment individuale, familiare e comunitario per sostenere una cronicizzazione di tante situazioni patologiche e di malessere che bussano alle porte di ciascuno di noi.

È un cambiamento complessivo nel modo di fare assistenza e curare le persone perché implica un passaggio culturale rivoluzionario per tutti che è quello di guardare alla salute piuttosto che alla malattia, ovvero guardare il bicchiere mezzo pieno piuttosto che quello mezzo vuoto.

Significa sostanzialmente passare dal paradigma patogenetico alimentato dalla dottrina post positivista verso il paradigma salutogenico.

Da più voci si è detto che il modello positivista non regge più perché la realtà costituita da livelli distinti non può essere governata da una sola logica con la pretesa di organizzare la conoscenza del mondo secondo un unico metodo. Lo sguardo va quindi rivolto alla dottrina della complessità la cui comprensione e traduzione in pratica fatica ad essere acquisita perché richiede un nuovo modo di ragionare, nuovi modi di formulare i sentieri del pensiero e delle relazioni. Nella prospettiva della complessità la conoscenza delle parti non è sufficiente a spiegare il funzionamento del tutto e necessita inevitabilmente che i diversi saperi si confrontino e producano un upgrade di conoscenze integrate e personalizzate.

Nel mondo della complessità per affrontare il tema spinoso della conoscenza bisognerà guardare oltre, verso la transdisciplinarietà.

A questo punto la domanda che sorge spontanea è come l'infermieristica può inserirsi per dare il suo contributo?

Sicuramente serve una strategia lungimirante che dia linfa alla crescita professionale e che ripensi il ruolo e le prassi dell'infermiere non più come a colui/colei che deve produrre prestazioni, ma esiti di salute che portino informazioni assistenziali da integrare nel quadro della situazione che si viene a creare dall'unione dei diversi saperi.

In Italia lo sviluppo di questo tipo di progettualità infermieristica sul campo, alla luce del progetto di cura e non come progetto di prestazioni, sta crescendo tanto, soprattutto dal basso. Sono tanti i professionisti che studiano, si appassionano, crescono e si risolvono come fenici da situazioni lavorative complicate.

Non sarà l'intelligenza artificiale a ricordarci che per crescere serve attraversare l'intra professionalità, poi l'inter per arrivare alla trans professionalità.

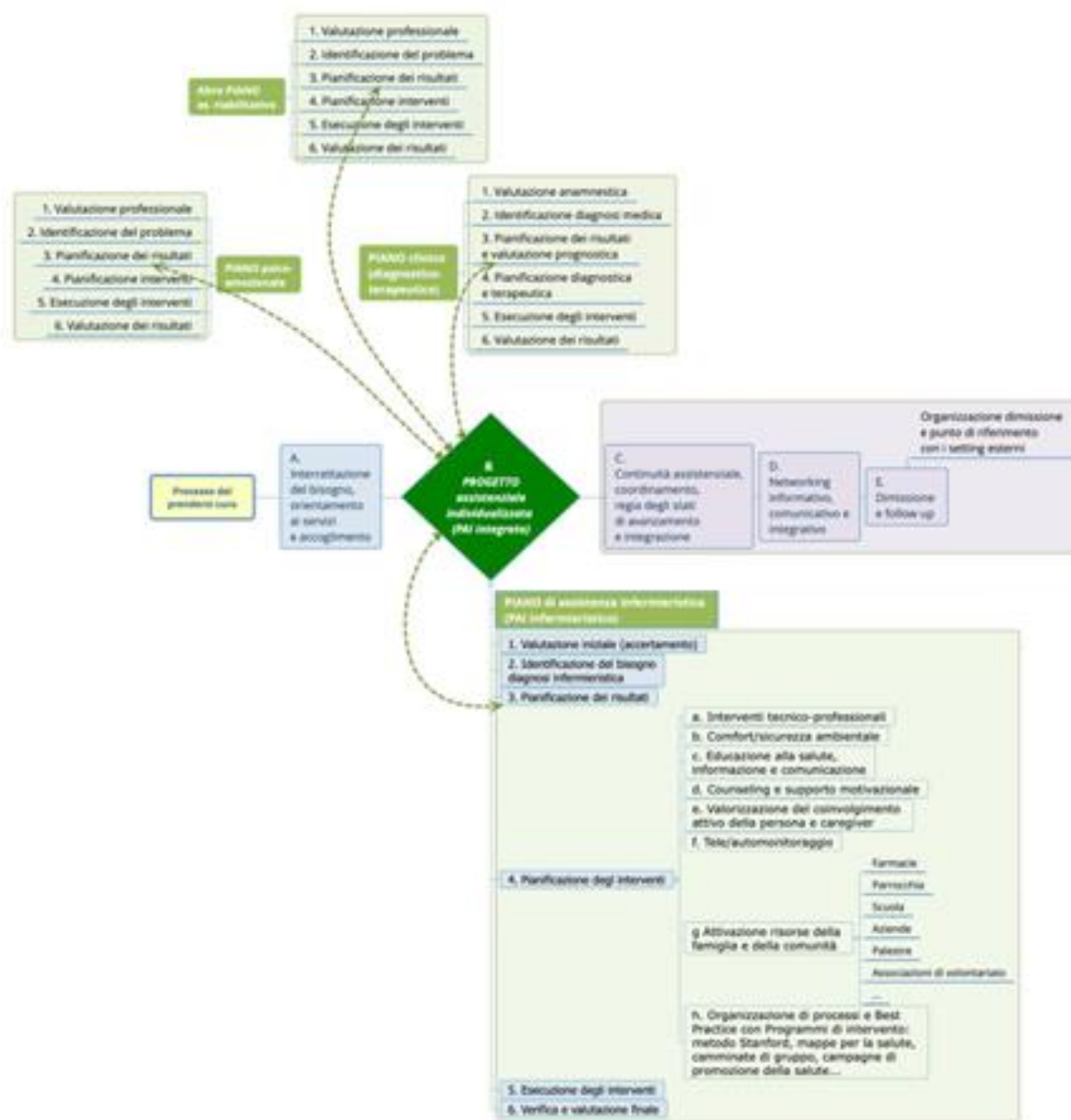
L'intra professionalità è un livello fondamentale nel quale mantenere attivo il senso identitario della professione e lo sviluppo della strategia non può che partire dalle razionalità più proprie dell'infermieristica, prima tra tutte quella fenomenologica dell'attenzione premurosa della relazione di cura e della pianificazione assistenziale che gli infermieri conoscono come PAI, pianificazione assistenziale individualizzata.

Diversamente nell'inter professionalità ogni stakeholder sanitario (si legga il medico, lo specialista, l'assistente sociale, il caregiver, le associazioni di volontariato ed ogni professionista sanitario) porta al tavolo della discussione il proprio processo professionale, con le valutazioni, giudizi e decisioni sui problemi interpretati dal proprio punto di vista. Quelli che nella Figura sottostante sono indicati come "piano" clinico, psico emozionale, riabilitativo o assistenziale.

L'atto principale di decision making professionale non va confuso con le azioni di coordinamento, networking informativo e follow up che rientrano nella macrocategoria di continuità assistenziale nella quale trova legittimità il ruolo del case manager.

Per gli infermieri pensare di contribuire all'inter professionalità con le azioni della continuità assistenziale è una semplificazione, una "presa in carico" che rischia di mantenere il ruolo del compitiere non solo per gli interventi tecnico-professionali (es. terapie e medicazioni...), ma rischia di degenerare in altri interventi di natura organizzativa-burocratica che, seppur nella necessità, non rispondono primariamente all'essenza dei fondamenti professionali.

Figura: schematizzazione del processo del prendersi cura nella complessità.



Ma il livello più interessante è quello della trans disciplinarità che trova un luogo nuovo di riflessione e di incontro per permettere di approcciare la realtà nei suoi diversi livelli e creare soluzioni dialogiche. Uno spazio a più entrate che si colloca in un'ottica di relazioni, disegnato con la forma geometrica del rombo dove si elabora qualcosa di superiore alla somma dei singoli piani. L'acronimo è sempre PAI, ma non è "piano", bensì Progetto Assistenziale Integrato come elaborato che completi i dati in un dialogo di confronto reale che rifletta le diverse prospettive con la finalità di istruire il progetto di salute individuale integrato. La trans disciplinarità non è un negare la pianificazione, ma creare legami, relazioni tra i diversi saperi, quindi tra le diverse razionalità e professionalità.

L'immagine sottorappresentata prova a delineare la complessità del processo del prendersi cura che vuole passare dall'idea dell'oggettività della malattia a quello di sistema persona-famiglia-contesto, una nuova entità di cura che deve passare da un'organizzazione socio-sanitaria che comprende e produce complessità. Ci chiediamo ancora in tanti chi sia e che cosa faccia di diverso l'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC).

Ebbene, anche qui la risposta sta nell'evolversi del processo dal prendere in carico al prendersi cura in simmetria con la razionalità della trans disciplinarità.

Il ruolo dell'IFeC non esprime solo la razionalità scientifica del piano assistenziale (in cui insiste la razionalità tecnica degli interventi), non esprime solo la razionalità organizzativa e pragmatica che più si appresta a una presa in carico di gestione della continuità assistenziale, non è solo la razionalità fenomenologica della profondità relazionale, ma è la somma di tutto questo integrando il proprio contributo in termini di valutazioni, giudizi, decisioni e interventi con gli altri professionisti della salute.

Si viene così a configurare il core professionale per l'IFeC, in un primo PAI, quello del piano assistenziale infermieristico che si inserisce in un altro PAI, questa volta il Progetto insieme al malato/famiglia e agli altri membri dell'equipe e nella configurazione del rombo della trans disciplinarità si dà seguito alla progettualità condivisa, spesso attribuendo ad un membro dell'equipe il ruolo di regia nell'avanzamento del processo del prendersi cura.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=131860

quotidianosanità.it

Il medico che comanda l'infermiere non è un buon medico e non ha compreso il suo ruolo

Giannantonio Barbieri

04 SET - *Gentile Direttore,*

mi è capitato di leggere, proprio tra le montagne del Trentino, ciò che sarebbe stato detto dal Segretario della Sezione Trentina del Sindacato Medici Italiani, dott. Nicola Paoli, circa il fatto che “i medici, grazie allo SMI, entreranno, se vorranno, retribuiti anche negli ospedali di comunità e nelle strutture intermedie come leader a comandare le equipe infermieristiche attuali”. Pare, insomma, che nel 2025 i medici (o, meglio, qualche medico) aspirino a diventare leader che comandano le equipe infermieristiche.

La prima immagine che mi si è palesata è quella del Colonnello Buttiglione, personaggio immaginario frutto della fantasia di Mario Marengo e protagonista di alcuni film degli anni '80. E mi sono chiesto se la sanità trentina non solo ha davvero bisogno di colonnelli posti alla guida e al comando delle truppe infermieristiche ma se davvero sono stati recepiti tutti i cambiamenti professionali e legislativi, penso al D.M. 739/1994, alla Legge 42 del 1999 e alla Legge 251 del 2000 che, negli ultimi trent'anni, hanno profondamente modificato gli assetti professionali e normativi per cui, a seguito anche e soprattutto dell'abrogazione del c.d. “mansionario” (D.P.R. 225/1974), è normativamente previsto che l'infermiere non è un esecutore degli ordini del medico. Ciò che pare sia sfuggito al dott. Nicola Paoli.

Insomma, un salto indietro di trent'anni che non tiene conto della piena autonomia della professione infermieristica, dove nessuno comanda nessuno ma si agisce per un fine comune, la tutela della salute della persona. Senza considerare, poi, come l'espressione “leader che comanda” è un ossimoro. Il leader non comanda. Altrimenti non è un (buon) leader. Il medico non comanda l'infermiere. Altrimenti non solo non è un buon medico, ma probabilmente non ha compreso il suo ruolo, il ruolo del professionista infermiere e, infine, il concetto di integrazione professionale.

Per farla breve, si tratta di concetti vetusti. Lo hanno compreso perfino gli etologi e i cinofili. Perché questi concetti, del tutto insensati, non fanno nemmeno più parte del mondo appunto cinofilo. La tesi secondo cui è il capobranco a decidere l'inizio e la fine di ogni attività non ha nessun fondamento scientifico ed è stata più volte smentita già negli anni '80 dagli stessi etologi che avevano contribuito alla diffusione di idee simili (Simone Dalla Valle). Sempre in cinofilia la leadership non si impone ma la si guadagna attraverso comportamenti adeguati che ispirino accreditamento e indica il bisogno di avere una guida (Roberto Marchesini).

Gli infermieri hanno bisogno di avere una guida? Gli infermieri hanno bisogno di essere comandati dai medici? La risposta è sì alla prima domanda ma la guida deve avere i connotati della leadership e non del comando e chi deve essere il leader va valutato in un contesto d'équipe e in base ai bisogni degli assistiti, di norma preferendo la leadership monoprofessionale. Ovviamente la risposta è no alla seconda domanda. E' no perché lo stabilisce il profilo professionale dell'infermiere dove l'unica prestazione svolta in "attività collaborativa" col medico è il "garantire la corretta applicazione delle procedure diagnostico terapeutiche" (D.M. 739/1994). Ma questo non significa "ubbidire" agli ordini del medico.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=131692

quotidianosanità.it

Test infermieristica. Fnopi: "Partecipanti in calo, ma il trend di iscrizioni e laureati vira in positivo"

In una nota la Federazione ricorda che se da inizio secolo a oggi i posti a bando sono passati dai 10.614 del 2001 ai 20.699 attuali (di cui 290 di Infermieristica pediatrica), il numero delle domande è stato altalenante: dai picchi del 2010 alle circa 19mila attese quest'anno, al netto dei dati delle otto università private, in cui i test sono previsti successivamente.

08 SET -

"Ai test di ammissione ai corsi di laurea in Infermieristica attivi in 41 atenei pubblici, previsti per oggi in tutta Italia, il numero complessivo di domande non coprirà nell'immediato il numero di posti messi a bando. Il progressivo aumento, negli anni, della disponibilità di posti - chiesto con forza da Regioni/Province Autonome e Ordine professionale - non è andato di pari passo con una analoga crescita di iscrizioni ai test, pur con differenze territoriali, con le regioni del Meridione in cui il rapporto domande/posti si attesta sul valore medio di 1,5".

A scattare la fotografia sullo stato dell'arte del nuovo anno accademico, la Fnopi. In una nota ricorda che se da inizio secolo a oggi i posti a bando sono passati dai 10.614 del 2001 ai 20.699 attuali (di cui 290 di Infermieristica pediatrica), il numero delle domande è stato altalenante: dai picchi del 2010 alle circa 19mila attese quest'anno, al netto dei dati delle otto università private, in cui i test sono previsti successivamente. Tuttavia, da questo anno accademico, a conclusione del "semestre filtro" istituito a Medicina, per la prima volta si riverserà su Infermieristica una quota significativa delle migliaia di studenti che andranno fuori graduatoria dopo aver sostenuto gli esami di Chimica, Fisica e Biologia (i posti disponibili a Medicina saranno in ogni caso 24mila e il 20,4% dei 54mila candidati di Medicina ha indicato Infermieristica come prima scelta tra i corsi affini). Va inoltre tenuto in considerazione il "meccanismo" di immatricolazione al corso di laurea in Infermieristica per coloro che l'hanno opzionata partecipando al test insieme ad altre professioni sanitarie.

"In questo delicato anno accademico, sarà fondamentale analizzare, oltre il numero attuale dei partecipanti ai test, il numero finale di iscritti al primo anno di Infermieristica. Malgrado il crollo da più parti paventato e dato per scontato, la professione tiene e siamo orgogliosi degli sforzi compiuti con Ministeri, Regioni e Università per garantire un numero sempre maggiore di posti a bando. Le richieste di accesso non aumentano con la stessa proporzionalità, ma ciò accade nel contesto di un calo demografico che ormai impatta sul numero complessivo di studenti universitari e che ci preoccupa non poco per la tenuta futura del sistema sanitario", dichiara Fnopi.

Attualmente in Italia circa due diplomati su tre decidono di proseguire il proprio percorso formativo con l'università: un dato lontano dai livelli registrati all'inizio degli anni Duemila, quando la percentuale si attestava al 75%. I dati peggiori rispetto ai test - con cali anche superiori al 20% - coincidono poi con le aree metropolitane dove il costo della vita e il caro-affitti non rendono più i grandi atenei meta ideale per i fuori sede. Il boom tra i giovani diplomati delle lauree telematiche, inoltre, non migliora certamente i dati di

Infermieristica, trattandosi di una laurea triennale abilitante che prevede, sin dal primo anno, una intensa attività di tirocinio sul campo e un numero ridotto di insegnamenti fruibili a distanza.

Un trend negativo che, numeri alla mano, si è affermato nel tempo e colpisce in maniera omogenea tutte le professioni di cura, a testimoniare la necessità di affrontare il problema della carenza e della scarsa attrattività del settore in maniera sistemica e corale.

Per la Fnopi, tra le cause strutturali di questo calo di appeal sono certamente da considerare: mancanza di prospettive concrete di carriera, retribuzioni inadeguate a fronte di responsabilità crescenti, carichi di lavoro eccessivi, difficoltà di conciliare vita lavorativa e familiare, scarso riconoscimento sociale, con limitazioni ancora forti dell'esercizio libero professionale tipico di gran parte delle professioni mediche e sanitarie. Nel caso specifico poi di Infermieristica, diventa indispensabile ampliare il lasso temporale dedicato alle iscrizioni ai test, pubblicando i bandi con maggiore anticipo (quest'anno c'è stato un mese scarso a disposizione per gli aspiranti infermieri, per giunta a ridosso di Ferragosto) per permettere a studenti e famiglie di individuare nel corso di Infermieristica un'opportunità su cui riflettere e scegliere con ponderazione.

Nonostante questo, il numero complessivo di laureati in Infermieristica cresce costantemente: se nel 2004 erano stati 8.866 a indossare la divisa dopo la triennale abilitante, a distanza di vent'anni, nel 2024, sono saliti a quota 11.404 (+28,6%), con una previsione a 14.500 nel 2027. Numeri comunque insufficienti a colmare il turnover con gli infermieri che man mano vanno in pensione ogni anno, dato stimato attorno alle 25mila unità.

“Il nostro Paese invecchia e invecchiano anche i nostri infermieri: senza una presa d'atto importante, da parte di tutte le istituzioni, della questione infermieristica, abbiamo ormai la certezza di una impossibilità a garantire adeguati livelli di assistenza nei prossimi anni: occorre un investimento strutturale, già da questa legge di bilancio, su tutte le leve che possano rendere più attrattive le professioni di cura, senza ricorrere a soluzioni tampone, con scarse prospettive. Come Fnopi - conclude la nota - ribadiamo la necessità di dichiarare questa situazione una emergenza nazionale e prevedere, al pari di altri casi emergenziali, provvedimenti immediati, come l'istituzione di una cabina di regia permanente, interministeriale e con poteri speciali, per affrontare i problemi evidenziati prima che sia troppo tardi”.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=131766

quotidianosanità.it

Infermieri. In 35 anni fino a 16mila euro in meno di stipendio. Lo studio del Nursind

Il sindacato: “Pesano erosione risorse e scelte normative. Le cifre globali in ballo sono considerevoli: arriviamo fino a 10mila euro in meno per un infermiere neo assunto e a quasi 16mila euro per un professionista con 40 anni di servizio”.

“Gli stipendi degli infermieri sono inaccettabilmente magri per colpa della pesante erosione che subiscono da 35 anni a questa parte. Non ci si può meravigliare dunque se stiamo pagando il conto in termini di carenza di personale, ma non possiamo neppure rimanere a guardare di fronte all'impoverimento crescente del nostro Ssn”. Lo affermano il segretario nazionale del Nursind, **Andrea Bottega**, e **Girolamo Zanella**, consulente economico del Centro studi Nursind, autori di un focus che, numeri alla mano, dimostra proprio come le buste paga degli infermieri abbiano perso terreno nel corso degli ultimi decenni. “Le cifre globali in ballo sono considerevoli – proseguono –: arriviamo fino a 10mila euro in meno per un infermiere neo assunto e a quasi 16mila euro per un professionista con 40 anni di servizio”.

Alla base di questo depauperamento, come si evince dallo studio, però, non c'è solo la penuria di fondi, ma pesano anche precise scelte normative insieme a una determinata cultura sindacale predominante. “Da qui - incalza Bottega - sono discese le principali modifiche nei sistemi d'inquadramento che si sono avvicinati dal

‘90 in poi e che hanno causato una distribuzione a pioggia delle risorse, senza spazio per il merito, oltre che un grave appiattimento verso il basso, con una penalizzazione dei profili più alti e qualificati rispetto ai profili base”.

Dai calcoli del Centro studi Nursind, è evidente come rispetto al valore assoluto attualizzato alle stime di rivalutazione Istat 2024, nel passaggio dal sistema dei livelli a quello delle categorie (con le fasce di progressione interna) prima e delle aree dopo, la differenza stipendiale tra il livello più alto e quello più basso è passata dal 70% (31.12.1990) a circa il 40% tra la Categoria Ds e la categoria A (periodo 1998 – 2018), fino ad arrivare a circa il 26% di gap tra l’Area dei professionisti della salute e dei funzionari e l’Area del personale di supporto (1.1.2023).

In sostanza, considerando un ex livello 6 neoassunto, “tra il 1990 e oggi un infermiere ha perso 1.135 euro come stipendio base e 1.320 alla luce delle altre voci del trattamento fondamentale, per un totale di quasi 2.500 euro. Cifre che aumentano se prendiamo in considerazione, ad esempio, un infermiere con 40 anni di anzianità. In questo caso, a parità di stipendio base, la perdita equivale a più di 8.500 euro”, spiega Zanella. Lo studio approfondisce poi nel dettaglio come le riforme che si sono succedute negli anni abbiano inciso sui diversi istituti stipendiali integrativi. “Ancora una volta – sottolinea Bottega – il risultato è penalizzante per gli infermieri”. Tra queste voci, ad esempio, figura il plus orario che negli anni è stato sostituito con il Fondo per la produttività. “Un passaggio per nulla indolore per le tasche dei professionisti: nel caso di un infermiere neoassunto la perdita economica per un’ora di lavoro aggiuntivo a settimana supera i 1500 euro annui di stipendio, per due ore aggiuntive settimanali i 5mila euro. Nel caso invece di un infermiere con 40 anni di servizio queste cifre diventano rispettivamente oltre 2.150 e oltre 6.200 euro annui di perdita (tabella 6)”, chiosa il segretario del Nursind.

Prevale il segno meno anche se si guarda alle indennità che fanno parte del salario accessorio: dal focus emerge con chiarezza come tra i livelli stipendiali del 1990, rivalutati secondo i valori Istat ad oggi, e quelli del Ccnl 2022-2024 ci sia, appunto, una forte penalizzazione di queste voci, a cominciare dall’indennità giornaliera per personale infermieristico operante su triplo turno (si perdono al giorno 4,74 euro) e fino a quella riservata a chi opera nei servizi di malattia infettiva (6,35 euro al giorno).

“Di fronte a questo quadro desolante – tira le somme Bottega – non si può rimanere inerti. È necessario agire e farlo in fretta per poter arrestare la fuga di infermieri verso altre professioni e riaccendere l’interesse dei giovani per il nostro lavoro. È evidente che un simile trend di appiattimento si può invertire ad esempio con il sistema degli incarichi che viene mutuato dal Ccnl della dirigenza e, quindi, facendo decollare l’area dell’elevata qualificazione, ancora purtroppo solo sulla carta. Sarebbe il giusto strumento per dare un riconoscimento al personale con livelli più alti di formazione in termini sia di carriera che economici”. In tal senso, conclude il segretario, “andrebbe definito un fondo contrattuale specifico in cui dovrebbero confluire anche le risorse dei differenziali economici e delle indennità fisse e continuative che fanno capo al fondo del personale laureato”.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=131689

quotidianosanità.it

Personale sanitario. “Europa sempre più dipendente da medici e infermieri formati all’estero”. E il futuro non è roseo: entro il 2030 mancheranno 950 mila operatori

Secondo un nuovo rapporto OMS/Europa, tra il 2014 e il 2023 i medici formati all’estero nella Regione sono cresciuti del 58% e gli infermieri del 67%. In Irlanda, per esempio, oltre la metà degli infermieri ha studiato fuori dal Paese. All’orizzonte una carenza di 950mila operatori entro il 2030. L’Italia resta al tempo stesso Paese di origine e di destinazione: la sfida è trasformare questa mobilità da criticità a opportunità.

Il nuovo rapporto dell'OMS/Europa sulla migrazione del personale sanitario nella Regione fotografa una realtà in forte trasformazione. Tra il 2014 e il 2023, il numero di medici formati all'estero impiegati nei sistemi sanitari europei è cresciuto del 58%, mentre quello degli infermieri è aumentato del 67%.

Nello stesso arco di tempo gli arrivi annuali di medici sono quasi triplicati e quelli degli infermieri sono quintuplicati. Con un dato sorprendente: nel 2023, il 60% dei medici e il 72% degli infermieri entrati nel mercato del lavoro europeo provenivano da percorsi formativi extraeuropei.

“Non si tratta solo di numeri. Dietro ogni medico o infermiere migrante c'è una storia di ambizione e opportunità, ma anche, spesso, di difficoltà per le famiglie e per i sistemi sanitari nazionali che si sono lasciati alle spalle” ha osservato **Natasha Azzopardi-Muscat**, direttrice della Divisione Politiche e Sistemi Sanitari Nazionali dell'OMS/Europa.

“La migrazione degli operatori sanitari è una realtà nel mercato del lavoro interconnesso europeo e deve essere gestita in modo più equo e sostenibile”.

Le nuove sfide

Questa crescita rapida della mobilità professionale sta creando tensioni in molte aree. Nei Paesi dell'Europa orientale e meridionale, la fuga di professionisti verso mercati più attrattivi rischia di compromettere la sostenibilità della forza lavoro sanitaria.

Al contrario, i sistemi sanitari di Irlanda, Germania, Regno Unito e Paesi scandinavi si stanno strutturalmente appoggiando a personale formato all'estero. In Irlanda, più della metà degli infermieri e il 43% dei medici hanno conseguito la formazione in altri Paesi.

Secondo le proiezioni OMS, entro il 2030 la Regione dovrà affrontare una carenza di circa 950 mila operatori sanitari. Da qui l'appello ai governi perché rafforzino le politiche di fidelizzazione, investano in migliori condizioni di lavoro e adottino strumenti di pianificazione a lungo termine.

“Come OMS, sosteniamo da un lato migliori condizioni di lavoro nei paesi di origine e dall'altro una maggiore autosufficienza nei paesi di destinazione”, ha spiegato **Tomas Zapata**, consulente regionale per il Personale Sanitario e l'Erogazione dei Servizi presso l'OMS/Europa.

“Per questo motivo continuiamo a supportare i governi nell'attuazione di strategie di fidelizzazione, una migliore capacità di pianificazione – inclusa la modellazione della forza lavoro – e riforme dell'istruzione, così da creare una forza lavoro in grado di rispondere alle mutevoli esigenze sanitarie”.

Modelli di mobilità sempre più complessi

Il rapporto sfata anche l'idea di un flusso migratorio lineare da sud a nord. La mappa è molto più articolata: vi sono movimenti interni tra sottoregioni, spostamenti tra Paesi confinanti e forti influenze legate a lingua e sistemi formativi. La Germania, ad esempio, è la principale fonte di medici stranieri che lavorano in Austria, Svizzera e Bulgaria, mentre i professionisti moldavi rappresentano la componente più numerosa tra i medici che esercitano in Romania.

I casi di studio nazionali contenuti nel rapporto mostrano esperienze differenti. La Romania, storicamente uno dei principali serbatoi di medici e infermieri per altri Paesi, è riuscita a ridurre l'emigrazione grazie a salari più competitivi e migliori condizioni di lavoro. L'Irlanda, Paese con il più alto tasso di dipendenza da personale formato all'estero, ha invece ampliato i percorsi di formazione medica nazionale per puntare a una maggiore autosufficienza.

Il nodo Italia

In questo quadro, l'Italia occupa una posizione peculiare. Da un lato continua a formare professionisti che scelgono di emigrare verso mercati più attrattivi, soprattutto nel Nord Europa. Dall'altro, negli ultimi anni è diventata un polo di attrazione per personale proveniente dall'Est Europa, in particolare infermieri. Una dinamica che rende il nostro Paese un vero crocevia della mobilità sanitaria internazionale.

La sfida, sottolinea il rapporto, è trasformare questa condizione da fattore di fragilità a leva di rinnovamento. Servono politiche mirate a valorizzare e trattenere il capitale umano interno, riducendo le spinte all'emigrazione, e al tempo stesso strategie efficaci per integrare il personale in arrivo, evitando squilibri e disuguaglianze nei servizi.

“La migrazione degli operatori sanitari è una realtà nel nostro mondo interconnesso e globalizzato, e abbiamo le soluzioni per garantire che funzioni per tutte le parti”, ha ribadito Azzopardi-Muscat. “Se non supportiamo equamente la migrazione degli operatori sanitari, rischiamo di ampliare le disuguaglianze sanitarie e di lasciare sistemi già fragili incapaci di far fronte alle sfide future”.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=132027

Sanità, sociale e long term care

**Goldman
Sachs**

Il percorso verso il 2075 – La storia positiva dell'invecchiamento globale (Daly/Njie/Allen)

- La popolazione globale sta invecchiando, a causa di una combinazione di aumento della longevità e calo della fertilità. Questo fenomeno è più pronunciato nelle economie sviluppate, dove il "rapporto in età lavorativa" (15-64 anni) è già diminuito dal 67% nel 2000 al 63% e si prevede che scenderà al 57% entro il 2075. Nelle economie emergenti, la quota di fascia 15-64 anni è vicina a un picco (66%) e si prevede che scenderà al 61% nei prossimi 50 anni. Questo processo di invecchiamento è spesso descritto come una "bomba a orologeria demografica", che implica un aumento degli indici di dipendenza (cioè un calo dei tassi di occupazione totali) e un calo del PIL pro capite.
- Se è giusto concentrarsi sulle implicazioni economiche di una transizione di questa importanza, gli economisti non dovrebbero perdere di vista il fatto che l'aumento dell'aspettativa di vita è uno sviluppo fondamentalmente positivo. Oltre a vivere più a lungo, le persone vivono anche una vita più sana, nel senso che la capacità funzionale degli individui più anziani migliora nel tempo. Secondo un recente studio completo, una persona che aveva 70 anni nel 2022 aveva le stesse capacità cognitive di un 53enne nel 2000. In un senso molto tangibile, il 70 è il nuovo 53.
- È anche tutt'altro che chiaro che gli svantaggi economici dell'invecchiamento della popolazione siano tanto intrattabili quanto comunemente rappresentati. Sebbene l'aumento dei costi pensionistici del settore pubblico rimanga una preoccupazione per alcune economie, il mezzo più efficace per contrastare l'impatto dell'invecchiamento sugli indici di dipendenza è quello di prolungare la vita lavorativa. Fortunatamente, questa tendenza è già in atto: mentre l'aspettativa di vita media attesa nelle economie sviluppate è aumentata del 5% dal 2000 (da 78 a 82 anni), la vita lavorativa effettiva mediana è aumentata del 12% (da 34 a 38 anni) e la quota della popolazione totale occupata è aumentata dal 46,0% al 48,3%. In altre parole, nonostante il forte calo dei rapporti tra i DM e l'età lavorativa che ha già avuto luogo, i rapporti di dipendenza dei DM sono effettivamente *diminuiti*. Questa tendenza all'allungamento della vita lavorativa non accenna a diminuire e si sta verificando in paesi con modifiche minime alle leggi sulle pensioni, suggerendo una risposta adattativa all'aumento della longevità.

- In un mondo con un numero crescente di problemi apparentemente intrattabili – dal cambiamento climatico al populismo economico – l'invecchiamento della popolazione è una cosa in meno di cui preoccuparsi. Vivere più a lungo è davvero una buona cosa.

Il percorso verso il 2075 – La storia positiva dell'invecchiamento globale

L'invecchiamento della popolazione mondiale

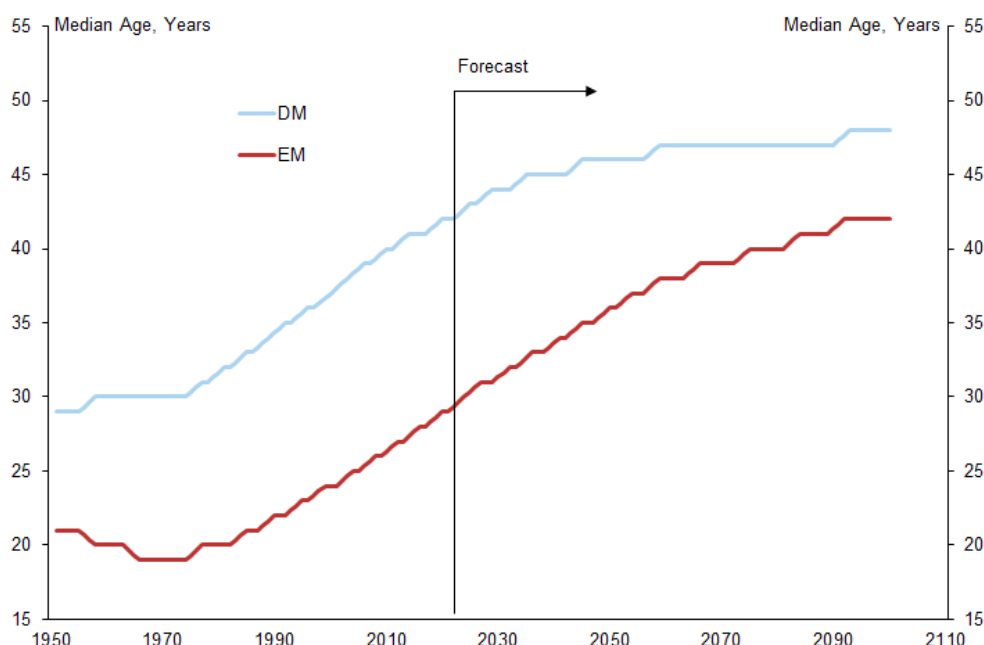
Il mondo sta invecchiando.

Questo processo è più avanzato nelle economie sviluppate, ma si sta verificando anche nelle economie emergenti.^[1] Negli ultimi 50 anni (dal 1975), l'età media nelle economie dei mercati sviluppati è aumentata da 30 a 43 anni e nelle economie emergenti da 19 a 30. Nei prossimi 50 anni (fino al 2075), i [progetti dell'ONU](#)^[2] che l'età media raggiungerà i 47 anni nei DM e i 40 nei EM ([Figura 1](#)).

Valutare in che modo l'invecchiamento influenzerà le prospettive economiche a lungo termine è un giudizio chiave delle nostre [proiezioni sul percorso verso il 2075](#) per l'economia mondiale (cfr. riquadro 1).

Allegato 1: Negli ultimi 50 anni, l'età media è passata da 30 a 43 anni nelle economie dei mercati sviluppati e da 19 a 30 nelle economie dei mercati emergenti

Età media, anni



Fonte: Nazioni Unite, Goldman Sachs Global Investment Research

L'invecchiamento della popolazione mondiale è una conseguenza di due sviluppi demografici:

1. Maggiore longevità

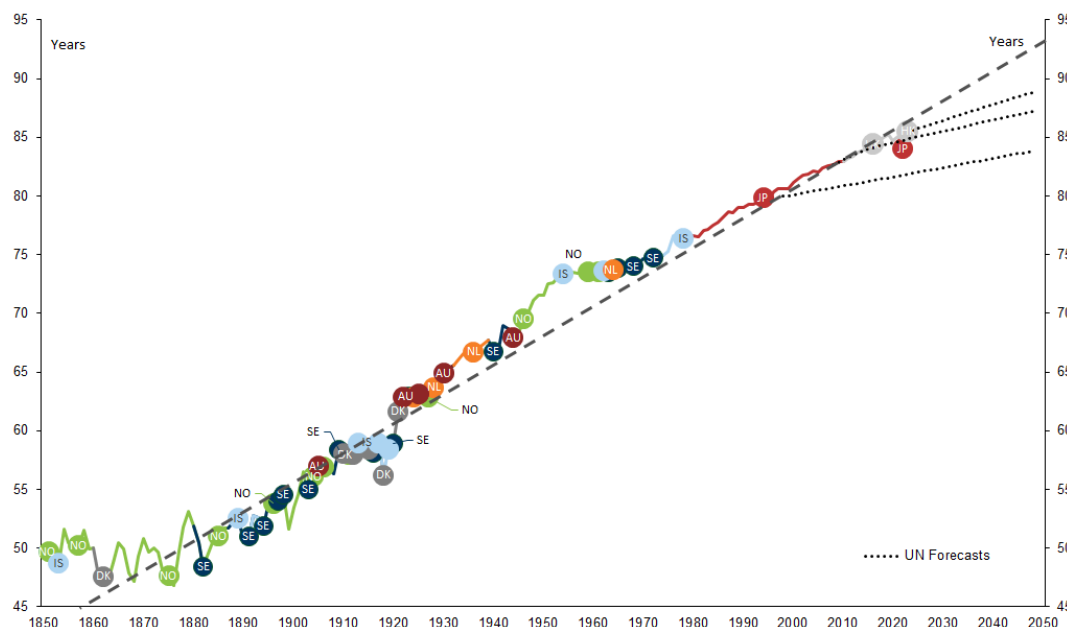
Le persone vivono più a lungo e in modo più sano. Negli ultimi 50 anni, l'aspettativa di vita media globale è passata da 62 a 75 anni, con le economie sviluppate che hanno visto un aumento da 72 a 82 anni e le economie emergenti da 58 a 73 anni. Questa tendenza non è universale – l'aspettativa di vita negli Stati Uniti è leggermente diminuita nell'ultimo decennio – ma, a livello globale, non mostra segni di rallentamento.

[La Figura 2](#) illustra la progressione dell'aspettativa di vita nella "frontiera" della longevità, ovvero il paese con l'aspettativa di vita più lunga in diversi momenti. Nel 1925, l'Australia aveva la più alta aspettativa di vita a 63 anni; nel 1975, l'Islanda era in testa con 75 anni; e oggi, Hong Kong detiene il record a 86 anni.^[3]

L'aspettativa di vita nella "frontiera" della longevità ha seguito un andamento sostanzialmente lineare – con un aumento di circa 0,25 anni all'anno – per oltre 150 anni.

Questa tendenza ha continuamente superato le previsioni di un potenziale "tetto" alla durata della vita umana. L'aspettativa di vita media globale è aumentata un po' più velocemente di questo – a un ritmo di 0,32 anni all'anno dal 1950 – a causa della convergenza nel tempo verso la frontiera.

*Exhibit 2: Living Longer – Life Expectancy Continues to Chart a Linear Path Higher
Leading country life expectancy (male and female), based on 'period life expectancy' method*



Source: Our World in Data, United Nations, Goldman Sachs Global Investment Research

Questi dati sull'aspettativa di vita sottostimano quasi certamente l'effettivo aumento della longevità. Questo perché i dati sull'aspettativa di vita più comunemente citati non sono affatto dati sull'aspettativa di vita, ma una misura dell'età media a cui le persone muoiono oggi. Questo fornisce un quadro accurato dell'aspettativa di vita solo se ipotizziamo che non ci saranno miglioramenti nella longevità in futuro, il che si è sempre rivelato un'ipotesi eccessivamente pessimistica.[4]

Pertanto, quando affermiamo che l'aspettativa di vita media nelle economie sviluppate è attualmente di 82 anni, stiamo essenzialmente dicendo che un individuo medio nato 82 anni fa, nel 1943, vivrebbe fino a 82 anni. Tuttavia, nel 1943, l'aspettativa di vita ufficiale per le economie sviluppate era di 21 anni inferiore a quella odierna, attestandosi a soli 61 anni. Solo il tempo dirà quanto vivrà in media una persona nata oggi in un paese sviluppato. Ma, in uno scenario probabilmente migliore, in cui estrapoliamo il trend lineare in atto nella frontiera negli ultimi 150 anni, la persona media nata oggi vivrebbe fino a 110 anni anziché 82.[5]

70 è il nuovo 53: oltre a vivere più a lungo, le persone vivono anche vite più sane, nel senso che la capacità funzionale degli individui più anziani sta migliorando nel tempo. Un recente studio del FMI, che utilizza microdati di individui di età pari o superiore a 50 anni (inclusi test fisici e cognitivi) provenienti da un campione di 41 economie sviluppate ed emergenti, ha rilevato che "in media, una persona di 70 anni nel 2022 aveva le stesse capacità cognitive di un 53enne nel 2000", mentre la fragilità fisica di un 70enne corrispondeva a quella di un 56enne nel 2000.[6] Misurati in anni, questi miglioramenti sono maggiori degli aumenti segnalati dell'aspettativa di vita, sottolineando la necessità di concentrarsi sull'età biologica piuttosto che su quella cronologica.

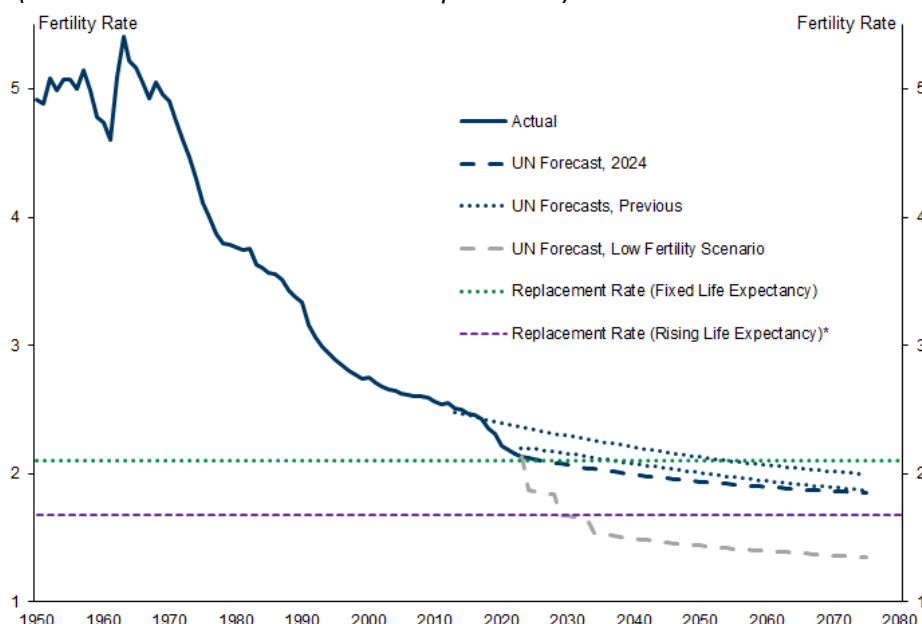
Il fatto che non solo viviamo più a lungo, ma che stiamo anche rallentando il processo di invecchiamento nel corso della nostra vita solleva un importante punto economico. La maggior parte degli studi sulle conseguenze economiche dell'invecchiamento presuppone, implicitamente o esplicitamente, che l'aumento dell'aspettativa di vita prolungherà la quantità di vita che trascorreremo in "vecchiaia", mantenendo tutto il resto fisso. Un'implicazione che deriva da questo presupposto è che ci sarà una maggiore domanda di beni e servizi pensati per le persone "anziane". Tuttavia, una descrizione più accurata è che stiamo estendendo la

durata di tutte le fasi della vita – "giovani", "di mezza età" e "anziani" – il che rende meno certo che la domanda si sposterà verso prodotti e servizi per le persone "anziane".[7]

2. Calo della fertilità

Il secondo fattore chiave che determina l'invecchiamento della popolazione è il calo della fertilità. Il tasso di fertilità globale – il numero stimato di nascite che una donna avrà nel corso della sua vita sulla base degli attuali tassi di natalità – ha raggiunto il picco di 5,4 nel 1963, è sceso a 4,1 nel 1975 e attualmente si attesta a 2,1 (Figura 3). Negli ultimi 5-10 anni, la fertilità globale è diminuita più rapidamente di quanto previsto dalle Nazioni Unite, il che ha portato a una revisione dei tassi di fertilità stimati. Resta da vedere se questo calo sarà parzialmente invertito o se la pandemia di COVID-19 abbia causato un aggiustamento permanente della fertilità.

*Figura 3: Il tasso di fertilità globale è sceso da un picco di 5,4 nel 1963 a 2,1 nel 2024
Tasso di fertilità (nascite stimate nel corso della vita per donna)*



**Ciò presuppone che l'aspettativa di vita aumenti in linea con la tendenza "di frontiera" (0,25 anni all'anno).
Fonte: Nazioni Unite, Goldman Sachs Global Investment Research*

Contrariamente alla percezione comune, i maggiori cali di fertilità si verificano nei paesi relativamente poveri, dove i tassi di natalità sono più alti. Dal 1975, il tasso di fertilità dei mercati emergenti è sceso da 4,6 a 2,2, mentre nelle economie dei mercati sviluppati è diminuito da 1,9 a 1,5 (Figura 4).

Figura 4: il calo dei tassi di fertilità è stato maggiore nelle economie dei mercati emergenti, mentre la fertilità dei mercati sviluppati è rimasta al di sotto del "tasso di sostituzione" (ipotizzando un'aspettativa di vita fissa) per oltre 50 anni

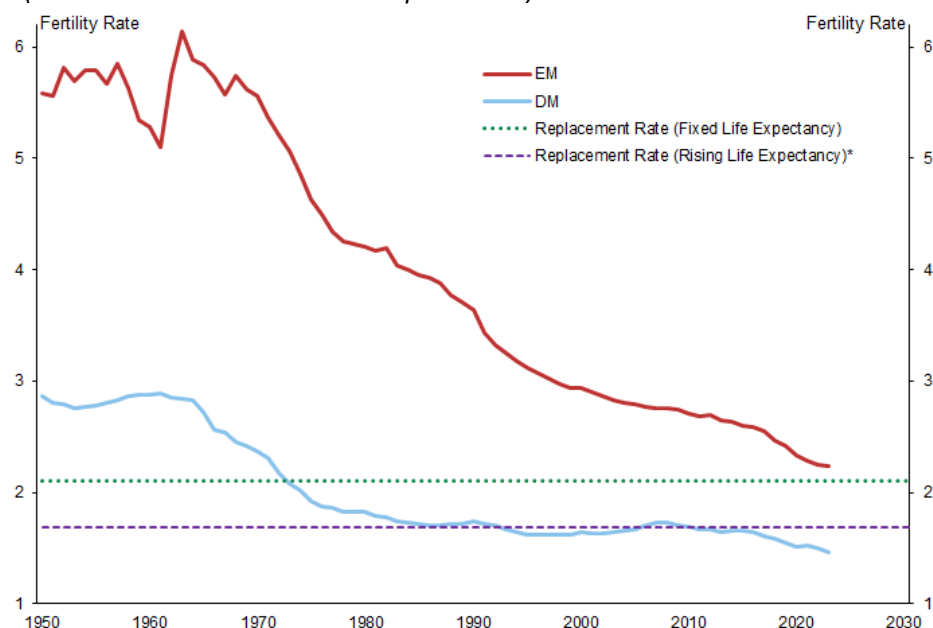
L'attuale tasso di fertilità globale di 2,1 è in linea con il tasso di fertilità di sostituzione comunemente citato necessario per la stabilità della popolazione a lungo termine.[8]

Tuttavia, in comune con i dati standard sull'aspettativa di vita, questo calcolo presuppone che i tassi di mortalità siano fissati ai livelli attuali. Se, invece, l'aspettativa di vita aumenta nel tempo, il tasso di fertilità necessario per bilanciare il numero di nascite con il numero di decessi è significativamente più basso.

Se la longevità aumenta a un ritmo di 0,25 anni all'anno – cioè in linea con la tendenza "di frontiera" ma inferiore all'aumento a lungo termine dell'aspettativa di vita globale (0,32 anni all'anno) – il tasso di fertilità di sostituzione scende a circa 1,6-1,7.[9]

Questo aiuta a spiegare perché la crescita della popolazione di DM è rimasta significativamente positiva in aggregato, nonostante la fertilità totale sia scesa al di sotto della soglia di 2,1 per più di 50 anni.[10]

Tasso di fertilità (stima delle nascite una tantum per donna)



*Ciò presuppone che l'aspettativa di vita aumenti in linea con la tendenza "di frontiera" (0,25 anni all'anno).
Fonte: Nazioni Unite, Goldman Sachs Global Investment Research

Ciononostante, a seguito delle revisioni al ribasso della fertilità prevista – e nonostante le sorprese positive che compensano l'aspettativa di vita prevista – l'ONU ha iniziato a ridurre le sue proiezioni per il picco della popolazione mondiale. Nel 2017, l'ONU prevede che la popolazione mondiale aumenterà dagli attuali 8,2 miliardi a oltre 11 miliardi entro la fine di questo secolo e che sarà ancora su una traiettoria ascendente. Tuttavia, nelle sue ultime proiezioni, l'ONU prevede che la popolazione mondiale raggiungerà un picco di circa 10,3 miliardi di persone tra circa 50 anni ([Figura 5](#)).

Vale la pena sottolineare questo punto. Nonostante il calo della fertilità, si prevede che la popolazione mondiale aumenterà in modo significativo rispetto ai livelli attuali e continuerà ad aumentare per i prossimi 50 anni. Anche nello scenario di bassa fertilità delle Nazioni Unite – che presuppone che i tassi di fertilità continuino a scendere rispetto ai livelli attuali – si prevede che la popolazione mondiale crescerà per altri 25 anni, con un picco di circa 9 miliardi. [\[11\]](#)

La buona notizia: stiamo già lavorando più a lungo

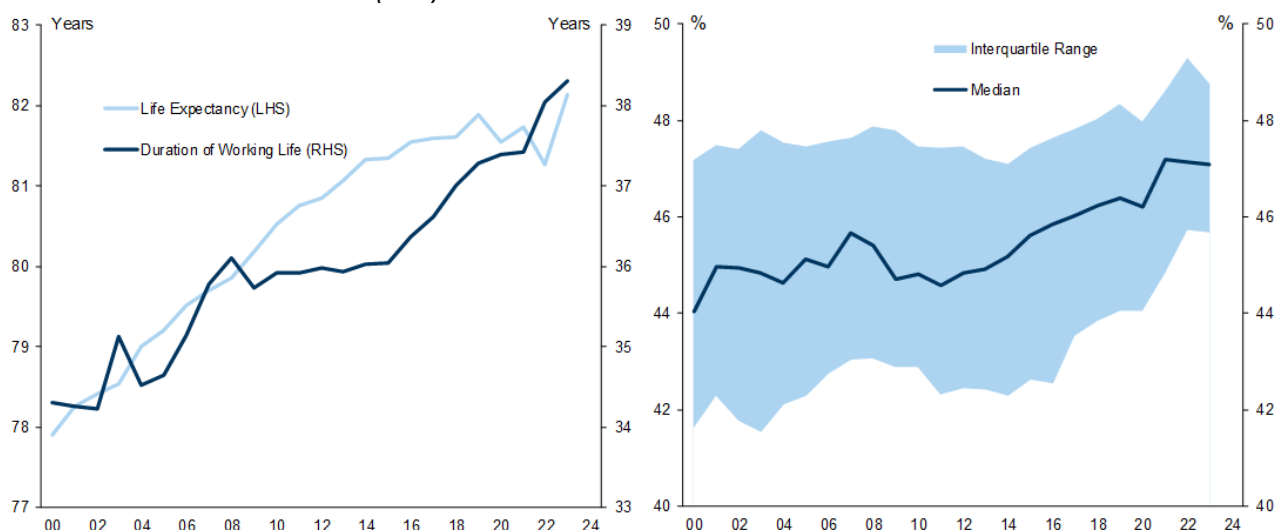
Utilizzando una metodologia impiegata da Eurostat per i paesi dell'UE, abbiamo calcolato le stime della vita lavorativa effettiva media – il tempo medio trascorso a partecipare attivamente al mercato del lavoro, occupato o alla ricerca di un lavoro – per 32 economie dei mercati sviluppati e 32 dei mercati emergenti (cfr. riquadro 2 per i dettagli). [\[17\]](#)

Nel 2000, quando il rapporto tra l'età lavorativa e i DM era al suo apice, la vita lavorativa media effettiva era di poco superiore ai 34 anni.

Ciò implica che la vita lavorativa effettiva dovrebbe aumentare di 5 anni tra il 2000 e il 2075 per compensare pienamente l'impatto del calo dei rapporti in età lavorativa sui tassi di occupazione della popolazione totale in questo periodo.

È incoraggiante che la transizione verso l'allungamento della vita lavorativa sia già ben avviata. [La Figura 8](#) (LHS) mostra i dati sulla vita lavorativa media effettiva per le economie dei mercati sviluppati. Dal 2000 a partire dal 2000, la vita lavorativa media è aumentata di 4 anni (da 34 a 38 anni), con il risultato che, nonostante l'allungamento dell'aspettativa di vita e il calo dell'indice dell'età lavorativa, la quota media di vita trascorsa a partecipare attivamente al mercato del lavoro è addirittura aumentata (dal 44% al 47%); [Reperto 8](#) (RHS)).

Figura 8: l'aumento della vita lavorativa nelle economie dei mercati sviluppati ha corrisposto all'aumento dell'aspettativa di vita, con conseguente aumento della quota della nostra vita nel mercato del lavoro
DM: Aspettativa di vita e durata della vita lavorativa media effettiva (LHS); Quota media di partecipazione alla vita nel mercato del lavoro (RHS)

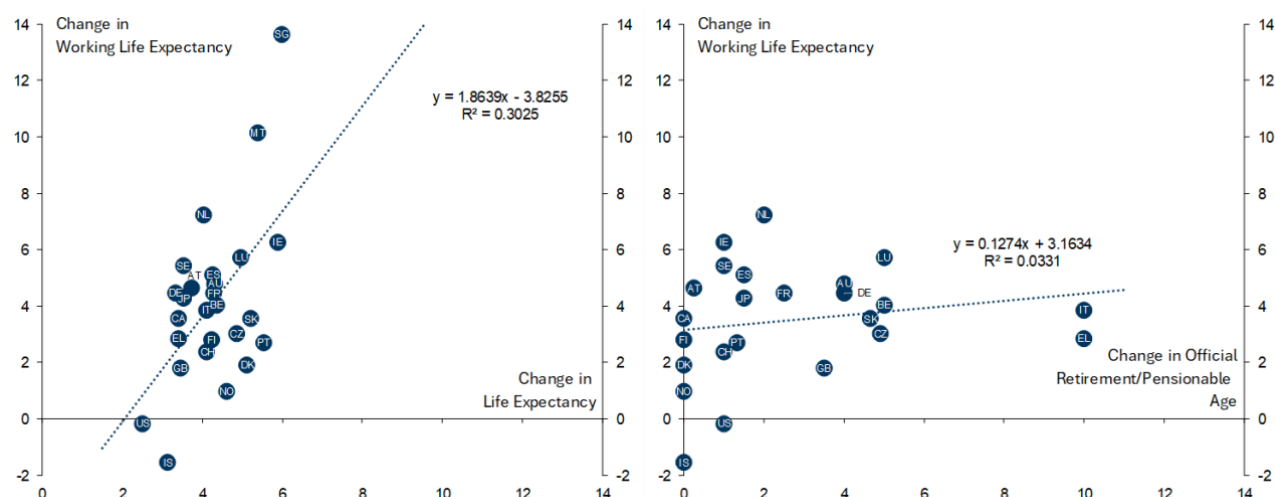


Fonte: ILO, OMS, Nazioni Unite, Goldman Sachs Global Investment Research

Questa tendenza mostra pochi segni di cedimento e si sta verificando in paesi con modifiche minime alle leggi sulle pensioni, suggerendo una risposta adattativa all'aumento della longevità. [18]

In effetti, esiste un legame più forte tra i cambiamenti nella vita lavorativa effettiva e l'aspettativa di vita nei vari paesi che tra i cambiamenti nella vita lavorativa effettiva e l'aumento dell'età pensionabile ufficiale o pensionabile (Figura 9).

Figura 9: una vita lavorativa effettiva più strettamente legata alla longevità rispetto all'età pensionabile ufficiale - Variazione della vita lavorativa effettiva (2000-oggi) rispetto alla variazione dell'aspettativa di vita (LHS) e alla variazione dell'età pensionabile ufficiale (RHS).



Sebbene l'innalzamento dell'età pensionabile ufficiale possa aiutare ad affrontare le sfide fiscali delle pensioni governative in un'epoca di crescita dell'aspettativa di vita, non sembra essere un requisito essenziale per le persone prolungare la loro vita lavorativa.

Se l'età pensionabile varia da un genere all'altro, prendiamo in considerazione l'età media di pensionamento per entrambi i sessi. Fonte: Goldman Sachs Global Investment Research, Centro finlandese per le pensioni, OCSE, fonti nazionali. Non tutto l'aumento della vita lavorativa effettiva avviene in risposta diretta all'aumento dell'aspettativa di vita.

In particolare, la riduzione del calo della partecipazione femminile dopo il parto sta contribuendo a prolungare la vita lavorativa delle donne in molte economie. (Abbiamo discusso il ruolo che la riduzione della disuguaglianza di genere nell'occupazione potrebbe svolgere nel compensare gli effetti dell'invecchiamento della popolazione in un [precedente Global Paper](#).^[19] Questo cambiamento, sebbene non sia una risposta diretta all'invecchiamento, ha contribuito a mitigare i suoi effetti sulla partecipazione alla forza lavoro e sull'occupazione.

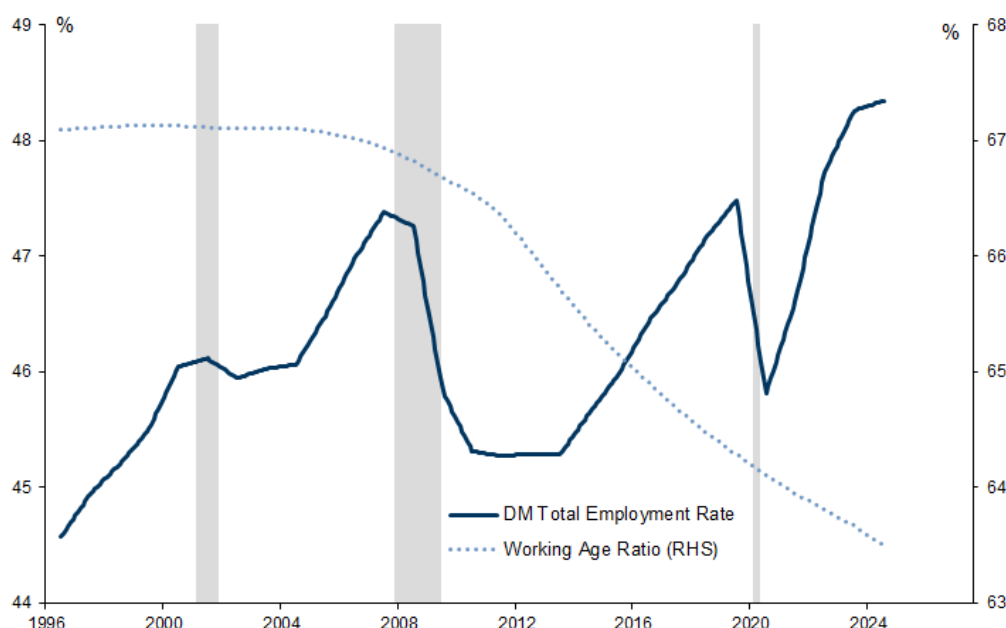
Meno positivamente, l'aumento della partecipazione femminile fornisce una spinta a tantum ai tassi di partecipazione complessivi e, una volta che il divario uomo-donna raggiungerà un nuovo equilibrio, questa spinta cesserà. Un certo numero di economie dei mercati sviluppati sembra aver già raggiunto questo punto: il divario uomo-donna negli Stati Uniti si è ridotto rapidamente dagli anni '60 agli anni '90, ma da allora è rimasto sostanzialmente stabile.

Ciononostante, vi è ancora il potenziale per ulteriori incrementi dell'occupazione femminile in alcune economie sviluppate, come il Giappone e l'Europa meridionale, nonché nella maggior parte delle economie emergenti. Un'altra importante tendenza secolare che ha contribuito a prolungare la vita lavorativa è stata la diminuzione delle quote di popolazione impiegata nel lavoro manuale. Il pensionamento anticipato tende a concentrarsi su lavori più impegnativi dal punto di vista fisico. Poiché il numero di tali posti di lavoro continua a diminuire, diminuirà anche la necessità di pensionamento anticipato.

Il passaggio all'allungamento della vita lavorativa ha più che compensato l'effetto dell'invecchiamento della popolazione sull'occupazione nei mercati sviluppati, con il risultato che anche l'occupazione in percentuale della popolazione totale è aumentata significativamente dal 2000, nonostante il calo significativo del rapporto tra i lavoratori sviluppati e l'età lavorativa in questo periodo ([Figura 10](#)).

Reperto 10: il tasso di occupazione totale dei mercati sviluppati è aumentato (il che implica un indice di dipendenza più basso), nonostante un forte calo dell'indice di età lavorativa

DM Tasso di occupazione totale (Occupazione totale/Popolazione totale); Le aree ombreggiate indicano recessioni globali



Fonte: Goldman Sachs Global Investment Research, Organizzazione Internazionale del Lavoro

Abbiamo un bell'aspetto per la nostra età

Il rapporto in età lavorativa nelle economie sviluppate ha raggiunto il picco prima del 2000 e ora siamo vicini alla metà della transizione demografica verso rapporti in età lavorativa più bassi.

Nel valutare gli effetti dell'invecchiamento della popolazione sugli indici di occupazione e dipendenza, potrebbe essere il momento per gli economisti di marcare collettivamente le loro opinioni sul mercato.

Nonostante il forte calo degli indici di età lavorativa dei DM che si è già verificato, gli indici di dipendenza dei DM sono effettivamente *diminuiti* e la tendenza all'allungamento della vita lavorativa non mostra segni di cedimento.

L'invecchiamento della popolazione presenta altre sfide per la società su cui non ci siamo concentrati in questo articolo. In tutto il mondo stiamo spendendo una quota crescente del reddito per l'assistenza sanitaria, uno sviluppo che riflette sia l'aumento dei costi sanitari con l'invecchiamento, sia il fatto che, con l'aumento dei redditi, siamo disposti a spendere una quota maggiore del nostro reddito per vivere una vita più lunga e sana.

D'altro canto, ci sono altri potenziali cambiamenti, al di fuori dell'obiettivo di questa nota di ricerca, che potrebbero contribuire a mitigare gli effetti dell'invecchiamento della popolazione: i miglioramenti della produttività guidati dalla tecnologia (in particolare quelli guidati dall'intelligenza artificiale) potrebbero aumentare il PIL pro capite, mentre i miglioramenti nella robotica potrebbero essere particolarmente utili nell'assistenza agli anziani.

Tuttavia, per quanto riguarda gli effetti dell'invecchiamento sull'occupazione, sui tassi di dipendenza e sul PIL pro capite, i progressi sono già stati incoraggianti. Le transizioni sono spesso difficili da gestire, ma questa è una transizione che attualmente stiamo gestendo bene.

Kevin Daly, Mambuna Njie* e Johan Allen

*Mambuna è uno stagista nel team di economia CEEMEA. Riquadro 1: Il percorso verso il 2075 – Proiezioni a lungo termine per l'economia globale. Le proiezioni del Percorso verso il 2075 si basano sulla nostra analisi originale sui BRIC, offrendo previsioni a lungo termine per l'economia globale, coprendo 104 paesi fino all'anno 2075.[20]

L'Allegato 11 fornisce un riepilogo di alto livello delle nostre proiezioni per i principali aggregati regionali, suddivisi per decennio.

Le nostre proiezioni implicano che la crescita globale nel 2024-29 (2,8%) sarà più rapida rispetto al 2020-24, ma più lenta rispetto al decennio 2010-19 (3,2%, in base ai pesi dei tassi di cambio di mercato).[21] Prevediamo che la crescita dei mercati emergenti continuerà a superare quella dei mercati sviluppati (3,8% contro 1,8%), con oltre la metà di questa differenza dovuta a fattori demografici (relativamente prevedibili) piuttosto che a differenziali di crescita della produttività (meno prevedibili).

Prevediamo che l'Asia (esclusi i mercati sviluppati) rimarrà la regione in più rapida crescita ma, riflettendo un netto rallentamento della crescita potenziale cinese, si prevede anche che registrerà la decelerazione maggiore rispetto al periodo 2010-2019.

Grafico 11: Un graduale rallentamento della crescita economica globale, con la crescita dei mercati emergenti che continua a superare quella dei mercati sviluppati

	Market FX Weighted								
	2000-2009	2010-2019	2020-2029	2024-2029	2030-2039	2040-2049	2050-2059	2060-2069	2070-2079
World	2.7	3.2	2.4	2.8	2.5	2.1	2.0	1.8	1.7
DM	1.6	1.9	1.5	1.8	1.6	1.4	1.3	1.2	1.1
EM	5.7	5.1	3.6	3.8	3.2	2.6	2.3	2.1	1.9
Asia (ex. DM)	7.6	6.7	4.1	4.2	3.1	2.4	2.1	1.8	1.5
CEEMEA	4.8	3.5	2.6	3.2	3.3	3.1	3.0	2.9	2.7
LatAm	2.8	2.4	2.3	3.0	3.1	2.7	2.3	1.9	1.6

Source: Goldman Sachs Global Investment Research

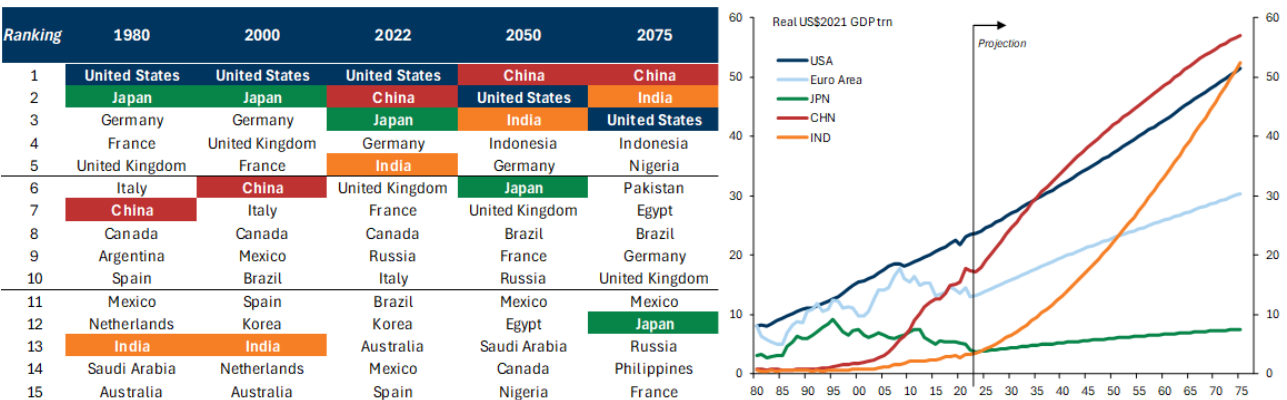
La Tabella 12 combina le nostre stime del PIL con le nostre proiezioni a lungo termine del tasso di cambio reale, per proiettare il valore reale in dollari USA delle principali economie nel tempo.

Nel 2050, prevediamo che le cinque maggiori economie mondiali saranno Cina, Stati Uniti, India, Indonesia e Germania (con l'Indonesia che sostituirà Brasile e Russia tra i maggiori mercati emergenti in questo orizzonte temporale).

Stimiamo che la Cina supererà gli Stati Uniti come maggiore economia mondiale intorno al 2035.[22] Se estendiamo l'orizzonte di proiezione al 2075, le tre maggiori economie mondiali saranno Cina, India e Stati Uniti, con l'India che (di poco) supererà gli Stati Uniti.

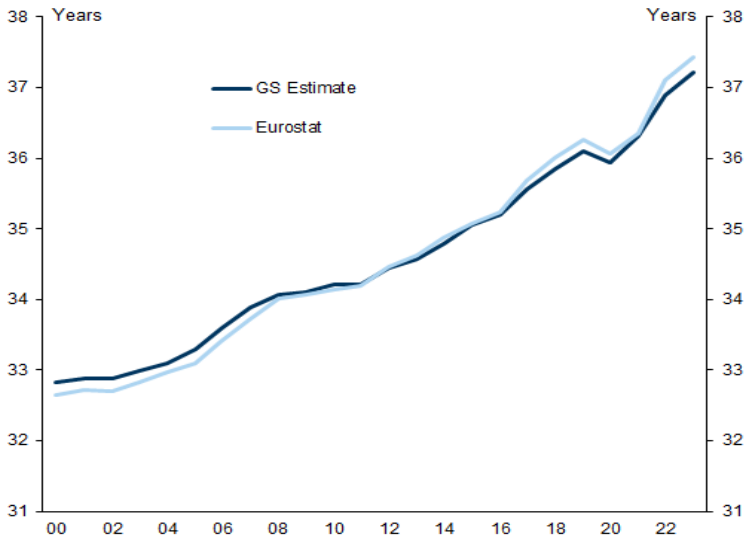
È interessante notare che la crescita potenziale del PIL degli Stati Uniti dovrebbe essere significativamente più rapida di quella della Cina in quell'orizzonte temporale, grazie alle sue migliori prospettive demografiche. Con le giuste politiche e istituzioni, prevediamo che gli attuali mercati emergenti rappresenteranno sette delle prime dieci economie mondiali nel 2075.

Allegato 12: Le nostre proiezioni implicano che Cina, Stati Uniti, India, Indonesia e Germania saranno le cinque maggiori economie mondiali nel 2050 - Le maggiori economie mondiali (misurate in dollari)



Source: Goldman Sachs Global Investment Research

Grafico 14: La nostra stima della durata della vita lavorativa nell'UE è in linea con la misura ufficiale di Eurostat - Durata della vita lavorativa nell'UE (mediana)



Source: Goldman Sachs Global Investment Research, Eurostat, ILO, WHO

[Il percorso verso il 2075 – La storia positiva dell'invecchiamento globale \(Daly/Njie/Allen\)](#)

Regolamentazione dell'assistenza a lungo termine per gli anziani: una revisione approfondita della ricerca empirica

Anne Margriet Pot^{1,2,3}, Josje Kok¹, Linda J. Schoonmade³, Roland A. Bal¹

<https://doi.org/10.1017/S1041610223000704> Ottieni diritti e contenuti

ASTRATTO

Obiettivo

Non solo i professionisti dell'assistenza sono responsabili della qualità dell'assistenza, ma anche altri soggetti interessati, tra cui gli enti regolatori, svolgono un ruolo importante. Negli ultimi decenni, i paesi hanno investito sempre di più nella regolamentazione dell'assistenza a lungo termine (LTC) per [gli anziani](#), sollevando la questione di come la regolamentazione debba essere messa in pratica per garantire o migliorare la qualità dell'assistenza. Questa [revisione di scoping](#) mira a riassumere le evidenze sulle pratiche di regolamentazione nell'assistenza a lungo termine per gli anziani. Identifica studi empirici, documenta gli obiettivi e i risultati e descrive le lacune nella ricerca per promuovere questo settore.

Progetto

È stata effettuata una ricerca bibliografica (in PubMed, [Embase](#), Cinahl, APA PsycInfo e Scopus) dall'inizio fino al 12 dicembre²⁰²². Sono stati inclusi trentuno studi.

Risultati

Tutti gli studi inclusi provenivano da Paesi ad alto reddito, in particolare Australia, Stati Uniti ed Europa nord-occidentale, e quasi tutti si concentravano sull'assistenza fornita nelle strutture di LTC. Gli studi si sono concentrati su diversi aspetti della pratica normativa, tra cui le esperienze degli utenti dell'assistenza nella raccolta di informazioni, l'impatto degli standard, i sistemi e le strategie di regolamentazione, le attività e le politiche di ispezione, la percezione e lo stile degli ispettori, la percezione e gli atteggiamenti degli ispezionati, nonché la validità e l'affidabilità dei risultati delle ispezioni.

Conclusione

Con operatori sanitari sempre più frammentati e interconnessi, e una crescente richiesta di assistenza centrata sulla persona, sono necessarie forme più flessibili di regolamentazione delle pratiche di assistenza a lungo termine (LTC), organizzate più vicine alla pratica quotidiana e dal basso verso l'alto. Ci auguriamo che questa revisione di scoping aumenti la consapevolezza dell'importanza della regolamentazione e promuova la ricerca in questo campo, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza a lungo termine per le persone anziane e ottimizzare la loro [capacità funzionale](#) e il loro benessere.

Introduzione

Le persone anziane con una significativa perdita continua di capacità mentale o fisica possono raggiungere un punto in cui necessitano dell'aiuto di altre persone per cure e supporto, come le persone affette da demenza. In altre parole, a un certo punto, necessitano di assistenza a lungo termine (LTC) per mantenere il più possibile la loro [capacità funzionale e vivere la propria vita nel rispetto dei propri diritti e con dignità \(OMS, 2020\)](#). L'LTC è un'area d'azione chiave del Decennio delle Nazioni Unite per [l'invecchiamento sano 2021-2030](#), basato sul quadro di riferimento [per l'invecchiamento sano](#) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (OMS, [2023](#)). L'OMS afferma che ogni paese dovrebbe avere un sistema [di LTC](#) (Beard *et al.*, [2016](#); Pot *et al.*, [2018](#)), ma molti paesi non dispongono di un tale sistema e vi sono preoccupazioni sulla qualità [dell'LTC](#), come l'assistenza fornita nelle case di cura (Spasova *et al.*, [2018](#)).

Gli operatori sanitari hanno la responsabilità primaria dell'erogazione dell'assistenza. Tuttavia, vi sono altri soggetti interessati che svolgono un ruolo importante nella qualità e nella sicurezza dell'assistenza, come

amministratori, decisori politici e autorità di regolamentazione. La ricerca, ad esempio, ha evidenziato il forte potenziale formativo delle attività di regolamentazione, il che significa che gli operatori sanitari orientano il proprio lavoro in base a ciò che viene controllato e monitorato (Power, [1999](#)). Le attività di regolamentazione hanno un impatto sul lavoro degli operatori sanitari (Jerak-Zuiderent e Bal, [2011](#)) e pertanto devono essere comprese e prese in considerazione.

Le definizioni di regolamentazione variano a seconda della disciplina professionale, [dell'ideologia politica](#) e persino della geografia (Levi-Faur, [2011](#); Windholz, [2018](#)); tuttavia, in generale, si può affermare che gli enti regolatori sono responsabili del monitoraggio, dell'ispezione e della regolamentazione della qualità e della sicurezza dell'assistenza. Negli ultimi decenni, diversi paesi, ad esempio Stati Uniti, Regno Unito e Australia, hanno investito sempre più nella regolamentazione, sebbene vi siano differenze nel modo in cui la regolamentazione è organizzata e nel livello e nella cultura di applicazione. Si è verificata una centralizzazione della regolamentazione a livello nazionale e questioni come l'assistenza a lungo termine (LTC), [la qualità della vita](#) e i diritti dei residenti hanno guadagnato terreno (Braithwaite *et al.*, [2007](#)). Gli enti regolatori utilizzano spesso un approccio "comando-controllo" per controllare la qualità dell'assistenza erogata, in altre parole, verificano comunemente gli standard, affidandosi a un regime caratterizzato da potere coercitivo e sanzionatorio (Braithwaite *et al.*, [2007](#)).

Attualmente, si stanno verificando diversi [sviluppi sociali](#) che stanno modificando la posizione degli enti regolatori rispetto ad altri stakeholder, inclusi professionisti dell'assistenza e amministratori. La maggiore enfasi sulla centralità della persona come requisito di qualità per l'assistenza non ha conseguenze solo per i professionisti dell'assistenza, ma anche per gli enti regolatori. Implica metodi di ispezione diversi, meno standardizzati, incentrati sull'erogazione complessiva dell'assistenza piuttosto che sull'assistenza a una persona fornita da una singola organizzazione (Beard *et al.*, [2016](#); Pot, [2022](#)). Questo è di per sé complesso e sta diventando ancora più complesso, con il carattere reticolare dell'erogazione dell'assistenza che solleva la questione di chi possa essere ritenuto responsabile della qualità dell'assistenza. Inoltre, a causa di una crescente orizzontalizzazione delle società che fa scomparire gerarchie di lunga data, l'autorità e la legittimità degli enti regolatori non possono più essere date per scontate. Allo stesso tempo, e paradossalmente, gli enti regolatori sono più spesso ritenuti responsabili di un'erogazione di assistenza inadeguata.

Questi sviluppi sociali mettono in discussione il modo in cui la regolamentazione dovrebbe essere messa in pratica per garantire o migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza a lungo termine (LTC) in collaborazione con i pazienti, gli operatori sanitari e le altre parti interessate. All'inizio degli anni '90, Braithwaite e colleghi sono stati tra i primi ricercatori a studiare la pratica normativa nell'LTC, concentrandosi specificamente sul contesto delle case di cura. Da allora, il numero di studi sulla pratica normativa nell'LTC è aumentato. Tuttavia, finora non è disponibile alcuna revisione dei risultati. Una revisione è rilevante per i decisori politici, gli amministratori e gli operatori sanitari, poiché fornisce loro una panoramica sui modi in cui gli enti regolatori cercano di orientare e promuovere la qualità dell'assistenza, parallelamente ai propri sforzi, e con quali effetti. Inoltre, una revisione è importante per pianificare e commissionare future ricerche volte a promuovere il campo della regolamentazione dell'LTC per gli [anziani](#) e contribuire a un'LTC di alta qualità in collaborazione con tutte le parti interessate (WRR, [2013](#)).

In questo articolo, descriviamo i risultati di una [revisione di scoping](#) volta a mappare l'estensione, la gamma e la natura delle prove empiriche esistenti sulle pratiche di regolamentazione nell'assistenza a lungo termine per gli anziani. Il nostro quesito di ricerca è stato di natura esplorativa, con una prospettiva ampia per riassumere le prove finora raccolte con l'obiettivo di: 1. identificare studi empirici sulle pratiche di regolamentazione nell'assistenza a lungo termine per gli anziani; 2. documentare gli obiettivi e i risultati di questi studi e 3. identificare le lacune nella ricerca in questo campo.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1041610224029363>

L'assicurazione per le cure a lungo termine in Italia: profili medico-legali e socio-economici

Paolo Bailo, Giuliano Pesel, Filippo Gibelli, Giovanna Ricci

Sezione di Medicina Legale, Facoltà di Giurisprudenza, Università di Camerino, Camerino, Italia

L'assicurazione per l'assistenza a lungo termine (LTCI) svolge un ruolo cruciale nel fornire un aiuto sostanziale in situazioni di non autosufficienza e nell'integrare i meccanismi di protezione statali esistenti. Con l'invecchiamento della popolazione e la crescente domanda di servizi sanitari, le polizze LTC sono diventate indispensabili. Mentre le polizze LTCI individuali incontrano difficoltà di adozione, le assicurazioni collettive offrono un'alternativa più snella. Tuttavia, realizzare appieno il potenziale di queste assicurazioni richiede un intervento legislativo mirato per migliorarne l'accessibilità e garantirne la sostenibilità. Questo articolo esplora l'evoluzione delle polizze LTCI in Italia, offrendo una panoramica del panorama attuale ed evidenziando i fattori socio-economici e medico-legali che lo caratterizzano. Con questa analisi, intendiamo offrire spunti di riflessione sull'evoluzione dinamica delle polizze LTCI e sul ruolo cruciale delle misure legislative nel migliorarne l'efficacia e l'accessibilità.

1 Introduzione

Le polizze assicurative possono offrire una vasta gamma di protezioni, una delle quali è la copertura assicurativa per l'assistenza a lungo termine (LTCI). La LTCI è progettata per supportare le persone nel caso in cui perdano la propria indipendenza a causa di una malattia. Esistono diverse opzioni di polizze assicurative disponibili sul mercato, adatte a diverse esigenze ([1](#)). La LTCI è nata negli Stati Uniti ed è entrata nel mercato europeo a metà degli anni '80, raggiungendo l'Italia solo nel 2000 ([2](#)).

Le polizze LTCI possono coprire la perdita completa di autosufficienza o l'incapacità di svolgere le normali attività quotidiane. Sono disponibili in formato individuale e collettivo e possono essere autonome o integrate con altre tipologie di assicurazione. Inoltre, possono essere classificate come polizze a vita intera o temporanee. Le polizze a vita intera prevedono il pagamento di premi e la sottoscrizione limitati a un'età specifica, mentre le polizze temporanee prevedono condizioni che devono verificarsi durante il periodo assicurativo o a un'età prestabilita. La protezione offerta può prevedere il rimborso delle spese di assistenza o la garanzia di una rendita vitalizia in caso di non autosufficienza, oppure può includere l'offerta di servizi sanitari.

La valutazione dell'idoneità delle polizze LTCI si basa generalmente sulle attività della vita quotidiana (ADL), che includono attività essenziali di cura di sé come mangiare, vestirsi, lavarsi, usare il bagno, camminare e mantenere la continenza. Quasi tutte le compagnie assicurative italiane utilizzano la scala ADL di Katz per valutare le attività della vita quotidiana ([3](#)). Questa scala valuta le limitazioni nelle attività quotidiane, con alcune compagnie assicurative che raggruppano le ADL in quattro categorie principali: igiene personale, vestirsi, camminare e mangiare. Per queste compagnie, la non autosufficienza è determinata dalla perdita totale di almeno tre funzioni. Altre compagnie assicurative aderiscono strettamente alla scala originale di Katz, che include tutte e sei le ADL. Assegnano 5 punti per la perdita parziale e 10 punti per la perdita totale, con la non autosufficienza raggiunta a 40 punti ([4](#), [5](#)).

Esistono inoltre scale valutative come le Attività Strumentali della Vita Quotidiana (IADL), che considerano anche le capacità cognitive e funzionali, aspetti non trattati dalle scale precedenti. Le scale IADL valutano compiti più complessi come fare la spesa, telefonare e gestire i farmaci ([6](#)).

La necessità di politiche di LTC nasce dalla necessità di garantire una copertura finanziaria per la non autosufficienza, in particolare in età avanzata, come si osserva in molti paesi, tra cui l'Italia ([7](#)). Con la crescita della popolazione anziana e la diminuzione dell'assistenza familiare a causa di vincoli economici, si registra una crescente domanda di servizi sanitari, evidenziando l'urgenza di garantire risorse finanziarie.

Per comprendere meglio la situazione dell'assistenza a lungo termine in Italia, il Ministero della Salute ha commissionato un'indagine nel 2023 per analizzare le statistiche rilevanti ([8](#)). All'inizio del 2023, le stime indicavano che l'Italia aveva circa 28 milioni di individui di età superiore ai 50 anni, con oltre la metà sopra i 65 anni e il 3% sopra i 90. Un parametro chiave per valutare l'assistenza a lungo termine è il numero di anziani

che ricevono assistenza domiciliare integrata (ADI). L'ADI comprende una combinazione di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, insieme a servizi di assistenza sociale come l'igiene personale, la cura della persona e l'assistenza ai pasti, forniti direttamente a casa della persona. Tra il 2014 e il 2022, il numero di over 65 che ricevono ADI è aumentato da 252.377 a 459.151. In particolare, per gli over 75, il numero è salito da 209.781 a 383.250, quasi raddoppiando in poco meno di un decennio ([8](#)).

Un altro indicatore principale è l'accesso a strutture di assistenza a lungo termine come le case di cura, che si rivolgono principalmente a persone anziane non autosufficienti che necessitano di cure mediche, infermieristiche e riabilitative a tempo pieno. Dal 2017 al 2022, il numero di over 65 nelle case di cura è aumentato da 296.183 a 362.249. Per gli over 75, il numero è cresciuto da 269.392 a 329.545, mostrando un aumento minore rispetto all'IHC, in parte a causa dei costi sostanziali associati a queste strutture ([8](#)).

Affidarsi esclusivamente al welfare statale e alla previdenza sociale non è sufficiente in una società che invecchia. Pertanto, le politiche di assistenza a lungo termine (LTCL) sono fondamentali per fornire un sostegno più forte alle famiglie ([9](#)). L'attuale utilizzo dell'LTC si trova ad affrontare sfide quali la bassa domanda, l'offerta insufficiente e l'accessibilità limitata. Il superamento di queste barriere e la promozione dell'adozione dell'LTCL possono essere raggiunti attraverso un approccio basato sul gruppo e iniziative legislative prospettiche, come detrazioni fiscali volte ad alleviare l'onere finanziario e incoraggiare investimenti più ampi nella copertura LTCL per la futura non autosufficienza.

Questo articolo esamina approfonditamente l'assicurazione per l'assistenza a lungo termine in Italia, esplorando il panorama attuale e affrontando le sfide sociali e medico-legali legate alla sua implementazione. Per fornire un'analisi completa delle polizze LTCL, abbiamo consultato diverse fonti, tra cui la legislazione italiana e il Codice delle Assicurazioni, studi/dati dell'Associazione Nazionale Assicurazioni (ANIA), polizze individuali di diverse compagnie e informazioni fornite dalle associazioni dei consumatori. Oltre a presentare le problematiche, proponiamo potenziali soluzioni, con l'obiettivo di fornire spunti per un quadro assicurativo per l'assistenza a lungo termine più resiliente ed efficace in Italia. Inoltre, abbiamo condotto una ricerca all'interno dell'offerta delle principali compagnie assicurative in Italia per identificare i principali prodotti LTCL attualmente disponibili. Ciò ha comportato l'analisi dei contratti e delle rispettive clausole.

2 LTCL in Europa: una panoramica

Prima di addentrarci nella discussione sull'LTCL in Italia, è opportuno fornire una breve panoramica del panorama dell'LTCL in Europa.

Il panorama delle assicurazioni per l'assistenza a lungo termine in Europa varia significativamente da un paese all'altro, principalmente a causa delle differenze nei quadri istituzionali e nello sviluppo del mercato. Nel complesso, relativamente pochi europei di età superiore ai 50 anni hanno un'assicurazione privata per l'assistenza a lungo termine. I principali fattori determinanti per la sottoscrizione di una polizza per l'assistenza a lungo termine includono istruzione, reddito, vedovanza, buono stato di salute soggettivo e patologie croniche. Livelli di istruzione e reddito più elevati sono associati a una maggiore probabilità di sottoscrivere assicurazioni per l'assistenza a lungo termine, mentre anche le persone vedove hanno maggiori probabilità di sottoscrivere tali polizze, probabilmente a causa del loro maggiore bisogno di assistenza formale.

Francia e Israele si distinguono per i loro mercati assicurativi per l'assistenza a lungo termine ben sviluppati. In Israele, circa il 60% della popolazione ha una qualche forma di LTCL privata, tramite piani sanitari o assicurazioni commerciali. Questo elevato tasso di penetrazione è determinato da tre tipologie di LTCL: individuale commerciale, collettiva commerciale e collettiva tramite piani sanitari. Anche la Francia ha un solido mercato LTCL, con circa 5,5 milioni di persone assicurate, che rappresentano circa il 10% del mercato. L'assicurazione francese colma il divario nell'offerta di assistenza pubblica, che copre solo parzialmente i costi dell'assistenza a lungo termine ([10](#)).

Al contrario, altri paesi europei presentano tassi di copertura molto più bassi. Ad esempio, Austria, Danimarca, Repubblica Ceca e Italia hanno mercati LTCL sottosviluppati. In Austria, solo circa l'1,45% della popolazione detiene una polizza LTCL privata, mentre la Danimarca ha un tasso leggermente più alto, pari all'1,83%. Anche Italia e Repubblica Ceca segnalano bassi tassi di copertura, rispettivamente del 2,63% e del 2,28%. Questi bassi tassi sono in parte dovuti a strutture di mercato meno sviluppate e a minori opzioni assicurative disponibili ([10](#)).

Per quanto riguarda la spesa pubblica, Svezia e Paesi Bassi spendono tra il 3,5 e il 4% del loro PIL per l'assistenza a lungo termine pubblica, mentre paesi come la Repubblica Ceca e Israele spendono meno dello 0,5%. Questa variazione nella spesa pubblica influenza le strutture di incentivazione per l'acquisto di LTCI private. Nei paesi con un'ampia copertura pubblica, come Svezia e Danimarca, c'è meno bisogno di assicurazioni private. Al contrario, nell'Europa meridionale e orientale, dove l'assistenza pubblica formale è meno diffusa, il ricorso all'assistenza familiare informale riduce la domanda di LTCI privata ([10](#)).

Un piccolo esperimento presentato in uno studio del 2015 da Bucher-Koenen et al. ([10](#)) suggerisce che se paesi come Austria, Danimarca, Repubblica Ceca e Italia adottassero condizioni di mercato simili a quelle di Francia e Israele, i tassi di copertura LTCI potrebbero aumentare significativamente. Ciò suggerisce che la bassa penetrazione LTCI in questi paesi è dovuta più a vincoli dal lato dell'offerta che a differenze nei fattori socio-demografici.

3 Il paesaggio italiano: verso un approccio collettivo

In Italia, l'introduzione sul mercato delle polizze LTCI intorno al 2000 ha rappresentato una risposta fondamentale alle sfide poste da una popolazione sempre più anziana. All'inizio del secolo, l'impatto dell'invecchiamento demografico stava diventando palpabile, rendendo necessarie misure proattive per soddisfare le esigenze in continua evoluzione della popolazione. Le polizze LTCI si sono rivelate una potenziale soluzione, con l'obiettivo di fornire una copertura e un supporto completi alle persone che si trovano ad affrontare le sfide legate all'invecchiamento.

Le specifiche della copertura LTCI sono delineate nel Decreto del Ministro delle Finanze del 22 dicembre 2000, n. 47, intitolato "Assicurazione contro il rischio di non autosufficienza nello svolgimento degli atti della vita quotidiana" ([11](#)). Inoltre, il Codice delle Assicurazioni Private (Decreto Legislativo n. 209/2005) classifica la LTCI come "assicurazione contro il rischio di non autosufficienza" nell'ambito dell'assicurazione sulla vita di ramo IV. Questa classe comprende contratti a lungo termine e non rescindibili progettati per mitigare il rischio di grave invalidità derivante da malattia, infortunio o longevità ([12](#)).

Per quanto riguarda l'attivazione della copertura assicurativa, le polizze assicurative italiane si basano principalmente sul soddisfacimento dei criteri delle ADL, che richiedono all'assicurato di presentare compromissioni in almeno tre o quattro ADL per poter beneficiare della copertura. È interessante notare che l'adozione del sistema delle IADL è poco frequente in questo contesto.

Inizialmente, quando le polizze LTCI furono introdotte sul mercato, la polizza standard prevedeva comunemente una rendita vitalizia di base a partire dall'età di 65 anni. Inoltre, poteva includere una rendita aggiuntiva se l'assicurato si trovava ad affrontare un calo dell'autosufficienza nelle attività quotidiane, con un'ulteriore integrazione che entrava in vigore dopo il raggiungimento dell'età di 85 anni. Inoltre, il contratto di polizza assicurativa imponeva una rivalutazione annuale dello stato di autosufficienza dell'assicurato fino all'età di 85 anni ([13](#)). Tuttavia, la tendenza attuale indica un allontanamento dalla specificazione di un'età per la rendita nelle polizze, con l'attenzione ora esclusivamente sull'attivazione in caso di perdita di autosufficienza.

Un passo significativo nell'affrontare la sfida socioeconomica dell'assistenza alle persone non autosufficienti è stato segnato dal citato Decreto Ministeriale n. 47 del Ministero delle Finanze del 22 dicembre 2000. Tale decreto ha riconosciuto concretamente l'opzione di "sostituzione" finanziaria, in particolare attraverso le polizze LTCI. Ha delineato gli aspetti chiave essenziali affinché le polizze LTCI possano beneficiare di agevolazioni fiscali, concentrandosi sulla durata del contratto e sul divieto di recesso da parte dell'assicuratore.

Il decreto ha inoltre delineato esplicitamente le attività essenziali della vita quotidiana che determinano la non autosufficienza, equiparando una persona che necessita di supervisione continua a un individuo non autosufficiente. Ciononostante, il tentativo legislativo di designare gli individui come non autosufficienti con la perdita anche di un singolo atto della vita quotidiana, anche parziale, non è stato abbracciato o avallato dalle compagnie assicurative. Questo rimane un modello propositivo. Inoltre, l'attivazione della polizza LTCI a causa di una perdita parziale di un'attività appare imprudente, poiché una mera menomazione derivante da una frattura potrebbe qualificarsi come una perdita parziale di funzionalità. Di conseguenza, le ultime proposte in tal senso non hanno ottenuto il sostegno delle compagnie assicurative ([14](#)).

Tuttavia, dopo il decreto iniziale, negli anni successivi si è verificata una notevole mancanza di slancio legislativo in materia di polizze LTCI. Queste polizze hanno incontrato difficoltà nell'ottenere un'ampia accettazione, principalmente a causa dei vincoli economici legati al pagamento del premio assicurativo. Inoltre, sono emerse difficoltà nell'implementazione del servizio LTCI stesso, caratterizzato da una carenza di offerta concreta per soddisfare la crescente domanda.

Pertanto, di fronte ai costi proibitivi delle polizze LTCI individuali, prodotti assicurativi innovativi nel settore LTCI si sono evoluti per spostare l'attenzione dalla copertura individuale alla contrattazione collettiva. Gruppi specifici di lavoratori, riconoscendo la necessità di protezione in caso di non autosufficienza, hanno collaborato con datori di lavoro e sindacati per garantire assicurazioni LTCI collettive ([15](#) , [16](#)).

Attualmente, la tutela LTCI più solida risiede nelle iniziative collettive guidate da enti come associazioni di categoria o sindacati. Queste iniziative obbligano i datori di lavoro a stanziare risorse per una protezione LTCI completa, esemplificando una consapevolezza collettiva tra i lavoratori del rischio condiviso di dipendenza e dell'imperativo di una copertura estesa all'intero gruppo. Questo approccio collettivo è il fulcro della sostenibilità della protezione LTC. La condivisione dei contributi tra datori di lavoro e dipendenti, unita a un calcolo del rischio che trascende le valutazioni individuali, rafforza la resilienza di questa forma di protezione. Abbracciando la collettività, l'onere del rischio viene distribuito all'intera categoria di appartenenza al gruppo, promuovendo un senso di reciprocità in cui tutti gli assicurati contribuiscono a risarcire coloro che sono stati colpiti da eventi avversi.

Il principio di solidarietà sottolinea ulteriormente questo sforzo collettivo, poiché gli assicurati a basso rischio contribuiscono più di quanto dovuto per facilitare premi accessibili per gli individui ad alto rischio. In questo modo, la protezione collettiva aggira i meccanismi anti-selezione insiti nelle polizze individuali. A differenza delle polizze individuali, in cui solo gli individui ad alto rischio richiedono la protezione LTC, le iniziative collettive impediscono agli assicuratori di essere esposti a un numero eccessivo di richieste di indennità, promuovendo un panorama assicurativo LTCI più equilibrato e sostenibile. Questo approccio mirava ad alleviare l'onere finanziario per i singoli lavoratori, pur rimanendo sostenibile per le compagnie assicurative. Assicurando un gruppo ben definito con uno specifico profilo di rischio – individui in età lavorativa con un basso potenziale di non autosufficienza – le polizze sono diventate finanziariamente sostenibili. Tuttavia, uno svantaggio principale di queste polizze collettive LTCI risiede spesso nella perdita di copertura per gli individui una volta andati in pensione. Di conseguenza, nel momento di maggiore bisogno, soprattutto in età avanzata, gli individui potrebbero trovarsi senza la copertura essenziale di cui necessitano.

In effetti, le polizze LTCI di gruppo possono essere ampiamente classificate in due tipologie distinte. La prima categoria impone una limitazione al rinnovo della copertura al raggiungimento dell'età pensionabile (tipicamente fino a un massimo di 70 anni) ([17](#)). In questo scenario, se la non autosufficienza si verifica dopo il pensionamento, non viene previsto alcun indennizzo. Al contrario, la seconda categoria si rivolge a gruppi specifici di lavoratori (ad esempio, i banchieri) ([18](#)), consentendo alla polizza attivata in età lavorativa di estendere la copertura per la non autosufficienza per tutta la vita dell'individuo, anche in età avanzata. Mentre la seconda tipologia è più vantaggiosa, fornendo una copertura continuativa, è esclusiva di determinate categorie professionali e spesso comporta costi più elevati.

Considerati i vantaggi insiti nella contrattazione collettiva, l'integrazione dell'intervento pubblico e privato emerge come una soluzione completa, che garantisce sia una copertura sufficiente per gli iscritti sia la sostenibilità del sistema politico. Attualmente, la contrattazione collettiva nel settore LTCI trova espressione attraverso i fondi pensione complementari, come regolamentati dal decreto legge 252/2005 ([19](#)), e i fondi sanitari complementari, disciplinati dal decreto del Presidente della Repubblica n. 917/86 ([20](#)), dal decreto legge 502/1992 ([21](#)) e dal decreto legge 229/1999 ([22](#)).

Questi fondi sanitari integrativi sono aperti alla collaborazione tra enti pubblici e privati, garantendo l'assenza di selezione del rischio o comportamenti discriminatori nei confronti di specifiche categorie di individui. Tali fondi possono essere autogestiti o affidare la copertura delle prestazioni a istituzioni pubbliche e private, comprese le compagnie assicurative che possono beneficiare di agevolazioni fiscali aderendo alla protezione LTCI.

In Italia esistono tre grandi fondi sanitari integrativi: il Fondo Unico Nazionale LTC (assicurazione sulla protezione personale), ABI-CASDIC (assicurazione sulla protezione personale bancaria) e l'Ente di Mutua Assistenza per i Professionisti Italiani (EMAPI), che coprono diverse categorie professionali come medici,

avvocati, chimici, fisici, agronomi, ecc. Tutti e tre gli enti si basano sul metodo ADL per determinare il raggiungimento della non autosufficienza e successivamente erogare le prestazioni ([23](#)).

Per approfondire il panorama dell'utilizzo delle polizze LTCI in Italia, abbiamo esaminato i dati disponibili per quantificare il numero di polizze LTCI attualmente in circolazione e la loro distribuzione tra polizze collettive e individuali. Da fonti giornalistiche ([24](#)), la stima complessiva è che solo il 2% della popolazione utilizza polizze LTCI. I dati affidabili sul numero di polizze LTCI attualmente in essere sono scarsi, con informazioni disponibili provenienti esclusivamente dall'ANIA ([25](#)). Per le polizze LTCI con copertura vita tra il 2017 e il 2023, sono disponibili solo i numeri totali, senza distinguere tra polizze individuali e collettive. Nonostante un aumento significativo da 30.000 a oltre 120.000, queste polizze rappresentano ancora solo circa lo 0,1-0,2% di tutte le polizze di assicurazione sulla vita. I dati sono presentati nella [Figura 1](#) .

Figura 1

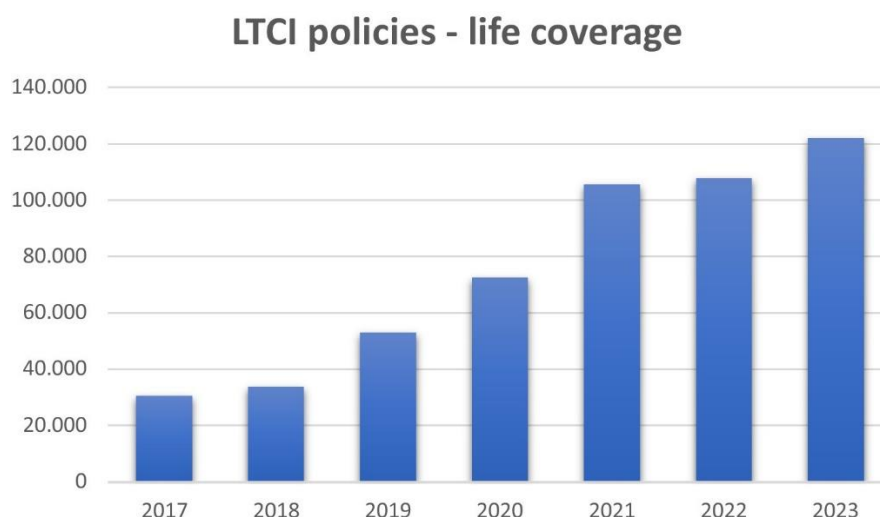


Figura 1. Distribuzione delle polizze di copertura vita LTCI (2017–2023, dati ANIA).

Per quanto riguarda la copertura sanitaria delle polizze LTCI, il numero di polizze assicurative dal 2017 al 2022 varia tra 20.000 e 30.000, di cui circa il 90% è costituito da polizze collettive e il restante 10% da polizze individuali. Queste polizze sanitarie costituiscono meno dell'1% del totale delle polizze sanitarie, oscillando tra lo 0,7 e l'1% nel corso degli anni. Un calo notevole si è verificato tra il 2019 e il 2020, principalmente a causa della pandemia di COVID-19, con una modesta ripresa nel 2022. I dati sono presentati nella [Figura 2](#). Rispetto al numero significativo di individui non autosufficienti, l'adesione a queste polizze è minima.

Figura 2

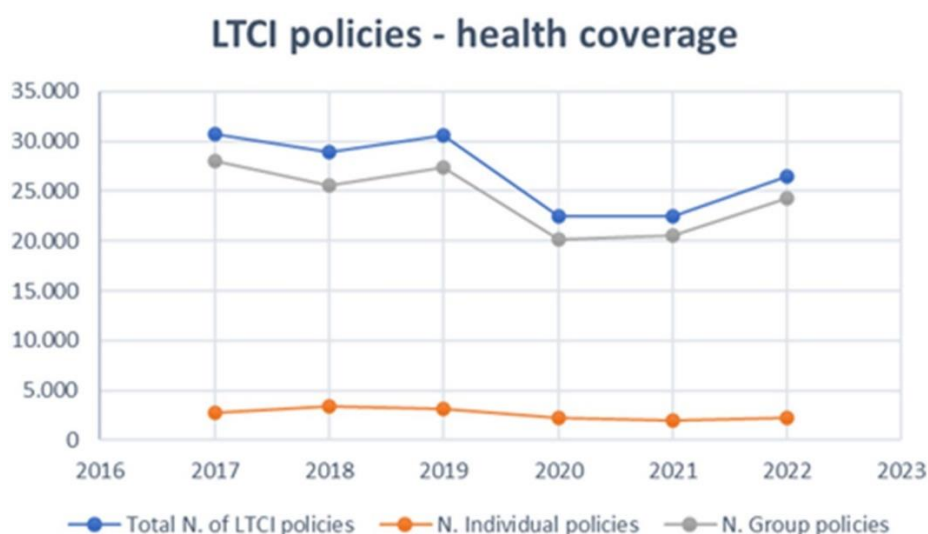


Figura 2. Distribuzione delle polizze di copertura sanitaria LTCI (2017-2022, dati ANIA).

Qual è l'impatto economico della non autosufficienza sui singoli nuclei familiari? Quando un membro della famiglia non è autosufficiente, ciò richiede diverse scelte gestionali. Un'opzione è il ricovero dell'individuo in una casa di cura, mentre un'altra è l'assunzione di un assistente domiciliare a tempo pieno. In alternativa, i familiari potrebbero scegliere di dedicare più tempo all'individuo, spesso riducendone l'orario di lavoro, con significative ripercussioni economiche e psicologiche. Per fornire un quadro più chiaro dei costi coinvolti, diverse associazioni di consumatori e sindacati hanno stimato le spese di questi servizi. Il costo medio di una casa di cura è di circa 1.700-3.500 euro al mese ([26](#)), di cui metà a carico dello Stato e la restante parte, eventualmente integrata dai contributi comunali, a carico della famiglia. Al contrario, assumere un assistente domiciliare con contributi previdenziali costa tra 19.000 e 21.000 euro all'anno, escluse le spese aggiuntive per la copertura di ferie o malattia ([27](#) , [28](#)). Si stima che la spesa privata per case di cura e assistenza domiciliare ammonti a circa 33 miliardi di euro, pari all'1,7% del prodotto interno lordo. Questa spesa è quasi interamente a carico delle famiglie, imponendo un onere finanziario significativo. Le polizze LTCI contribuiscono solo per 178 milioni di euro, pari a un misero 0,2% del valore totale della copertura assicurativa sulla vita ([29](#)).

4 Ultime iniziative e situazione attuale

Il legislatore ha adottato misure per incoraggiare l'adozione di polizze LTCI, concentrandosi principalmente sui dipendenti. Nel 2017, il legislatore è intervenuto nei contratti di lavoro per fornire incentivi fiscali per i soggetti che optano per polizze LTCI ([30](#)). Nell'ambito di questa iniziativa, i fondi stanziati per i premi assicurativi sono esenti dal calcolo del reddito. Questa azione normativa mirava a collegare l'occupazione a una ragionevole protezione contro la futura non autosufficienza dei lavoratori.

Purtroppo, questo approccio non si estende alla tutela dei familiari del lavoratore. Inoltre, questa strategia è stata impiegata per promuovere la consapevolezza sui rischi della non autosufficienza e sull'importanza di avere una copertura LTCI. Questo cambiamento di consapevolezza ha, a sua volta, influenzato i rappresentanti sindacali dei lavoratori, che ora hanno un interesse personale nel migliorare le tutele dei lavoratori e facilitare l'accesso alle polizze LTC.

Per quanto riguarda la carenza di servizi per le persone non autosufficienti, l'imperativo di rimodellare il sistema di welfare italiano alla luce del crescente invecchiamento della popolazione ha spinto il governo e l'azione parlamentare già nel 1997. Nel corso dei due decenni successivi, sono emerse varie proposte, sostenute non solo dalle associazioni sociali e dai sindacati, ma anche da un disegno di legge che si è concretizzato nel 2023 come Legge 33, ufficialmente deliberata dal Parlamento il 23 marzo 2023 ([31](#)). La Legge 33/2023 è una legge delega, che conferisce al governo il mandato di emanare decreti legislativi per la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. Sebbene questa legge non affronti direttamente le politiche di LTCI, la sua importanza risiede nel suo impatto su un ostacolo fondamentale che le politiche di LTCI si trovano ad affrontare: l'assenza di servizi adeguati per le persone non autosufficienti.

L'aspetto più degno di nota della Legge 33/2023, particolarmente rilevante per le politiche di LTCI, riguarda l'ampliamento dei servizi delineati nella legge delega. Tale ampliamento si traduce in un aumento dei servizi domiciliari, residenziali e familiari. Per quanto riguarda i servizi domiciliari, è necessario stabilire modelli per soddisfare le esigenze specifiche degli anziani, considerando durate e orari giornalieri appropriati. I servizi sanitari territoriali devono essere integrati con i servizi comunali per migliorare il supporto complessivo ([29](#)). Per quanto riguarda i servizi residenziali, l'attenzione è rivolta all'aumento del personale nelle residenze per anziani con competenze più mirate, in base ai profili degli ospiti. Si propone inoltre l'introduzione di sistemi di controllo per garantire una qualità di vita ideale. Nell'ambito dei servizi alla famiglia, in particolare per quanto riguarda gli assistenti familiari permanenti, si richiede una migliore definizione attraverso linee guida specifiche che delineino le competenze professionali richieste. Inoltre, si propone una maggiore tutela per questi assistenti attraverso agevolazioni fiscali e contributive.

Questi cambiamenti globali contribuiscono complessivamente a un panorama di servizi più ampio. È importante sottolineare che gli assicurati possono utilizzare il rimborso ricevuto dopo aver perso l'autosufficienza per accedere e beneficiare di questi servizi migliorati.

Il panorama attuale delle polizze LTCI individuali nel mercato italiano è rappresentato nella [Tabella 1](#) .

Tabella 1

Insurance company	Maximum entry age	Activation scale
Generali	74 years and 6 months	ADL
ITAS Assicurazioni	74 years	ADL
UnipolSai	Not provided	ADL
Reale Mutua	70 years	ADL + iADL
Helvetia	65 years	ADL
Allianz	75 years	ADL
Zurich	70 years	ADL
CFAssicurazioni	69 years	ADL
Italiana Assicurazioni	71 years	ADL + iADL
HDI Assicurazioni	70 years	ADL
AXA Assicurazioni	70 years	ADL
Vittoria Assicurazioni	70 years	ADL
Groupama	65 years	ADL
Postevita - Poste Italiane	70 years	ADL
Mediolanum	70 years	ADL
Alleanza Assicurazioni	70 years	ADL

Tabella 1. Il panorama assicurativo per l'assistenza a lungo termine in Italia, con particolare attenzione ai limiti di età di ingresso e ai criteri di attivazione: ADL (Attività della vita quotidiana) o iADL (Attività strumentali della vita quotidiana).

L'assicurazione LTCI si concentra principalmente sulla copertura vita, con scarsa presenza nella copertura sanitaria. Nella copertura vita, l'enfasi è posta sulla fornitura di una rendita, mentre nella copertura sanitaria, le polizze LTCI mirano a coprire le spese mediche e di assistenza in caso di perdita di autosufficienza. I criteri di attivazione si basano principalmente sulle attività quotidiane di base, trascurando le attività quotidiane di base. Questa focalizzazione potrebbe limitare la completezza della copertura ignorando le mutevoli esigenze di assistenza associate alle funzioni cognitive.

Un altro aspetto importante è il breve periodo di ingresso in queste polizze, in contrasto con l'aspettativa di vita complessiva. Come indicato nella [Tabella 1](#), gli individui possono sottoscrivere la polizza assicurativa solo fino all'età specificata dalla polizza. Quando i lavoratori sono giovani, spesso non considerano la necessità di una protezione contro la non autosufficienza o trovano l'LTCI troppo costosa. Tuttavia, al raggiungimento dell'età pensionabile, le polizze LTCI non sono più disponibili. A seconda della compagnia assicurativa, nessuno di età superiore ai 65-75 anni può richiedere l'LTCI. Pertanto, quando una persona raggiunge le fasi terminali della vita pur essendo ancora autosufficiente – grazie all'aumento dell'aspettativa di vita – non può ottenere l'LTCI se non l'ha già fatto. Questo fattore di esclusione contribuisce in modo significativo ai bassi tassi di adozione delle polizze LTCI. Un approccio più inclusivo alle tempistiche di ingresso in polizza potrebbe affrontare questo problema, garantendo che una gamma diversificata di individui, compresi coloro che si trovano in fasi successive della vita, possano beneficiare della copertura LTCI.

Per promuovere una più ampia adozione delle polizze LTCI, sono state proposte idee innovative, come l'integrazione del contributo LTCI nell'assicurazione obbligatoria di responsabilità civile auto. Questa proposta mira ad affrontare la sostanziale perdita di autosufficienza derivante dagli incidenti stradali. Ridistribuendo questo costo tra la società, il premio per individuo assicurato verrebbe sostanzialmente ridotto, promuovendo l'accessibilità finanziaria e sottolineando la responsabilità collettiva della società nel salvaguardare il benessere e le esigenze di assistenza a lungo termine dei suoi membri ([15](#)).

7 Conclusioni

Le polizze LTCI rappresentano uno strumento prezioso per migliorare il supporto in scenari di non autosufficienza, fungendo da livello complementare alla protezione statale. Purtroppo, l'adozione di polizze individuali è stata limitata, ma il potenziale di efficienza risiede nell'utilizzo di polizze collettive. Per promuovere una più ampia adozione di questo prodotto vantaggioso, sosteniamo che l'intervento legislativo sia imperativo. Tale intervento ha il potenziale non solo di rendere questo tipo di prodotto più accessibile economicamente, ma, cosa ancora più importante, di avviare un ciclo autosufficiente di maggiore consapevolezza, adozione e sostenibilità complessiva. Un approccio legislativo strategico può svolgere un ruolo fondamentale nell'ottimizzare l'attrattiva e la fattibilità delle polizze LTC, garantendo così una migliore assistenza a chi ne ha bisogno e rafforzando il sistema di welfare complessivo.

<https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2024.1405735/full>



Chi è nato dopo il 1939 difficilmente vivrà fino a 100 anni

Il rallentamento dell'aspettativa di vita si somma alla prospettiva di una vita segnata da ondate di calore, alluvioni e siccità

Francesca Cerati

L'umanità ha forse superato il suo "picco di longevità". È questa la conclusione a cui arriva un ampio studio internazionale coordinato da José Andrade, demografo del Max Planck Institute for Demographic Research, pubblicato su Pnas.

Per oltre mezzo secolo l'umanità ha vissuto una vera e propria rivoluzione della longevità. Tra il 1900 e il 1938, l'aspettativa di vita nei Paesi ricchi è cresciuta a ritmi senza precedenti: sei mesi in più per ogni anno di nascita, passando in pochi decenni da 62 a 80 anni. Un traguardo che sembrava destinato a proiettare sempre più persone oltre la soglia simbolica dei cento anni. E invece no. Lo studio appena pubblicato mostra che quel progresso è ormai alle spalle.

Il ritmo di crescita è dimezzato

Analizzando i dati di 23 Paesi industrializzati e confrontando diverse tecniche di previsione, i ricercatori hanno constatato che, per le coorti nate dopo il 1939, il ritmo di crescita dell'aspettativa di vita si è più che dimezzato: solo 2-3 mesi in più per ogni anno di nascita. Significa che chi è nato nel 1980, ad esempio, non raggiungerà in media i 100 anni, e nessuna delle generazioni osservate nello studio supererà questo traguardo.

La ragione principale sta nella diversa origine dei guadagni di longevità. Nel primo Novecento, la drastica riduzione della mortalità infantile grazie a vaccinazioni, antibiotici, igiene e condizioni abitative migliori aveva liberato enormi margini di crescita. Oggi, al contrario, quei margini sono quasi esauriti: la mortalità nei primi anni di vita è già minima e i progressi possibili nella sopravvivenza degli anziani, pur importanti, non hanno la stessa forza propulsiva.

«L'aumento senza precedenti dell'aspettativa di vita raggiunto nella prima metà del XX secolo difficilmente si ripeterà», spiegano gli autori. E anche se nei prossimi decenni arrivassero cure innovative in grado di rallentare l'invecchiamento, non basterebbero a restituire i ritmi vertiginosi del passato.

Lo studio sottolinea che non si tratta solo di una questione accademica. Le previsioni di longevità influenzano politiche cruciali: pensioni, sistemi sanitari, coesione sociale. Se la vita si allunga meno del previsto, sia i governi sia i cittadini dovranno ricalibrare aspettative, risparmi e progettualità di lungo periodo.

I bambini del 2020 e il peso del clima

A maggio scorso, un altro studio – pubblicato su Nature e guidato dal ricercatore Luke Grant – ha lanciato un allarme parallelo: i bambini nati nel 2020 saranno esposti a un numero senza precedenti di eventi climatici estremi nel corso della loro vita.

Utilizzando modelli climatici e demografici, gli scienziati hanno calcolato che, anche se il riscaldamento globale fosse contenuto entro 1,5 °C, oltre metà dei nati nel 2020 sperimenterà ondate di calore senza precedenti. Con un aumento di 3,5 °C, la percentuale salirebbe al 92%.

Non si tratta solo di calore: siccità, incendi, alluvioni e fallimenti dei raccolti colpiranno centinaia di milioni di persone. E le comunità più povere, con minore capacità di adattamento, saranno le più esposte. Lo studio parla esplicitamente di una “ingiustizia intergenerazionale”: chi è nato nel XXI secolo, pur avendo contribuito meno alle emissioni climalteranti, subirà gli impatti maggiori.

Due fili che si intrecciano

A prima vista, i due studi sembrano muoversi su piani diversi: da un lato la dinamica biologico-demografica della longevità, dall'altro la pressione ambientale sugli stili di vita. Ma messi insieme raccontano una stessa storia: il futuro delle nuove generazioni potrebbe essere più breve e più duro.

Sta crescendo a dismisura il numero di società (quote e non) che inseriscono Bitcoin ed Ethereum in tesoreria emulando la strategia inaugurata nel 2021 da MicroStrategy. Pro e contro di questo dilagante...

Il secolo scorso aveva illuso che la curva dell'aspettativa di vita fosse destinata a crescere senza limiti. Oggi invece si scopre che quel progresso si sta rallentando, mentre al contempo le giovani coorti affrontano rischi climatici crescenti che possono incidere sulla salute, sull'economia e sulla stabilità sociale.

Due forze – l'erosione dei guadagni di longevità e l'esposizione a eventi estremi – convergono, mettendo in discussione l'idea di un futuro automaticamente migliore rispetto al passato.

https://www.ilsole24ore.com/art/chi-e-nato-il-1939-difficilmente-vivra-fino-100-anni-AHTOMOX?&cmpid=nl_sanita24



Ecco perché l'influenza è più mortale negli anziani, ma in Italia la metà non si vaccina

Gli esperti hanno osservato che le persone in età avanzata producono una proteina glicosilata coinvolta nel metabolismo lipidico e nell'infiammazione, a livelli molto più elevati rispetto alle persone più giovani

Marzio Bartoloni

Tutta colpa di una proteina tallone d'Achille, che depotenzia la capacità di farsi scudo contro i virus. Ecco perché per gli anziani l'influenza è più mortale. Lo ha scoperto un team di scienziati autori di un nuovo studio pubblicato sulla rivista Pnas (Proceedings of the National Academy of Sciences). Gli esperti hanno osservato che le persone in età avanzata producono una proteina glicosilata - chiamata apolipoproteina D (ApoD) -, coinvolta nel metabolismo lipidico e nell'infiammazione, a livelli molto più elevati rispetto alle persone più giovani. E ciò riduce la capacità di resistere alle infezioni virali, con conseguente peggioramento della malattia. Per questo, evidenziano, gli anziani hanno maggiori probabilità di soffrire di influenza grave. Peccato che il feeling degli italiani con il vaccino anti-influenzale continua a non sbocciare. Alla vigilia di una nuova stagione influenzale, dopo quella di 16 milioni di casi dell'anno scorso, è emerso che nell'ultima campagna vaccinale si è “protetto” solo un italiano su cinque e in particolare soltanto poco più di metà degli over 65, i più fragili ed esposti ai rischi dei virus.

L'obiettivo della ricerca: capire perché anziani più fragili per influenza

Le scoperte della nuova ricerca possono essere ora utilizzate per affrontare questo rischio maggiorato. Il lavoro è frutto di una collaborazione internazionale guidata da scienziati della China Agricultural University, dell'Università di Nottingham, dell'Istituto di microbiologia (Accademia cinese delle scienze), dell'Istituto nazionale cinese per il controllo e la prevenzione delle malattie virali e dell'Università di Edimburgo. Gli autori hanno indagato e rilevato che una produzione di ApoD che diventa molto elevata con l'età provoca nei polmoni un danno tissutale esteso durante l'infezione, riducendo la risposta protettiva antivirale dell'interferone di tipo I. “L'invecchiamento è uno dei principali fattori di rischio per i decessi correlati all'influenza”, osserva **Kin-Chow Chang** della School of Veterinary Medicine and Science dell'università di Nottingham, coautore dello studio. E va anche tenuto conto del fatto che “la popolazione mondiale sta invecchiando a un ritmo senza precedenti nella storia dell'umanità, ponendo gravi problemi per l'assistenza sanitaria e l'economia”, aggiunge. “Dobbiamo quindi scoprire perché i pazienti anziani spesso soffrono più gravemente di infezioni da virus influenzale”, sottolinea il ricercatore.

Sotto la lente il ruolo dell' “ApoD”

Nello studio il team ha approfondito questo aspetto e ha indagato sui meccanismi alla base dell'aumento della gravità dell'infezione da virus influenzale con l'età utilizzando un modello di topo anziano e sezioni appropriate di tessuto umano donato. E' così che è stato identificato l'ApoD come un fattore cellulare correlato all'età che compromette l'attivazione della risposta antivirale del sistema immunitario all'infezione da virus dell'influenza, causando un'estesa degradazione dei mitocondri (mitofagia), con conseguente maggiore produzione di virus e danno polmonare durante l'infezione. I mitocondri sono essenziali per la produzione cellulare di energia e per l'induzione di interferoni protettivi - evidenziano gli autori - e l'ApoD è quindi un obiettivo per un intervento terapeutico volto a proteggere dalle infezioni gravi da virus influenzale negli anziani, il che avrebbe un impatto significativo sulla riduzione della morbidità e della mortalità in questa fascia d'età. “Mediante il targeting inibitorio dell'ApoD - conclude Chang - esiste ora un'entusiasmante opportunità di migliorare terapeutamente la gravità dell'influenza” in questa fetta di popolazione fragile.

La fuga dal vaccino: “protetto” solo un anziano su due

L'influenza come detto può essere rischiosa per i pazienti più fragili e in particolare gli anziani e le vaccinazioni al momento rappresentano lo strumento più efficace per difendersi: da qualche anno però in Italia si sta registrando a una vera e propria fuga dal vaccino. E questo fenomeno riguarda anche i più fragili - gli over 65 - visto che ormai si vaccina contro l'influenza praticamente solo un anziano su due con un calo che è ormai costante da alcuni anni: nell'ultima campagna vaccinale 2024-2025 - come segnalato al Sole 24 ore dal ministero della Salute - gli over 65 che si sono immunizzati contro l'influenza sono scesi a uno striminzito 52,5% contro il 53,3% dell'anno prima e il 56,7% del 2022-2023. Numeri in costante calo e lontani dal 65,3% raggiunto in piena pandemia - nel 2020-21 - e comunque lontanissimo dal target minimo del 75% indicato dall'Oms per questa vaccinazione (l'ideale sarebbe il 95%). In leggera crescita invece le vaccinazioni nella popolazione generale salite al 19,6% (era il 18,9% l'anno prima).

https://www.ilsole24ore.com/art/ecco-perche-influenza-e-piu-mortale-anziani-ma-italia-meta-non-si-vaccina-AHyCOSXC?cmpid=nl_sanita24

Cure essenziali, Veneto in testa ma al Sud promosse solo Puglia, Campania e Sardegna

Solo 13 Regioni “promosse” come nel 2022 e Paese diviso tra Nord e Meridione: l’analisi della Fondazione Gimbe sui dati del ministero della Salute evidenzia la frattura nel Ssn e l’arretramento di Regioni storicamente solide

Barbara Gobbi

Nel 2023 solo 13 Regioni, Veneto in testa, rispettano gli standard essenziali di cura - numero identico al 2022 - mentre peggiorano le performance in otto Regioni. Puglia, Campania e Sardegna, le uniche promosse al Sud. Sono i dati del ministero della Salute che valuta annualmente l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), cioè le prestazioni sanitarie che tutte le Regioni e Province Autonome devono garantire gratuitamente o previo il pagamento del ticket.

L’analisi 2023

A fare il punto è la Fondazione Gimbe, che dopo la pubblicazione in agosto della Relazione 2023 del ‘Monitoraggio dei Lea attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia’ del ministero, ha condotto un’analisi indipendente per misurare le differenze regionali nel garantire i diritti fondamentali di salute, con particolare attenzione alla frattura Nord-Sud. Per ogni Regione sono state inoltre valutate le variazioni tra 2022 e 2023 e il posizionamento nelle tre aree prevenzione, distrettuale e ospedaliera.

Campania e Sardegna promosse

Nel 2023 sono ‘promosse’ Campania, Emilia-Romagna, Friuli VG, Lazio, Lombardia, Marche, Trento, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria e Veneto. Dal 2022 al 2023 Campania e Sardegna salgono tra le adempienti, mentre Basilicata e Liguria retrocedono a inadempienti per il mancato raggiungimento della soglia minima in un’area. Rimangono inadempienti per insufficienza in una sola area Calabria, Molise e Pa di Bolzano, mentre Abruzzo, Sicilia e Valle d’Aosta non raggiungono la soglia in due aree. «Nel 2023 – commenta il presidente Gimbe Nino Cartabellotta – il divario Nord-Sud rimane molto netto: sulle 13 ‘promosse’, solo tre sono nel Mezzogiorno. La Puglia ha registrato punteggi simili a quelli del Nord, mentre Campania e Sardegna si collocano poco sopra la sufficienza».

Il gap Nord-Sud

Considerato che il ministero della Salute non restituisce un punteggio unico per la valutazione complessiva degli adempimenti Lea, la Fondazione Gimbe ha elaborato una classifica di Regioni e Pa sommando i punteggi ottenuti nelle tre aree. «Il punteggio totale – commenta Cartabellotta – evidenzia in maniera più netta il divario Nord-Sud: infatti, tra le prime 10 Regioni sei sono del Nord, 3 del Centro e solo 1 del Sud. Nelle ultime 7 posizioni, fatta eccezione per la Valle d’Aosta, si trovano esclusivamente Regioni del Mezzogiorno».

Gli squilibri tra aree di assistenza

La lettura dei punteggi ottenuti nelle singole aree restituisce poi classifiche differenti, utili a individuare punti di forza e criticità nell'erogazione dei Lea. Da Fondazione Gimbe sottolineano come Campania, Emilia-Romagna, Toscana, Piemonte, Veneto, Umbria, indipendentemente dal livello delle loro performance, si collocano in posizioni simili nelle tre aree, documentando uniformità nell'erogazione dell’assistenza. Invece mostrano “forti squilibri” Calabria, Valle D’Aosta, Liguria, Bolzano. «Queste differenze – osserva ancora Cartabellotta – indicano che anche dove si raggiunge la soglia di sufficienza, persistono marcati squilibri nella qualità dell’assistenza. Ma una sanità che funziona bene solo in ospedale o solo sul territorio non può considerarsi realmente efficace, né tantomeno in grado di rispondere ai bisogni delle persone».

Chi sale e chi scende

Due Regioni del Sud presentano un netto miglioramento: Calabria (+41 punti) e Sardegna (+26). Dall’altra parte, nel 2023 ben otto hanno registrato un peggioramento, seppure con gap molto variabili:

perdono almeno 10 punti Lazio (-10), Sicilia (-11), Lombardia (-14) e Basilicata (-19). «La riduzione delle performance anche in Regioni storicamente solide – è il commento di Cartabellotta – dimostra che la tenuta del Servizio sanitario nazionale non è più garantita: un campanello d'allarme che non può essere ignorato».

https://www.ilsole24ore.com/art/cure-essenziali-veneto-testa-ma-sud-promosse-solo-puglia-campania-e-sardegna-AHCv3ERC?cmpid=nl_sanita24



Sarcopenia e fragilità: innovativa soluzione cloud per invecchiare senza complicanze

Spin off accademico dell'Università di Bologna può misurare i cambiamenti dello stato funzionale degli individui legati all'avanzamento dell'età

Paolo Castiglia

Con 14 milioni di ultrasessantacinquenni in Italia e 97 milioni nell'Ue, una piattaforma cloud per valutare sarcopenia e fragilità non è una nicchia clinica ma è un'infrastruttura di sanità digitale, capace di abilitare presa in carico remota nelle aree rurali, alleggerire ospedali e costi del servizio sanitario.

Per questo Mysurable, spin off accademico dell'Università di Bologna, col suo staff medico e manageriale - costituito dal geriatra professor Marco Domenicali, dall'ingegnere elettronico Enrico Lenzi e dal manager d'impresa Riccardo Piccioli - l'ha realizzata partendo da questo scenario: in Europa oltre un quinto della popolazione ha più di 65 anni e questa percentuale è destinata ad aumentare. Questo fenomeno demografico fa crescere la spesa sanitaria creando una forte pressione sui conti pubblici.

Prevenire le patologie croniche

Prevenire le complicanze dell'invecchiamento e delle patologie croniche che si verificano col passare degli anni è costoso e richiede il coinvolgimento di più specialisti: medico di medicina generale, nutrizionisti, fisioterapisti medici specialisti portando alla stratificazione di più terapie.

Il fenomeno è aggravato dal fatto che in Italia e in Europa del Sud i soggetti anziani risiedono spesso in piccoli centri, in aree interne lontane da città dove generalmente sono collocati i servizi specialistici geriatrici.

Le soluzioni cloud possono costruire una risposta a questo problema fornendo servizi sanitari di qualità a basso costo anche in aree difficilmente raggiungibili contribuendo a ridurre in modo considerevole le spese sanitarie dirette ed indirette per i cittadini facilitando l'accesso ad una sanità di valore a costi sostenibili.

Mysurable, dal 2018 ha sviluppato soluzioni innovative in cloud per la diagnosi precoce della sarcopenia, malnutrizione proteica e fragilità, le indicazioni terapeutiche conseguenti il tutto con valutazioni personalizzate sulla base dei fenotipi e in correlazione con l'età. Le soluzioni sono state verificate su oltre 2000 utenti di varie fasce d'età e sono particolarmente efficaci sulla popolazione over 65.

Recentemente è stata testata un'evoluzione della soluzione denominata MioTest® che si è dimostrata attendibile anche su persone giovani e già a partire da 40 anni in su.

La perdita di massa muscolare interessa il 10-20% degli over 65

Si stima che la perdita di massa muscolare interessi almeno il 10-20% della popolazione degli ultrasessantacinquenni ma si può verificare anche in età nettamente inferiori.

La fragilità poi è ancora più insidiosa: è una condizione clinica in cui il soggetto, dopo un evento acuto (ad esempio infezione, trauma o intervento chirurgico), recupera molto lentamente con un aumento del rischio di complicanze: si stima che in Italia vi possano essere 7-8 milioni di soggetti fragili.

Lo staff medico e manageriale di Mysurable ha quindi sviluppato software basati su test ampiamente diffusi nella letteratura scientifica e nella pratica medica che grazie alla soluzione realizzata sono somministrabili

anche da personale non sanitario e vengono poi refertati con un report validato da medici in telemedicina con indicazioni di tipo terapeutico o preventivo.

https://www.ilsole24ore.com/art/sarcopenia-e-fragilita-innovativa-soluzione-cloud-invecchiare-senza-complicanze-AHMkbbpC?cmpid=nl_sanita24



Trasformare l'assistenza a lungo termine attraverso l'innovazione basata sulle prove: imparare da tre centri di eccellenza europei

Maria Teresa Ferazzoli, Obert Tawodzera, Maria Nilsson, Bellis van den Berg, Maria Cheshire Allen, Karen McCormick, Mirella Minkman, Elisabetta Hanson, Lennart Magnusson e Jon Glasby

Astratto

Utilizzare le evidenze per migliorare i servizi pubblici è un'aspirazione fondamentale, ma anche una sfida significativa a livello internazionale, con una serie di investimenti nazionali chiave nell'abbattimento delle tradizionali barriere tra ricerca, politica e pratica. Questo articolo riunisce le esperienze di tre centri di eccellenza europei che operano nel settore dell'assistenza sociale e sanitaria: Vilans (il centro nazionale di competenza per l'assistenza a lungo termine nei Paesi Bassi); Nka (il centro nazionale di eccellenza svedese nel campo dei caregiver non retribuiti); e IMPACT (il centro del Regno Unito per l'implementazione delle evidenze nell'assistenza sociale agli adulti). L'articolo descrive il background, la struttura e l'approccio di ciascun centro, traendone insegnamenti chiave. Esplora poi le potenziali differenze e le principali somiglianze. In particolare, ciascun centro cerca di andare oltre le forme di divulgazione più tradizionali e top-down attraverso il proprio impegno a colmare il divario tra politica, pratica e ricerca; valorizzando voci diverse e diverse tipologie di evidenze; co-producendo ed esperienza vissuta e partecipando in modo più attivo ai dibattiti politici e al processo di cambiamento.

[DOI: 10.31389/jltc.328](https://doi.org/10.31389/jltc.328)

Introduzione

L'assistenza a lungo termine in tutto il mondo sta affrontando una serie di sfide comuni, tra cui la crescente domanda, la carenza di personale, i budget limitati e le esigenze sempre più complesse degli utenti ([Kentikelenis e Stubbs, 2021](#) ; [OCSE, 2023](#)). Sebbene esistano diverse risposte politiche a queste problematiche, molti paesi cercano di quadrare il cerchio, almeno in parte, insistendo sul fatto che i servizi dovrebbero essere sempre più "basati sulle prove", ovvero utilizzando la ricerca e i dati per orientare decisioni e politiche, in modo che i sistemi si concentrino su "ciò che funziona". L'energia viene investita nell'ampliamento delle innovazioni e nell'utilizzo di risorse sempre più scarse per ottenere il massimo effetto ([Boaz et al., 2019](#) ; [Larkin e Milne, 2018](#)). Sebbene tali richieste siano state spesso contestate e controverse, almeno alcuni dei dilemmi sono pratici: nonostante i continui tentativi di far sì che più ricerca venga utilizzata nella pratica, permane un divario persistente tra ciò che le prove suggeriscono possa essere efficace e ciò che effettivamente accade nell'assistenza nel mondo reale ([Boaz et al., 2019](#)). Nel tempo, è diventato sempre più chiaro che tradurre la conoscenza in pratica richiede strategie di implementazione personalizzate, adattate alle complessità locali. Inoltre, norme o routine organizzative consolidati spesso inibiscono l'adozione di nuove pratiche, rendendo necessarie risorse dedicate e una collaborazione multilivello tra diversi stakeholder (vedi [McArthur et al., 2021](#)). Tuttavia, esiste una lacuna fondamentale nelle nostre

conoscenze su come superare al meglio queste barriere e su come implementare le prove nella realtà dei servizi di assistenza a lungo termine in prima linea.

Esaminando l'ampia letteratura sulla diffusione e l'ampliamento dell'innovazione e del miglioramento nell'assistenza sanitaria, Greenhalgh e Papoutsis ([2019](#)) delineano la natura di alcune delle principali sfide:

Ci sono ragioni di buon senso per cui diffondere un'innovazione in un intero sistema sanitario è difficile. Realizzare qualsiasi cambiamento richiede impegno e di solito comporta anche – in varie combinazioni – spendere denaro, distogliere il personale dal proprio lavoro quotidiano, modificare norme culturali o professionali profondamente radicate e assumersi dei rischi. Metafore semplicistiche ("progetto", "pipeline" e "moltiplicatore") a parte, non esiste un modo semplice o universalmente replicabile per implementare il cambiamento su larga scala in un sistema complesso. Una tecnologia o un percorso che funziona senza intoppi nel contesto A funzionerà in modo maldestro (o per niente) nel contesto B. Date queste realtà, quali spunti offre la letteratura di ricerca in rapida crescita su diffusione e ampliamento al clinico, al manager, al commissario o al decisore politico impegnato? In che modo – se lo fa – questa letteratura si rivolge al paziente [o all'utente/cittadino del servizio]? (p. 1)

Identificano tre diverse lenti teoriche – scienza dell'implementazione, scienza della complessità e scienze sociali – ciascuna delle quali si basa su una diversa logica del cambiamento (meccanica, ecologica e sociale) (vedi [Tabella 1](#)).

Tabella 1 - Diversi approcci per diffondere e ampliare l'innovazione e il miglioramento (da Greenhalgh e Papoutsis, 2019).

	SCIENZA DELL'IMPLEMENTAZIONE	SCIENZA DELLA COMPLESSITÀ	SCIENZE SOCIALI
Focus principale	Interventi basati sull'evidenza nella pratica	Le proprietà emergenti ed evolutive dei sistemi	Studio sociale di individui, gruppi e organizzazioni
Contributo	Fornisce un approccio concreto e pianificato alla fornitura e allo studio della diffusione e dell'ampliamento	Visione ecologica che enfatizza l'imprevedibilità intrinseca del sistema e la necessità di cambiamenti adattivi a livelli multipli e interagenti	Modelli di comportamento e interazione sociale in primo piano, convinzioni e valori professionali, routine e strutture organizzative
Meccanismi chiave di diffusione e ampliamento	Riduzione dell'incertezza, enfasi sulla fedeltà e influenze contestuali	Proprietà emergenti di un sistema interattivo: auto-organizzazione, gestione delle interdipendenze e attribuzione di senso	Influenze sociali, professionali e organizzative che modellano (e sono modellate da) l'azione individuale e collettiva

Metodi preferiti per raggiungere la diffusione e l'espansione	Utilizzare approcci programmatici e strutturati per sviluppare e replicare un intervento complesso in più contesti	Acquisire una profonda comprensione del caso nel suo contesto storico, sociopolitico e organizzativo. Utilizzare metodi diversi in modo flessibile e adattivo. Aspettarsi sorprese e gestirle in modo creativo. Sviluppare individui e organizzazioni affinché siano creativi e resilienti.	Sviluppare e applicare teorie su come il comportamento e le azioni degli individui siano influenzati da fattori interpersonali, materiali, organizzativi, professionali e di altro tipo
Metodi preferiti per la ricerca sulla diffusione e l'espansione	Metriche per misurare il miglioramento (quantitativamente) e un approccio sistematico per esplorare processi e meccanismi (qualitativamente)	Approccio basato sullo studio di caso che utilizza molteplici metodi qualitativi e quantitativi. La narrazione può essere utilizzata come strumento di sintesi per catturare complesse catene di causalità.	Etnografia, metodi basati su interviste e narrazioni di casi per fornire approfondimenti sulle interazioni e sui contesti sociali
Come si misura il successo	Replica di un particolare modello o approccio di servizio in più contesti ("fedeltà")	Narrazione sfumata su cosa è cambiato e perché, incluso (ove pertinente) come l'intervento è stato adattato o perché è stato abbandonato	Spiegazioni teoricamente informate ed empiricamente giustificate sul comportamento umano e organizzativo

Nel tentativo di mettere in pratica tali intuizioni, in diversi paesi sono emersi numerosi centri nazionali e centri di eccellenza, ognuno dei quali mira a migliorare i servizi pubblici nel proprio Paese attraverso una serie di attività, programmi e interventi diversi. Tra gli esempi figurano una serie di "centri what works" nel Regno Unito, che mirano a "migliorare il modo in cui il governo e altre organizzazioni del settore pubblico creano, condividono e utilizzano prove di alta qualità nel processo decisionale"

(<https://www.gov.uk/guidance/what-works-network> ; si veda anche [Sanders e Breckon 2023](#)). Questi intraprendono, finanziano e/o sperimentano una serie di approcci diversi, tra cui la raccolta di prove esistenti sull'efficacia dei programmi governativi, la mappatura delle prove, il colmamento delle lacune commissionando nuove sperimentazioni e valutazioni, la condivisione dei risultati in modo accessibile e il supporto a professionisti, commissari e decisori politici affinché utilizzino tali risultati nel loro processo decisionale (<https://www.gov.uk/guidance/what-works-network>).

Più in generale, Martin e Williams ([2019](#)) identificano un approccio tradizionale dall'alto verso il basso all'implementazione delle prove, che descrivono come "ricerca *nella* pratica". Questo si manifesta attraverso prove generate da "esperti" come università o autorità centrali, che vengono trasformate in raccomandazioni, specifiche dei servizi e obiettivi per coloro che erogano servizi sul campo. Tra gli esempi figurano alcuni centri di eccellenza nazionali creati nel Regno Unito, come il National Institute for Health and Care Excellence (NICE), che produce linee guida basate sulle prove in relazione ai trattamenti medici e ad alcune forme di erogazione dei servizi. Altri esempi includono sviluppi come le "clearing house", definite da Hirsch *et al.* ([2023](#)) nei seguenti termini:

Le clearing house delle prove (da ora in poi "clearing house"), chiamate anche registri di programmi basati sulle prove, conducono sistematicamente revisioni delle prove per determinare l'efficacia di un intervento (ad esempio una politica, un programma o una pratica)... Le clearing house raccolgono i risultati della ricerca su un intervento, valutano la qualità e la forza delle prove disponibili e riassumono tali risultati... Le clearing house fungono da canali di diffusione della ricerca che possono assistere i professionisti, inclusi i decisori politici, gli autori di sovvenzioni, i gruppi di advocacy e gli amministratori..., che spesso hanno tempo limitato o accesso limitato alla letteratura scientifica... Le clearing house promuovono interventi basati sulle prove incoraggiando l'adozione di interventi efficaci e scoraggiando l'adozione di interventi che hanno mostrato effetti negativi o non sono stati ben studiati.

Più recentemente, Martin e Williams ([2019](#)) descrivono una crescente consapevolezza dei limiti degli approcci top-down e uno spostamento verso approcci più bottom-up (ricerca *nella* pratica). Questi includono un focus su approcci più sensibili a livello locale all'implementazione delle prove, lo sviluppo di "comunità di pratica" (vedi anche [Wenger, 1998](#)), approcci basati sull'esperienza, di co-progettazione e più collaborativi per la condivisione di buone pratiche all'interno e tra organizzazioni di servizi pubblici e partner. Altri esempi potrebbero includere "reti di advocacy" (collaborazioni di individui, gruppi e organizzazioni che cercano di influenzare il cambiamento delle politiche e delle pratiche) o movimenti sociali, come Social Care Future (un gruppo di persone che attingono all'assistenza e al supporto e ai loro alleati che hanno sviluppato e si battono attorno alla necessità di una nuova visione più incentrata sulla persona di ciò che dovrebbe essere l'assistenza sociale per adulti) [vedi <https://socialcarefuture.org.uk/> ; vedi anche Barnes e Bowl ([2000](#)) per una discussione più ampia sui movimenti sociali nella riforma dei servizi di salute mentale].

Il contributo di questo articolo

In questo contesto, questo articolo esplora le intuizioni di tre centri pionieristici di assistenza a lungo termine nei Paesi Bassi (Vilans), Svezia (Nka) e Regno Unito (IMPACT). Questi centri hanno organizzato un simposio durante la Conferenza "Transforming Care" del 2023 per scambiare conoscenze sull'implementazione delle evidenze in contesti di assistenza a lungo termine reali. Sebbene ogni centro avesse sviluppato approcci diversi in contesti diversi e si trovasse in fasi diverse della propria evoluzione, esistevano una serie di temi comuni che superavano i confini nazionali. Inoltre, i tre centri avevano collaborato durante la creazione di IMPACT, con colleghi del Regno Unito che visitavano gli altri due centri per definire la progettazione di quello che in seguito sarebbe diventato il centro IMPACT. I colleghi di Nka e Vilans ora fanno parte del gruppo "Critical Friends" di IMPACT, contribuendo a fornire consigli e suggerimenti al di fuori dell'assistenza sociale del Regno Unito. I tre centri hanno continuato a collaborare anche in altri modi, ad esempio mettendo in comune le loro conoscenze sull'esperienza delle persone disabili e anziane durante il COVID, al fine di alimentare i dibattiti sulla relativa negligenza dell'assistenza sociale agli adulti durante la pandemia ([Glasby et al., 2023](#)). Dopo aver testato le loro conoscenze con un pubblico internazionale (la conferenza ha visto la partecipazione di quasi 300 persone provenienti da undici paesi), i relatori sono stati incoraggiati a condividere queste lezioni con un pubblico più ampio. In un certo senso, le lezioni presentate di seguito sono in gran parte descrittive, ma approfondire in modo approfondito cosa fanno/perché/come questi centri e il contributo che apportano fornisce comunque un importante insegnamento che può essere utile a ricercatori, professionisti e decisori politici in altri sistemi e settori.

Nelle restanti sezioni di questo articolo, illustriamo il lavoro di ciascun centro in base a una serie di sottotitoli chiave (si veda anche [la Tabella 2](#) per una breve panoramica), prima di concludere con una serie di somiglianze chiave e alcune potenziali differenze. In diversi casi, il materiale (e spesso concetti complessi) e i termini chiave vengono tradotti dallo svedese o dall'olandese all'inglese e potrebbero non avere sempre un equivalente diretto (ad esempio, i *rimandi* formali o le missioni di ciascun centro potrebbero apparire leggermente forzati nella traduzione, oppure potrebbero esserci concetti contestati in una singola nazione e le cui sfumature potrebbero non essere sempre tradotte). Ciononostante, crediamo che sia utile cercare di condividere le lezioni superando le barriere nazionali e linguistiche e ci impegniamo a evidenziare somiglianze e differenze chiave che potrebbero essere più interessanti dei dettagli specifici di ciascun centro.

.....

Contributi chiave/lezioni apprese

Riflettendo sul percorso di IMPACT fino ad oggi, ci sono una serie di insegnamenti che potrebbero essere di interesse per i colleghi che stanno riflettendo su queste tematiche in altri paesi e contesti. Forse i cinque principali "messaggi da assimilare" sono:

1. Quando cerchiamo prove di "ciò che funziona", dobbiamo attingere a spunti provenienti da diversi tipi di ricerca, dall'esperienza vissuta e dalla conoscenza pratica (si veda anche [Glasby e Beresford, 2006](#) ; [Glasby, Walshe e Harvey, 2007](#) per un approfondimento). Questi sono modi potenzialmente complementari, ma diversi, di conoscere il mondo, e dobbiamo unirli per triangolarli (e poi utilizzarli in termini pratici, riunendo persone con background diversi per lavorare su soluzioni comuni a problemi comuni). Sebbene questo possa sembrare un arido dibattito filosofico, in realtà si tratta di chi ne sa di più e di quali voci vengono solitamente ascoltate quando pianifichiamo il cambiamento rispetto a quali voci vengono raramente ascoltate. Crediamo che combinare le intuizioni provenienti da tutte e tre queste fonti di competenza porti a soluzioni migliori che hanno maggiori probabilità di essere integrate nella pratica e di raggiungere i tipi di risultati che le persone apprezzano.
2. Chi lavora nell'assistenza sociale agli adulti ha a disposizione una "politica" (che indica loro cosa dovrebbero fare) e delle "prove" (che forniscono un'indicazione di ciò che potrebbe essere promettente). Tuttavia, la parte davvero difficile è metterla in pratica. Soprattutto, le persone sentono di non avere il supporto pratico di cui hanno bisogno per apportare cambiamenti basati sulle prove.
3. Le persone hanno davvero apprezzato un approccio radicato nelle realtà della pratica locale e incentrato sull'apprendimento attraverso la pratica, ovvero avere qualcuno al proprio fianco che aiuti a confrontarsi con le intuizioni derivanti dalle prove, a fare le cose in modo diverso, a riflettere su cosa ha funzionato/non ha funzionato e a esplorare cosa dovrebbe succedere dopo.
4. A volte, le prove funzionano meglio quando si riesce a collegarle ai valori e alle motivazioni intrinseche delle persone. In questo modo, cessano di essere qualcosa che qualcun altro ti dice di implementare e diventano qualcosa che può aiutarti a raggiungere ciò per cui sei entrato in questo lavoro, o a vivere il tipo di vita che desideri.
5. Le prove, di per sé, raramente forniscono "la risposta", ma possono invece rappresentare una via per un dialogo e una conversazione più informati e proficui. Nella nostra esperienza, impariamo qualcosa dalle prove di base, impariamo qualcosa sperimentando le cose nella realtà della pratica e realizziamo i maggiori progressi quando esiste una relazione bidirezionale tra prove e pratica. Pertanto, le prove possono contribuire a migliorare la pratica, la pratica può contribuire a migliorare le prove, e le intuizioni più efficaci spesso derivano dall'interazione tra le due.

Temi comuni (e differenze)

Dopo aver presentato una panoramica di ciascuno di questi tre centri alla conferenza Transforming Care del 2023, la successiva discussione e il dibattito (anche da parte di relatori che si sono concentrati su spunti tratti dall'esperienza vissuta e dalla conoscenza pratica) hanno individuato una serie di temi comuni. In primo luogo, tutti e tre i centri, pur operando in contesti nazionali così diversi, svolgono un ruolo chiave nel tentativo di creare un ponte tra ricerca, politica e pratica. Si tratta spesso di mondi molto separati e lavorare al di là dei tradizionali compartimenti stagni richiede un impegno strategico alla collaborazione e alla costruzione di relazioni con un'ampia gamma di stakeholder. A livello di servizi di prima linea, ciò coinvolge anche personale che sia credibile nei confronti delle persone, delle famiglie e del pubblico di riferimento, e che apporti competenze significative in termini di facilitazione, gestione del cambiamento e sviluppo organizzativo, pur mantenendo un occhio di riguardo alla rilevanza pratica. Sebbene ogni centro collabori con partner di ricerca/università e/o abbia sede in parte presso università leader, questi non sono ruoli di "ricerca" tradizionali, ma sono anche correlati alle competenze e all'esperienza che "consulenti" o "coach" potrebbero apportare. Ciascuno dei centri qui presentati è anche molto diverso dai "centri di evidenza" che si concentrano principalmente su compiti come la conduzione di revisioni sistematiche, la produzione di "mappe" di evidenza e lo sviluppo di linee guida/protocolli per la produzione di linee guida. L'enfasi è invece posta sull'ottenimento di spunti da tali evidenze effettivamente utilizzate nella pratica.

In secondo luogo, lavorare in un settore come l'assistenza a lungo termine significa confrontarsi con diverse tipologie di conoscenza. Mentre discipline come la medicina possono talvolta concentrarsi su questioni molto "tecniche" (in cui particolari forme di dati sull'efficacia/costo-efficacia sono cruciali) e promuovere il concetto di "gerarchia delle prove", l'assistenza sociale è principalmente relazionale e il suo obiettivo è aiutare le persone con bisogni di assistenza e supporto a condurre una vita scelta. I risultati che persegue sono quindi intrinsecamente personali e fortemente dipendenti dal contesto. Ciò significa che centri come Vilans, Nka e IMPACT devono integrare spunti di ricerca, esperienze vissute e conoscenze pratiche per essere efficaci e credibili per i diversi stakeholder con cui collaborano. È importante sottolineare che quando parliamo di "prove di esperienza vissuta" ci riferiamo a due forme di prova: dati secondari provenienti da ricerche che coinvolgono persone che si avvalgono delle cure e il coinvolgimento diretto delle persone che si avvalgono delle cure come parte integrante del processo di produzione della conoscenza. Si tratta principalmente di una questione filosofica e valoriale che riguarda la natura della competenza, e potrebbe comportare l'"alzare il volume" dell'esperienza vissuta e della conoscenza pratica, in modo che siano considerate modalità significative di conoscenza del mondo a pieno titolo e potenzialmente altrettanto importanti delle prove di ricerca (che storicamente tendono a essere una fonte di competenza meglio riconosciuta). Tuttavia, ciò presenta anche vantaggi pratici, sia consentendo ai centri di riunire persone diverse con background diversi per lavorare a soluzioni comuni a problemi comuni, sia superando la natura molto limitata e frammentata della base di prove di assistenza sociale. Se i decisori di alto livello si rifiutassero di impegnarsi in un percorso d'azione finché non ci fosse una serie di studi clinici randomizzati controllati di alta qualità a guidarli, raramente farebbero qualcosa. Tuttavia, se le prove provenienti da fonti diverse possono convergere per fornire una base sufficientemente solida per l'azione, anche se ogni elemento da solo sarebbe insufficiente, c'è margine per fare progressi (un principio noto come "consilienza").

In terzo luogo, e in relazione a quanto sopra, tutti e tre i centri cercano di promuovere la coproduzione (vedi anche [Beresford, 2019](#) ; [Peat, 2023](#) ; [Pestoff, 2012](#)). Questa è definita dal Social Care Institute for Excellence del Regno Unito ([2015](#)) come:

Persone che necessitano di assistenza e supporto e assistenti che lavorano con professionisti in partnership paritarie per raggiungere obiettivi condivisi .

Come suggerisce questa affermazione, non si tratta solo di un dialogo più significativo, ma anche di cercare attivamente di affrontare gli squilibri di potere e di amplificare voci raramente ascoltate. Deve inoltre estendersi oltre i singoli progetti o lavori, valorizzando l'esperienza vissuta come un modo importante per conoscere il mondo a pieno titolo e integrarla nella cultura e nella governance dell'organizzazione. Soprattutto, implica un ruolo chiave nella costruzione di relazioni, nella comprensione delle prospettive e delle esperienze reciproche e nel ruolo di coordinatore in un settore spesso molto frammentato e con numerosi stakeholder.

Infine, ogni centro cerca di essere "più grande della somma delle sue parti", sia attraverso il "radicamento nazionale" di IMPACT, sia attraverso l'esperienza di Vilans in materia di comunicazione digitale, sia attraverso l'impegno di Nka nel catturare messaggi chiave per i decisori politici tramite il "remissvar". Questo va oltre le tradizionali forme di diffusione lineare e dall'alto verso il basso, verso approcci che mirano a diventare partecipanti attivi nel processo politico, sia a livello locale, regionale o nazionale. Ancora una volta, queste non sono necessariamente competenze e approcci che sono stati spesso considerati prioritari nei centri di ricerca universitari, ma che sono cruciali se si vuole che la prova di ciò che funziona faccia effettivamente la differenza nella realtà dei servizi locali e nella vita delle persone.

Tuttavia, nonostante questi temi comuni, esistono anche alcune sottili ma distinte differenze tra i tre centri. Sebbene queste dipendano in gran parte dal contesto delle singole nazioni e dal periodo in cui ciascun centro è stato progettato e avviato, possono anche derivare da lievi differenze nell'enfasi su come supportare al meglio il cambiamento basato sulle prove. Queste differenze non dovrebbero forse essere sopravvalutate, ma [la Tabella 2](#) (sebbene eccessivamente semplificata) suggerisce alcune potenziali differenze. Ad esempio, Vilans – inizialmente sviluppato nel 2006 in un periodo in cui si poneva una notevole enfasi sulla creazione di istituti nazionali/nuove infrastrutture, sulle tecniche di miglioramento della qualità e sulla scienza dell'implementazione delle intuizioni – ha inizialmente assunto la forma di un centro nazionale con una serie di ampi programmi di cambiamento e sviluppo. Più recentemente, Vilans ha mantenuto il suo impegno come centro nazionale leader e nel supportare il cambiamento su larga scala, ma ha riconosciuto sempre più

l'importanza di coach locali, del coinvolgimento digitale e della creazione di contesti organizzativi ricettivi e reti collaborative. Fondata molto più di recente e fortemente influenzata dalle scienze sociali, IMPACT è forse più esplicita nell'offrire supporto pratico alle realtà dei singoli servizi, nell'importanza del contesto locale e nel cambiamento basato sulle evidenze come forma di co-creazione. Un'organizzazione molto più piccola che cerca di destreggiarsi tra complessi sistemi locali e nazionali, Nka è probabilmente più focalizzata sulla condivisione delle voci dei caregiver con i decisori, colmando i confini tra locale e nazionale e promuovendo un ulteriore cambiamento. Nel tentativo di riunire le esperienze e le opinioni dei diversi stakeholder, ci sono forse anche alcune differenze di enfasi: Nka è radicata nell'esperienza vissuta dai caregiver; Vilans cerca di combinare l'orientamento alla missione con l'allineamento alle priorità politiche nazionali e il supporto all'erogazione dei servizi locali; e IMPACT considera la buona assistenza come la qualità della vita che aiuta le persone a vivere.

Riepilogo

Questo documento collaborativo tra centri pionieristici per l'implementazione delle evidenze nei Paesi Bassi, in Svezia e nel Regno Unito condivide insegnamenti pratici su come colmare il divario tra evidenze e pratica nell'assistenza sociale agli adulti. Sebbene ogni centro operi in contesti molto diversi con modelli di erogazione, approcci e storie differenti, ognuno di essi cerca di colmare i tradizionali divari tra ricerca, politica e pratica; adottare definizioni ampie e inclusive di ciò che costituisce un'evidenza valida; promuovere la coproduzione; e trovare modi pratici per integrare l'apprendimento nei servizi del mondo reale. Sebbene ogni centro cerchi di influenzare le politiche e le pratiche nazionali, il simposio "Transforming Care" suggerisce la possibilità di compiere progressi ancora maggiori rafforzando la collaborazione internazionale e lo scambio di conoscenze. Se l'evidenza deve fare la differenza, ciò avverrà attraverso la collaborazione, il dialogo bidirezionale, la partnership, la coproduzione e, infine, il cambiamento comportamentale, organizzativo e culturale.

<https://journal.ilpnetwork.org/articles/10.31389/jltc.328>

CORRIERE DELLA SERA

Studio Ambrosetti: Italia seconda in Europa per Neet



Studio ambrosetti: Italia seconda in Europa per Neet. Sforzini (rinascimento): “introdurre subito la valutazione di impatto generazionale su ogni spesa pubblica”

Lo studio Ambrosetti certifica il disastro: **in Italia oltre 1,4 milioni di giovani tra i 15 e i 29 anni non studiano e non lavorano. Siamo secondi peggiori in Europa** per incidenza di Neet, con un futuro bloccato prima ancora di iniziare.

«È la fotografia di un Paese che tradisce se stesso – attacca **Luca Sforzini, esperto d’arte e fondatore del movimento Rinascimento** –. Se umiliamo i nostri giovani, se li condanniamo alla precarietà, se li costringiamo a fuggire, allora stiamo scavando la fossa dell’Italia. È un delitto culturale e morale».

Sforzini rilancia la proposta di Rinascimento: «Serve introdurre subito la Valutazione di Impatto Generazionale (VIG) per ogni nuova spesa pubblica. Ogni euro investito o sprecato deve essere misurato in base a ciò che lascia ai nostri figli, non in base al consenso immediato che porta ai partiti. È la vera rivoluzione che l’Italia aspetta».

E conclude: «Il Rinascimento ci insegna che l’uomo è artefice della propria fortuna. O restituiamo ai giovani strumenti, opportunità, responsabilità, oppure saremo un Paese vecchio, piegato all’omologazione e senza eredi. Chi governa oggi ha un dovere: guardare non alle prossime elezioni, ma alle prossime generazioni».

<https://www.corrierepl.it/2025/09/06/studio-ambrosetti-italia-seconda-in-europa-per-neet/>

Digitalizzazione

La legge italiana sull'AI è un'occasione persa

Dopo oltre un anno di lavori parlamentari e tre votazioni, l’Italia ha [la sua prima legge organica](#) sull’intelligenza artificiale. Il provvedimento, approvato dal Senato il 17 settembre scorso e **passato in sordina**, avrebbe dovuto rappresentare il pilastro normativo per accompagnare lo sviluppo delle nuove tecnologie. Già in Senato c’è stato però un tentennamento: i sì sono stati 77 contro 55 no, 2 gli astenuti.

Il testo, composto da 28 articoli, detta “principi in materia di ricerca, sperimentazione, sviluppo, adozione e applicazione di sistemi e di modelli” di intelligenza artificiale. “Promuove un utilizzo corretto, trasparente e responsabile, in una dimensione antropocentrica, dell’intelligenza artificiale, volto a coglierne le opportunità. Garantisce la vigilanza sui rischi economici e sociali e sull’impatto sui diritti fondamentali” dell’AI. Secondo la Rete per i Diritti Umani Digitali, una coalizione di organizzazioni della società civile italiana impegnata da ormai più di un anno nella promozione e nella tutela dei diritti umani nella sfera digitale ([qui il manifesto](#)), si tratta però di un’occasione mancata: il testo **delega ampi poteri al Governo e lascia aperti scenari di sorveglianza di massa** senza reali garanzie per i cittadini.

La coalizione, che riunisce The Good Lobby, Amnesty International Italia, Hermes Center, Period Think Tank, Privacy Network e Strali, denuncia **una legge “priva di sostanza” e “costellata da pericolosi vuoti normativi”** in materia di tutela dei diritti umani. Il primo punto contestato

riguarda la mancata istituzione di un'autorità indipendente per l'AI, come invece previsto dal regolamento europeo (AI Act). La gestione della nuova normativa sarà affidata ad agenzie governative, ovvero l'Agenzia per l'Italia digitale (AgID) e l'Agenzia per la Cybersicurezza nazionale (ACN) i cui vertici sono nominati direttamente dal Governo. Vista la mancanza di un dibattito pubblico e politico ampio sul tema, questa scelta è comprensibilmente problematica.

Ma, in generale, la politica è portatrice di influenze da non sottovalutare. “Ci siamo opposti con tutte le nostre forze a qualsiasi affiliazione politica della governance per l'intelligenza artificiale” afferma Laura Ferrari, responsabile relazioni istituzionali della Rete. “Con due agenzie governative al posto dell'autorità indipendente **non possiamo che aspettarci indebite influenze sui finanziamenti e sugli indirizzi politici in materia di AI**. Si sacrifica in tal modo la prospettiva di un'AI in grado di generare fiducia nella cittadinanza, avvalorando al contrario la sensazione di poter essere sottoposti a sorveglianza di massa e a sfruttamento dei propri dati”.

Altro fronte critico, secondo la Rete, è l'**assenza di strumenti concreti di tutela per chi subisce decisioni automatizzate**. Un emendamento delle opposizioni, tra cui Partito Democratico, Alleanza Verdi e Sinistra, Movimento 5 Stelle, chiedeva di attribuire al Garante per la protezione dei dati personali il compito di far valere il “diritto alla spiegazione”, ovvero la possibilità per i cittadini di sapere come e perché un sistema di intelligenza artificiale ha preso una decisione che li riguarda. La proposta è stata respinta: così l'Italia riduce le garanzie previste dall'AI Act europeo, che obbliga gli stati a predisporre meccanismi di ricorso extragiudiziale.

La questione più delicata riguarda poi il riconoscimento facciale e biometrico. Nonostante le richieste delle organizzazioni civili e diversi emendamenti delle opposizioni, la legge non disciplina affatto questo ambito. Il rischio, denuncia la Rete, è che l'esecutivo abbia mano libera nell'estendere i progetti già avviati, come la **sperimentazione della sorveglianza biometrica negli stadi** (attualmente in quello Olimpico di Roma e in partenza allo Stadio di San Siro a Milano), anche a piazze, stazioni, supermercati, cinema e ospedali. Luoghi attraversati da molte persone e che, se definiti “sensibili”, potrebbero dunque far ricadere l'uso della sorveglianza come sicurezza pubblica. “Si apre la strada a una stagione di sorveglianza biometrica senza regole – avverte Ferrari – con gravi conseguenze per la libertà di espressione, di manifestazione e di partecipazione alla vita pubblica”.

Infine, tutte le proposte volte a introdurre obblighi di trasparenza, come report periodici sull'uso delle tecnologie biometriche o sulla percentuale di errore dei sistemi di riconoscimento sono state respinte in aula in ciascuna delle tre votazioni parlamentari. “Le **pressioni delle Big Tech sul legislatore** sono state forti” commenta Claudio Agosti, board member dell'associazione Hermes Center. “Come già accaduto con i tentativi di deregolamentazione a livello europeo, è importante capire che non è la riduzione delle garanzie a rendere più competitivo il mercato: è solo un modo per rendere i cittadini più vulnerabili davanti a tecnologie opache, fallibili e difficili da contestare”.



a cura di: Laura Carrer, giornalista freelance e ricercatrice. Scrive di sorveglianza di stato, tecnologia all'intersezione con i diritti umani, piattaforme tecnologiche e spazio urbano su IrpiMedia, Wired, Il Post, Il Manifesto e altri.

quotidianosanità.it

Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0. Arriva il Profilo Sanitario Sintetico di ogni cittadino

Si tratta di un documento socio-sanitario informatico, redatto e aggiornato dai medici di medicina generale (MMG) e dai pediatri di libera scelta (PLS), che raccoglie i dati essenziali del paziente e ne favorisce la presa in carico e la continuità di cura. Il termine ultimo per la piena implementazione è fissato al 30 settembre 2025.

03 SET -

Il Ministero della Salute ha pubblicato in Gazzetta Ufficiale il decreto del 27 giugno 2025 con le indicazioni attuative per la definizione dei contenuti informativi del Profilo Sanitario Sintetico (PSS), previsto dall'articolo 4 del decreto 7 settembre 2023 sul Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 (FSE).

Contenuti del Profilo Sanitario Sintetico

L'allegato al decreto elenca in dettaglio i contenuti informativi del PSS, distinguendo tra campi obbligatori, facoltativi e quelli compilabili solo a seguito della piena operatività dell'Ecosistema Dati Sanitari (EDS).

Tra i dati obbligatori figurano:

- Anagrafica dell'assistito (nome, cognome, codice fiscale, domicilio e recapiti);
- Informazioni sul medico curante (nome, contatti, pec);
- Situazione clinica attuale con patologie croniche e rilevanti, organi mancanti o trapianti effettuati;
- Malformazioni e disabilità motorie;
- Allergie, reazioni avverse a farmaci o alimenti;
- Terapie farmacologiche croniche, in particolare trattamenti insulinici e anticoagulanti;
- Anamnesi familiare per la valutazione del rischio eredo-familiare.

Sono invece facoltativi dati come altezza, peso, BMI e pressione arteriosa, mentre altre informazioni (vaccinazioni, piani di cura riabilitativi, esenzioni, reti di patologia, trattamenti e ricoveri) potranno essere inserite solo tramite i servizi di supporto previsti dall'EDS.

Accesso ai dati e continuità assistenziale

Il PSS non solo garantirà l'integrazione con l'Anagrafe Nazionale Assistiti (ANA), ma consentirà anche l'accesso in emergenza ai dati del paziente, anche in assenza di consenso esplicito, come previsto dall'articolo 20 del decreto 2023. Questo aspetto è ritenuto centrale per assicurare interventi rapidi e mirati in situazioni critiche. Il decreto recepisce inoltre le osservazioni dell'Autorità garante per la protezione dei dati personali, che ha espresso parere favorevole con provvedimento n. 316 del 4 giugno 2025, garantendo così la conformità del sistema ai principi di tutela della privacy.

Dal punto di vista operativo, il decreto chiarisce l'onere informativo a carico di MMG e PLS, i quali dovranno assicurare l'inserimento e l'aggiornamento periodico del profilo. Per agevolare il lavoro dei professionisti, l'Ecosistema Dati Sanitari metterà a disposizione un servizio dedicato alla compilazione, riducendo ridondanze e duplicazioni grazie all'interoperabilità con le banche dati nazionali e regionali.

https://www.quotidianosanità.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=131653

L'intelligenza artificiale in sanità: una breve disamina sui limiti ed i rischi

Isabella Mastrobuono

17 SET -

Gentile Direttore,

L'intelligenza artificiale (IA) è un settore dell'informatica che crea sistemi software in grado di simulare l'intelligenza umana, analizzando dati provenienti da flussi informativi esistenti per svolgere funzioni che normalmente richiedono intelligenza umana. Essa è parte integrante della vita di tutti noi da tempo.

Basti pensare agli algoritmi utilizzati nelle caselle di posta elettronica per messaggi indesiderati (quante volte vi è stato chiesto di leggere tra gli spam?) o nei social come Facebook per individuare, ad esempio, post a rischio suicidio, analizzando parole chiave e frasi tramite algoritmi di *machine learning*.

Se rilevato un rischio, il sistema avvisa un team di esperti in salute mentale che può contattare l'utente per offrire supporto. Ritroviamo algoritmi di IA nelle piattaforme di Amazon, Spotify, Netflix o nelle App come CHATGPT, una sorta di assistente virtuale addestrato all'ascolto e alla elaborazione di risposte.

Uno studio del Massachusetts Institute of Technology (MIT), basato su scansioni cerebrali con risonanza magnetica per analizzare in alcuni soggetti l'impatto dell'utilizzo prolungato di CHATGPT sul cervello umano, ha dimostrato che l'impiego dell'App non potenzia le capacità cognitive (con punteggi di connettività neurale scesi da 79 a 42 punti) ma le indebolisce, mantenendosi tale stato anche dopo la cessazione dell'uso. Nell'80 per cento dei casi, gli utilizzatori non erano in grado di ricordare le frasi prodotte, dimostrando **dipendenza** dal sistema, mentre la produzione appariva "fredda, impersonale, priva di profondità".

L'IA è giunta anche nel settore sanitario, lo sta rivoluzionando ed è fondamentale che il personale sanitario comprenda i meccanismi, i vantaggi e i limiti fino ai rischi di questa tecnologia per integrarla efficacemente nella pratica clinica.

L'IA ha origine dagli algoritmi genetici di John Holland (1975 sui principi darwiniani dell'evoluzione delle specie) e dalla robotica di sciame di Stefano Nolfi (direttore ricerca del CNR), che hanno sviluppato approcci probabilistici e reti neurali che simulano il funzionamento del cervello umano. In ambito sanitario l'IA è utilizzata per diagnosi, prognosi e terapie personalizzate. I "*gemelli digitali*" permettono di simulare terapie su modelli virtuali, migliorando la medicina predittiva e personalizzata. Inoltre, il *deep learning* consente analisi avanzate di grandi quantità di dati, migliorando la ricerca e la diagnosi. Il *metaverso*, poi, offre nuove opportunità per la riabilitazione, la formazione medica e la simulazione di terapie, creando ambienti virtuali immersivi per pazienti e operatori sanitari.

Le applicazioni specifiche più note dell'IA in sanità sono nelle:

1. Diagnosi e prognosi

- **Diagnostica per immagini:** IA analizza immagini radiologiche (es. radiomica) per rilevare anomalie e segni precoci di malattie, come tumori o patologie cardiache.
- **Previsione degli esiti:** IA predice traiettorie di recupero e complicazioni, migliorando la pianificazione delle cure.

2. Medicina personalizzata

- **Gemelli digitali:** Simulazioni virtuali per personalizzare terapie e dosaggi farmacologici, riducendo effetti collaterali e accelerando la ricerca.
- **Trattamenti mirati:** IA utilizza dati genetici e clinici per creare piani terapeutici personalizzati.

3. Imaging medico

- **Radiomica:** Analisi avanzata delle immagini per identificare caratteristiche fenotipiche e differenziare pazienti che risponderanno alla terapia.
- **Mammografie e melanoma:** IA migliora la rilevazione precoce di tumori al seno e cancro della pelle.

4. Chirurgia robotica

- **Robot chirurgici:** Sistemi come il Da Vinci eseguono interventi mininvasivi con precisione, riducendo dolore, tempi di recupero e rischi di infezione.
- **Telechirurgia:** Interventi chirurgici a distanza grazie alla connessione remota.

5. Telemedicina

- **Monitoraggio remoto:** IA supporta il controllo di parametri vitali per pazienti con malattie croniche (es. diabete).
- **Diagnosi a distanza:** Condivisione di dati diagnostici tra medici e pazienti.

La digitalizzazione dei dati sanitari favorirà una medicina più efficiente e accessibile certamente ma l'approccio all'IA deve essere equilibrato attraverso una valutazione dei principali rischi (dei quali troppo poco si scrive), che includono la violazione della privacy dei dati sensibili dei pazienti, la creazione di algoritmi distorti o discriminatori che possono portare a cure non eque, la mancanza di trasparenza negli algoritmi e le difficoltà nel determinare la responsabilità legale in caso di errori. Attenzione deve essere poi posta all'eccessiva automazione, alla dipendenza dei sistemi dall'**affidabilità dei dati**, alla disuguaglianza nell'accesso alle tecnologie (limitate per la loro complessità a strutture di eccellenza pubbliche o private, acuendo le disparità sanitarie e rendendo i benefici accessibili solo a pochi) e alla formazione del personale. L'IA richiede l'accesso a grandi quantità di dati sanitari sensibili utili per creare profili sanitari personalizzati che potrebbero essere anche utilizzati da Organizzazioni esterne al servizio sanitario nazionale aumentando il rischio di violazioni della privacy e della sicurezza dei dati stessi. Non basta anonimizzare un dato sensibile per avere la certezza che non sia riconducibile al soggetto originale.

Ma il rischio maggiore, a mio personale avviso, è rappresentato dalla creazione di algoritmi basati su dati insufficienti, incompleti, o non rappresentativi della popolazione, potendosi verificare discriminazioni che limitano l'accesso a cure e servizi per alcuni gruppi di pazienti. Ad esempio (ma se ne possono citare tanti altri) un articolo di Giorgio Visca e Giovanni Maria Bersano, dirigenti della UOC cure palliative della ASL di Torino 4 ***“(Uniformità e comparabilità dei flussi informativi nazionali per le cure domiciliari (flusso SIAD), l'assistenza residenziale (flusso FAR) e gli hospice (flusso HOS)”*** dimostra che i flussi informativi nazionali per le cure domiciliari, l'assistenza residenziale e gli hospice sono risultati scarsamente uniformi fra loro per terminologia utilizzata, contenuti informativi raccolti e utilizzo di sistemi di classificazione sanitari standardizzati. La reciproca confrontabilità dei dati raccolti dai tre flussi è prevalentemente limitata ai dati di tipo amministrativo e identificativo-anagrafico e risultano scarse le possibilità di confronto affidabile delle informazioni relative a condizioni dei pazienti e percorsi assistenziali erogati nei tre flussi. Così si esprimono chiaramente gli Autori: *“Il contributo dei flussi informativi esaminati allo sviluppo dell'assistenza territoriale e in campo epidemiologico è fortemente compromesso dall'attuale carenza di uniformità dei dati raccolti, nonostante le potenzialità offerte dall'interconnessione dei dati di diversi flussi su base individuale consentita oggi dal codice univoco. La scarsa uniformità messa in luce appare in grado di compromettere in modo significativo il contributo strategico offerto dai flussi informativi nazionali allo sviluppo dell'assistenza sanitaria territoriale e di limitare le potenzialità di ricerca in campo epidemiologico in questo ambito. Anche alla luce della possibile istituzione di nuovi flussi informativi nazionali dedicati alle cure primarie e agli ospedali di comunità, appare prioritaria la promozione di un radicale inquadramento metodologico finalizzato all'adozione condivisa da parte dei servizi sanitari e dei sistemi informativi di linguaggi, codifiche e strumenti uniformi e validati dedicati all'assistenza sociosanitaria del paziente cronico nei contesti territoriali.”*

L'esempio si può estendere ad altri flussi sanitari nazionali, regionali, aziendali che è sempre più complesso ottenere!. L'accuratezza dei dati presenti nei flussi è essenziale per la creazione di algoritmi validi.

L'esempio riportato introduce il tema della validazione dei dati che in ambito sanitario sono supportati anche da studi clinici, non solo le sperimentazioni che testano farmaci o trattamenti innovativi per valutarne sicurezza ed efficacia, con Spagna e Germania prime in Europa rispetto al nostro Paese, che mostra un calo delle sperimentazioni no-profit, finanziamenti insufficienti, carenza di personale specializzato, eccessiva burocrazia e difficoltà a tenere il passo con l'innovazione. Investire in questo settore è strategico per garantire

un set di dati efficaci ed appropriati al funzionamento dell'IA, pena la possibile distorsione delle informazioni contenute negli algoritmi.

L'IA è un sistema complesso che richiama un concetto fondamentale e critico: come vengono prese le decisioni, da chi, come? Ed in caso di errori di chi è la responsabilità legale (lo sviluppatore, l'operatore sanitario, l'azienda sanitaria). In Italia si occupano di IA Esperti ed Istituzioni universitarie e non come il CNR, il Politecnico di Torino, il Dipartimento della trasformazione digitale ma chi sono e come lavorano gli sviluppatori di applicazioni di IA per migliorare i software di programmi esistenti o da creare in sanità?. Sono gli sviluppatori (*Artificial Intelligence Engineer*) che di fatto sono artefici degli algoritmi, utilizzando competenze matematiche e di linguaggi di programmazione che consentono ai computer di apprendere dai dati e fare previsioni o addirittura proporre soluzioni. E' un mercato in crescita quello dell'IA (1,2 miliardi in Italia con un interesse crescente nelle grandi imprese), anche in sanità con costi difficilmente quantificabili nel tempo e che introduce i rischi di una **eccessiva dipendenza e della diminuzione del coinvolgimento umano** nel rapporto medico-paziente con una possibile perdita di competenze. E' fondamentale prevedere programmi di monitoraggio attento e costante delle varie iniziative di IA in sanità e soprattutto avviare una discussione formalizzata che coinvolga non solo il personale sanitario ma anche i pazienti attraverso progetti di informazione al pubblico e di formazione specifica del personale per evitare che come recentemente descritto nel documento della Conferenza Stato-Regioni sulla piattaforma di telemedicina l'utilizzo della stessa si concretizzi in un aggravio burocratico. Non se ne avverte la necessità!

La **trasparenza** delle metodologie adottate per la creazione degli algoritmi, l'esplicitazione delle fonti dati utilizzate, **la condivisione con gli sviluppatori dei possibili miglioramenti** che deriverebbero dall'utilizzo degli algoritmi nella diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie è via maestra, senza mai perdere di vista le competenze acquisite e da acquisire, mai.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=131986



Intelligenza artificiale, approvata la legge quadro. Per i medici resta un supporto, non un surrogato

La soddisfazione della Fnomceo: "È un buon giorno per medici e cittadini, l'atto medico resta prerogativa dei professionisti"

Isabella Faggiano

Con 77 voti favorevoli e 55 contrari, il Senato ha dato il via libera definitivo alla legge quadro sull'Intelligenza artificiale. L'Italia diventa così il primo Paese Ue a dotarsi di un quadro normativo nazionale allineato all'AI Act europeo. **La legge disciplina l'uso dell'IA** nei settori produttivi, della difesa, della ricerca, del lavoro, della giustizia e, in particolare, della sanità. Stabilisce che l'intelligenza artificiale debba svilupparsi nel rispetto dei diritti fondamentali e delle libertà individuali, promuovendo trasparenza e tutela della persona.

Un sostegno al medico

Alle applicazioni in ambito sanitario è dedicato il **Capo II del provvedimento**. Qui viene chiarito che i sistemi di IA "contribuiscono al miglioramento del sistema sanitario, alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura delle malattie", ma che restano uno strumento di supporto. La decisione clinica – in prevenzione, diagnosi, terapia e prescrizione – resta sempre prerogativa del medico. "Un chiarimento cruciale – sottolinea la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici (Fnomceo) – che da tempo chiedeva di circoscrivere l'uso dell'IA senza snaturare l'atto medico".

I medici: “Un buon giorno per cittadini e sanità”

“Oggi è un buon giorno per i medici, per i cittadini e per il Servizio sanitario nazionale – afferma **Filippo Anelli**, Presidente della Fnomceo –. La legge quadro sull’IA circoscrive in maniera chiara il perimetro di applicazione della tecnologia in medicina e definisce per la prima volta, nero su bianco, che le decisioni in materia di prevenzione, diagnosi, cura e scelta terapeutica spettano ai professionisti”.

L’approvazione nella Giornata per la sicurezza delle cure

“La legge valorizza le applicazioni dell’IA in medicina – spiega Anelli – nella prevenzione, diagnosi, terapia e nel supporto delle persone con disabilità, nel rispetto dei diritti dei cittadini e della sicurezza delle cure. È particolarmente significativo che sia stata approvata ieri, nella giornata mondiale dedicata proprio alla sicurezza delle cure e delle persone assistite. Presupposto imprescindibile per la sicurezza e per la tutela dei diritti è che l’IA sia, come la Fnomceo ha da sempre ribadito, un supporto per il medico, un ausilio nelle sue mani, orientato al bene della persona e al miglior funzionamento dei servizi sanitari. Altro pilastro per il raggiungimento di questi obiettivi è che siano **definite le competenze del medico**, vale a dire le decisioni su prevenzione, diagnosi, cura e prescrizione. Questa legge definisce entrambi gli ambiti”.

La promozione della ricerca

“Del testo abbiamo anche apprezzato – aggiunge – la promozione della ricerca e della formazione, e gli interventi sul Codice penale che prevedono la punibilità degli utilizzi illeciti, tra cui i deepfake. **La Fnomceo è stata tra i primi a denunciare l’uso distorto dell’IA** per generare video in cui medici più o meno noti a livello mediatico pubblicizzavano prodotti o diffondevano false notizie in tema di salute; altrettanto condannabile riteniamo l’utilizzo di deepfake che mettano a rischio la dignità delle persone. “L’Italia, con questa Legge – conclude Anelli – regola l’uso dell’IA, allineando il quadro normativo all’IA Act e creando allo stesso tempo il presupposto giuridico per la valorizzazione del ruolo della Professione medica all’interno dei sistemi sanitari. Ringraziamo i parlamentari che la hanno voluta e approvata, in particolare l’onorevole Marta Schifone che ha ascoltato, con sensibilità e competenza, le istanze dei professionisti a tutela della salute dei cittadini, e tutti coloro che hanno collaborato per raggiungere questo risultato”.

Innovazione e garanzie

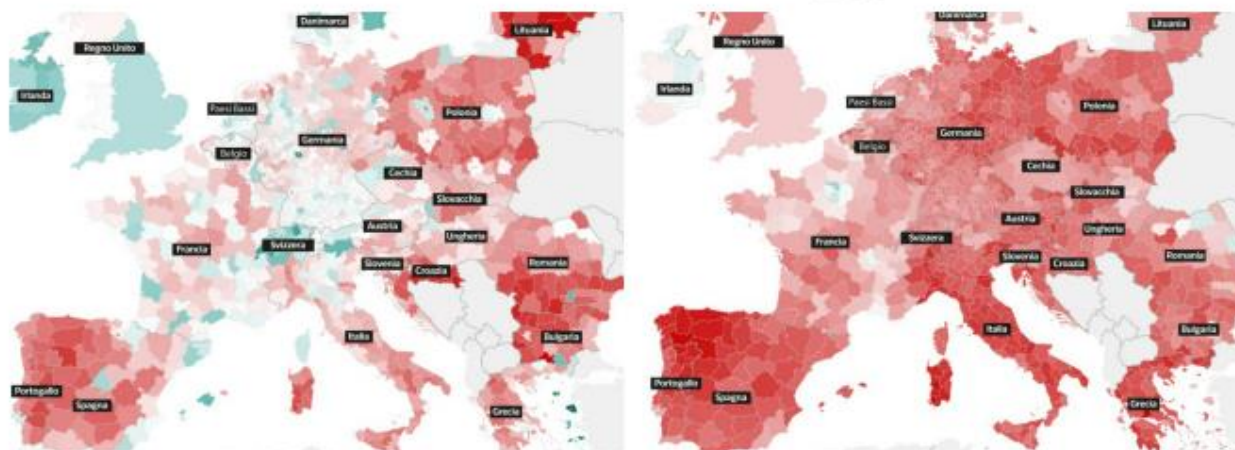
Il nuovo quadro normativo istituisce inoltre un **Comitato di coordinamento** e individua due autorità nazionali competenti: l’Agenzia per l’Italia Digitale (AgID), che gestirà le notifiche e promuoverà casi d’uso sicuri, e l’Agenzia per la Cybersicurezza Nazionale (ACN), che avrà compiti ispettivi sull’adeguatezza e sicurezza dei sistemi. Per le istituzioni, si tratta di un passo che rafforza la fiducia di cittadini e imprese.

<https://www.sanitainformazione.it/intelligenza-artificiale-approvata-la-legge-quadro-per-i-medici-resta-un-supporto-non-un-surrogato/>

CORRIERE DELLA SERA

IL CALO DEMOGRAFICO

L'Europa senza immigrati può perdere un abitante su tre nel 2100: le mappe interattive



di Carlo Cottarelli, infografiche a cura di Chiara Buratti

Il calo demografico e le previsioni per il 2100. Servono più produttività, più servizi per le famiglie, più immigrazione regolare



Riforma fiscale: riavvicinata la disciplina del reddito di lavoro autonomo alle imprese minori, i vantaggi per i professionisti

[Pasquale Fabbrocini](#)

17 Settembre 2025

La crescente complessità delle operazioni economiche poste in essere sui mercati e la sempre maggiore internazionalizzazione dei processi produttivi determina una domanda di servizi che il tradizionale professionista individuale non riesce a soddisfare. A ciò si aggiunga che spesso l'esercizio moderno delle attività professionali richiede l'utilizzo di strumentazioni sofisticate (si pensi, ad esempio, nel campo della diagnostica) che richiedono ingenti impieghi di capitale. Perciò, si è registrata da diversi lustri la tendenza da parte di professionisti aventi specializzazioni differenziate e complementari (magari anche stabiliti in luoghi lontani tra loro), ad aggregarsi, dando luogo a vere e proprie società di servizi. Tuttavia, da un punto di vista fiscale, le aggregazioni tra professionisti, fino al periodo di [imposta](#) in corso al 31 dicembre 2023, non

godevano di un sistema di neutralità fiscale analogo a quello previsto per le aggregazioni tra società commerciali e, perciò, esse risultavano spesso non vantaggiose.

La riforma

Nell'ambito della riforma dell'[Imposta](#) sul [reddito](#) delle persone fisiche (IRPEF), in attuazione della legge delega per la riforma fiscale, è stata fornita una sistemazione organica alla disciplina del [reddito](#) di lavoro autonomo, contenuta negli articoli da 54 a 54-septies del testo unico delle Imposte sul [Reddito](#) (D.P.R. n. 917/1986, in seguito TUIR). In particolare, la riforma del [reddito](#) degli esercenti arti e professioni è avvenuta ad opera dell'art. 5 del D.Lgs. 13 dicembre 2024, n. 192, emanato come detto in attuazione della legge delega per la riforma fiscale (Legge del 9 agosto 2023 n. 111). Tale riforma ha operato un importante ravvicinamento della disciplina del [reddito](#) di lavoro autonomo a quello delle imprese minori.

Per i profili che maggiormente interessano in questa sede, è utile osservare che, anche se il [reddito](#) di lavoro autonomo resta saldamente ancorato al principio di cassa (cioè i componenti reddituali diventano rilevanti al momento della loro effettiva monetizzazione – art. 54 TUIR), la riforma ha rafforzato e sistematizzato un sistema di tassazione delle plusvalenze maturate sui beni materiali e immateriali utilizzati nell'esercizio della professione (articolo 54-bis TUIR), a cui corrisponde, specularmente, un sistema di deduzione delle minusvalenze (art. 54-quater TUIR).

Inoltre, anche se nei confronti dei lavoratori autonomi la disciplina fiscale non parla espressamente di azienda, si fa comunque riferimento a “un complesso unitario di attività materiali e immateriali, inclusa la clientela e ogni altro elemento immateriale, nonché di passività, organizzato per l'esercizio dell'attività artistica o professionale” (art. 177-bis, comma 1, TUIR).

Occorre tenere presente che l'attuale sistema del [reddito](#) di lavoro autonomo è retto dal c.d. principio di onnicomprensività, sancito dal novellato comma 1 dell'art. 54 TUIR, in forza del quale sono attratti a tassazione tutti i compensi comunque denominati e a qualunque titolo percepiti “in relazione” allo svolgimento dell'attività professionale. Per cui anche la cessione della clientela o di altri elementi immateriali utilizzati nell'esercizio dell'attività professionale è suscettibile di dare luogo a plusvalori imponibili. Senonchè, l'art. 17, comma 1, lett. G-ter del TUIR ammette alla tassazione separata i corrispettivi di tali cessioni, ancorchè percepiti in più rate nel medesimo periodo d'[imposta](#).

Riguardo ai beni materiali, come accennato, l'art. 54bis del TUIR, al comma 1, prevede che:” Le plusvalenze dei beni mobili strumentali, esclusi gli oggetti d'arte, di antiquariato o da collezione di cui all'articolo [54 septies](#), comma 2, concorrono a formare il [reddito](#) se:

- a) sono realizzate mediante cessione a titolo oneroso;
- b) sono realizzate mediante il risarcimento, anche in forma assicurativa, per la perdita o il danneggiamento dei beni;
- c) i beni vengono destinati al consumo personale o familiare dell'esercente l'arte o la professione o a finalità estranee all'arte o professione.”.

In buona sostanza, così come avviene per il [reddito](#) d'impresa, la fuoriuscita di un bene dalla sfera dei beni inerenti l'esercizio dell'attività professionale implica la tassazione dei (eventuali) plusvalori latenti nei beni stessi e generatesi per effetto dell'esercizio dell'attività professionale medesima.

Di conseguenza, anche il trasferimento a qualunque titolo “in blocco” del complesso delle attività (materiali ed immateriali) e passività organizzate in funzione dell'esercizio di un'attività professionale è suscettibile di determinare plusvalenze imponibili.

Tale sistema di tassazione delle plusvalenze è del tutto analogo a quello vigente nel regime del [reddito](#) di impresa per le imprese e società esercenti attività commerciali.

Da tanto ne è derivata la necessità (ma anche la possibilità sul piano sistematico) di delineare un sistema di tassazione delle operazioni di aggregazione e di riorganizzazione delle attività professionali del tutto analogo a quello previsto per le società commerciali con le discipline delle fusioni, scissioni, trasformazioni e conferimenti di azienda.

Nel caso delle riorganizzazioni tra società o associazioni esercenti attività professionali vanno, tuttavia, rispettate Alcune cautele, in quanto i soggetti coinvolti possono essere titolari di redditi di natura diversa, cioè di lavoro autonomo o di impresa, soggetti i primi al principio di cassa (tassazione al momento dell'incasso e

deduzione al momento del pagamento) e i secondi a quello di competenza (cioè di tassazione o deduzione al momento della maturazione fiscale del componente reddituale considerato).

La nuova neutralità per le aggregazioni professionali

Tale disciplina è contenuta nel nuovo art. 177-bis del TUIR, introdotto dal succitato D.lgs. n. 192/2024 e integrato recentemente ad opera del *D.L. 17 giugno 2025, n. 84*.

Riguardo all'ambito soggettivo, il nuovo regime di neutralità fiscale delle aggregazioni professionali riguarda tutte le società esercenti attività regolamentate dagli Ordini professionali, previste dall'articolo 10 della legge 183/2011, cioè le società tra professionisti (Stp). Trattasi non di un tipo di società ulteriore rispetto a quelli previsti dal codice civile, ma, in estrema sintesi, trattasi di una ordinaria società commerciale di persone o di capitali, il cui oggetto sociale è l'esercizio di un'attività professionale protetta (c.d. "ordinistica"), ossia, per l'esercizio della quale è necessaria l'iscrizione presso un Ordine professionale. Alle predette STP si aggiungono altre forme di società tra professionisti iscritte in Ordini professionali, come, ad es., le società tra avvocati, previste dall'articolo 4-bis della Legge n. 247/2012. Inoltre, il regime di neutralità si estende anche ai tradizionali studi associati, cioè alle associazioni tra professionisti, equiparate alle società semplici, menzionate dall'art. 5 del TUIR. L'Agenzia delle Entrate, nella risposta n. 148/2025, ha avuto modo di chiarire, con specifico riferimento ad una società tra dentisti, che tutte le società esercenti attività regolamentate dagli Ordini professionali possono beneficiare del regime di neutralità. In definitiva, la neutralità fiscale si applica alle operazioni dappresso indicate intercorrenti tra STP, tra altre forme di società tra professionisti riconosciute da leggi speciali, tra associazioni di artisti e professionisti o, infine, la neutralità opera sulle operazioni "eterogenee", intercorrenti tra categorie differenti di società o enti collettivi esercenti attività professionali.

Riguardo all'ambito oggettivo, L'articolo 177-bis del Tuir stabilisce che i conferimenti di attività materiali e immateriali e di passività, riferibili ad attività professionali in società tra professionisti (Stp) o altre società costituite per l'esercizio della professione, non generano plusvalenze o minusvalenze qualora: il soggetto conferente assuma quale valore delle partecipazioni un importo corrispondente alla somma algebrica dei valori fiscalmente riconosciuti delle attività e passività conferite; il soggetto conferitario, in ordine a quanto ricevuto, subentri nella posizione del conferente; il soggetto conferitario si impegni a redigere un prospetto di riconciliazione con i dati esposti nelle scritture contabili e i valori fiscalmente riconosciuti.

la neutralità riguarda anche le operazioni di trasformazione, fusione e scissione tra i soggetti prima indicati, nonché, i trasferimenti per causa di morte o per atto gratuito. Con riferimento a quest'ultima operazione, si segnala che la neutralità si applica anche qualora, a seguito della cessazione dell'attività in forma associata tra gli eredi, entro cinque anni dall'apertura della successione, la stessa attività continui ad essere svolta da uno solo di essi.

Si ritiene utile ribadire che, con riferimento a tutte le operazioni sopra indicate, affinché il trasferimento di beni materiali ed immateriali non determini plusvalenze imponibili è necessario che l'oggetto dell'operazione sia il complesso di attività e passività e non beni singolarmente considerati.

Si evidenzia, altresì, che La neutralità fiscale è prevista anche ai fini dell'IVA. Infatti, l'art. 2, comma 3, lett. F) del D.P.R. n. 633/1972 (Decreto IVA), stabilisce che non sono soggette ad Iva le cessioni e i conferimenti in società o altri enti che hanno per oggetto un complesso unitario di attività materiali e immateriali, inclusa la clientela e ogni altro elemento immateriale, nonché di passività, organizzato per l'esercizio dell'attività artistica o professionale nonché i passaggi di beni in dipendenza di fusioni, scissioni o trasformazioni di società e di analoghe operazioni attuate da altri enti, inclusi quelli costituiti per l'esercizio dell'attività artistica o professionale, purchè l'ente ricevente abbia il diritto pieno alla detrazione dell'IVA. Queste fattispecie sono soggette ad [Imposta di Registro](#) nella misura fissa di 200 euro.

Cautele.

Come accennato, le predette operazioni possono segnare il passaggio da un ente sottoposto alla disciplina del lavoro autonomo a quella d'impresa e viceversa. Ad esempio, si considerino la trasformazione da Stp in associazione professionale, oppure, la scissione di una Stp in cui una beneficiaria è uno studio associato.

In questi casi avviene un passaggio sia tra imposte applicabili (da Ires ad Irpef) sia tra le discipline di determinazione del [reddito](#) (da [reddito](#) di impresa a [reddito](#) di lavoro autonomo). Mutatis mutandis, le

medesime problematiche si pongono in caso di percorso inverso, cioè nell'ipotesi in cui l'ente avente causa (che riceve i beni o che risulta dalla trasformazione) è sottoposto alle regole del [reddito](#) d'impresa, mentre il dante causa (cioè l'ente che trasferisce i beni o che viene trasformato) è sottoposto al regime del lavoro autonomo.

In questi casi, l'art. 177-bis, comma 4, stabilisce che: "4. Al fine di evitare salti o duplicazioni di imposizione, nel caso di passaggio, per effetto delle disposizioni di cui ai commi precedenti, da un periodo di [imposta](#) soggetto alla determinazione del [reddito](#) di lavoro autonomo ai sensi dell'articolo 54 a un periodo di [imposta](#) soggetto alla determinazione del [reddito](#) d'impresa ai sensi degli articoli 56 e 83, i componenti positivi e negativi che hanno già concorso alla formazione del [reddito](#), in base alle regole del regime di determinazione del [reddito](#) di lavoro autonomo, non assumono rilevanza nella determinazione del [reddito](#) d'impresa dei periodi di [imposta](#) successivi; corrispondenti criteri si applicano per l'ipotesi inversa di passaggio da un periodo di [imposta](#) soggetto alla determinazione del [reddito](#) d'impresa a un periodo d'[imposta](#) soggetto alla determinazione del [reddito](#) di lavoro autonomo. Si applica, in quanto compatibile, l'articolo 170, commi 3 e 4, anche in caso di fusioni e scissioni.". In sintesi, le operazioni di conferimento, scissione e fusione tra gli enti esercenti attività professionali sono disciplinate in larga misura sul modello della trasformazione "eterogenea" (cioè implicante la trasformazione da una società soggetta all'IRPEF ad una soggetta all'IRES e viceversa) di cui all'art. 170, commi 2, 3 e 4 del TUIR.

<https://www.fiscoequo.it/riforma-fiscale-riavvicinata-la-disciplina-del-reddito-di-lavoro-autonomo-alle-imprese-minori-i-vantaggi-per-i-professionisti/>