



Associazione Italiana per la
Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

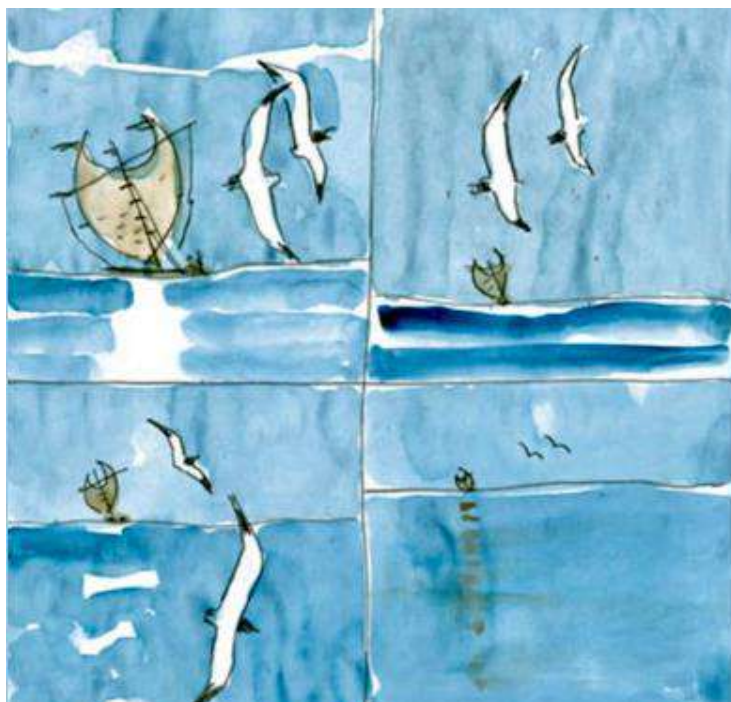
9

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 ANAAO (maggior organizzazione della dirigenza medica in Italia). Docente della scuola di formazione di quadri sindacali ANAAO. 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>Omologazione e salute ...</i> Giorgio Banchieri, Andrea Vannucci,	9
Premio “Energie per Roma” 2025 alla collega Silvia Boni	17
Quotidiano sanità - <i>L'appropriatezza allocativa nell'uso delle risorse del Ssn</i> - Claudio Maria Maffei	18
Quotidiano sanità - <i>Il PNRR rischia sempre di più di essere una occasione mancata</i> -G. Banchieri, A. Vannucci,	19
Quotidiano sanità - <i>Gli sprechi nella edilizia ospedaliera: una mucca nel corridoio della sanità pubblica italiana</i> - Claudio Maria Maffei	26
francopesaresi.blogspot.com - <i>La pianificazione sociale delle Regioni e degli ATS</i> - Franco Pesaresi	28
Comunità, solitudini e salute	32
JAMA - <i>Un'analisi globale delle disuguaglianze sanitarie all'interno dei singoli Paesi</i> -E. Allie, KS Littleton, Iván Mejía-Guevara e altri	32
ONU- <i>Una tabella di marcia per sradicare la povertà oltre la crescita</i> - Oliver De Shutter	41
ONU – <i>Giornata mondiale della povertà – 17 ottobre 2025</i>	44
Quotidiano sanità - <i>Nuove evidenze su povertà, equità e spesa sanitaria privata in Italia</i> - Giovanni Fattore	47
RAI News.it - <i>Eurostat, 93 milioni di persone a rischio povertà in Ue ...Calabria e Campania</i>	49
Fondazione REIS – <i>Fragilità economica, welfare sanitario e Mezzogiorno</i> – Duilio Carusi e altri	50
The Lancet - <i>Quando le disuguaglianze sociali determinano i risultati: la chiamata multidisciplinare del colangiocarcinoma</i> - Raffaele Brustia, Vincent Leroy e altri	53
Scenari della sanità	55
The NEJM - <i>Rischio e beneficio</i> - Eric J. Rubin	55
The NEJM - <i>Nel meraviglioso giardino di equità sanitaria globale di Paul Farmer: riflessioni sul terzo ricordo della sua scomparsa</i> - Didi Bertrand Farmer	56
The Lancet - <i>Carico globale di 292 cause di morte in 204 paesi e territori e 660 località subnazionali, 1990-2023: un'analisi sistematica per lo studio sul carico globale delle malattie del 2023</i> – GBD 2023 Cause di morte	29
RAI News.it - <i>Nobel per la medicina a Mary E. Brunkow, Fred Ramsdell e Sakaguchi.</i>	61
Quotidiano sanità - <i>La “morte” del welfare in sanità</i> - Lucio Mango	68
La Repubblica - <i>Il Nobel Parisi: “A cosa serve la scienza? Un’arma indispensabile per capire il mondo”</i> - Sandro Iannaccone	69
Newsweek - <i>La previdenza sociale e il Medicare “scompariranno”, avverte Donald Trump</i> - Hollie Silverman	70
Quotidiano sanità - <i>Nascite. Continua il calo in Italia: 369.944 nel 2024, il 2,6% in meno del 2023 (e il primo semestre 2025 segna già il -6,3%). I dati Istat.</i>	72
ISTAT - <i>Natalità e fecondità della popolazione residente - Anno 2024</i>	74
Manovra 2025	77
Quotidiano sanità - <i>Manovra. “Alla Sanità 8 miliardi in tre anni, ma il Ssn resta in crisi. Fondo al 5,9% del Pil, briciole per i professionisti e gap da 6,8 miliardi”.</i> Il rapporto di Gimbe	77
Quotidiano sanità - <i>Manovra. Per la sanità 6 miliardi in più. In arrivo fondi per assunzioni e indennità, nuovi screening, medicina territoriale e ricerca. Ma resta fuori, almeno per ora, la farmaceutica</i> - G. Rodriguez.	82
La Repubblica - <i>Gimbe: più risorse alla sanità ma nel 2028 il contributo scende al 5,9% del Pil</i> - Redazione Salute	84
RAI News.it - <i>Nel giorno dei dati sulla povertà, il governo chiude i conti della manovra</i>	87
Quotidiano sanità - <i>Verso la Manovra. 2,5 mld in più nel 2026 oltre ai 4 già previsti. Arriva Piano assunzioni per 2 mila medici e 25 mila infermieri e misure sulla farmaceutica. Ecco cosa bolle in pentola</i> - Luciano Fassari	88
Scenari del SSN	89
Il Sole24Ore - <i>Sud in affanno su salute e welfare: le leve della transizione industriale e della sanità integrativa</i> - Barbara Gobbi	89
Il Sole 24 Ore- <i>Nasce la mini fabbrica che produce terapie geniche a costi ridotti</i> - Natascia Ronchetti	91
Quotidiano sanità - <i>Corte dei Conti: la sanità italiana “in cammino per il cambiamento”, ma restano squilibri strutturali, ritardi e bilanci che scricchiolano</i>	92
Sostenibilità della sanità	99
Quotidiano sanità - <i>DPFP. Rifinanziamento del Fondo sanitario e una spesa che si attesta nel 2026 al 6,5% del Pil</i> - Giovanni Rodriguez	99
Quotidiano sanità - <i>Cau, filtri e realtà: perché il reale problema del Pronto soccorso è (ancora) la capacità</i> Snam Emilia-Romagna	101

Quotidiano sanità - <i>Arrivano i nuovi LEA: più screening, nuove tecnologie e ampliamento delle esenzioni</i> - Ester Maragò	103
Quotidiano sanità - <i>Continuità, integrazione Ospedale-Territorio e Integrated Care: un approccio multidisciplinare per il futuro della Sanità</i> - Fabrizio d'Alba, Lucia Militello	107
Sanità Integrativa	110
Quotidiano sanità - <i>Riforma dell'assistenza integrativa? Ambiguità, rischi e il passaggio all'assistenza sostitutiva</i> - Ivan Cavicchi	110
Il Manifesto - <i>Ai centri privati la metà dei fondi per la Sanità</i> - Andrea Capocci	114
La Voce.it - <i>Assicurazioni sanitarie private: è arrivato il momento di discuterne</i> - Elenka Brenna	115
Quotidiano sanità - <i>L'agonia del Ssn spiana la strada al privato. Negli ultimi 3 anni alla sanità 13,1 mld in meno. A carico delle famiglie 41,3 mld e un italiano su dieci rinuncia alle cure. Il rapporto Gimbe</i>	118
One Health e clima	127
The Lancet - <i>Riassunto della ricerca sulla salute planetaria</i> - Cahal McQuillan	127
The Guardian - <i>La produzione globale di energia rinnovabile supera per la prima volta quella del carbone</i>	129
Corriere della sera - <i>Imprese, auto e clima: l'Ue sta davvero smantellando il Green Deal?</i> - Milena Gabanelli e Francesco Tortora	130
Eco-quologia - <i>Transizione energetica: il grande bluff delle compagnie fossili</i>	135
Eco-quologia - <i>Mediterraneo sempre più caldo e fenomeni meteo estremi</i>	135
Eco-quologia - <i>Mediterraneo sempre più caldo e fenomeni meteo estremi</i> – Carla Colicelli	137
La Repubblica - <i>Il clima presenta il conto: 240 mila morti e 738 miliardi di danni in Europa dal 1980</i> - Vito de Ceglia	138
La Repubblica - <i>Le scie degli aerei sono responsabili di un effetto serra indiretto</i> - Dario D'Elia	141
The Lancet - <i>Standardizzare la misurazione degli indicatori di salute infantile nell'ambito dell'adattamento climatico globale</i> - Ilan Cerna-Turoff, Sayaka Horiuchi e altri	143
Pandemie in essere e in arrivo	144
The Lancet - <i>COVID lungo associato alla reinfezione da SARS-CoV-2 tra bambini e adolescenti nell'era omicron (RECOVER-EHR): uno studio di coorte retrospettivo</i> - Bingyu Zhang , Qiong Wu e altri	144
The Lancet - <i>Il COVID lungo è qui per restare, anche nei bambini</i> - Danilo Buonsenso	146
Il Sole 24 Ore - <i>Covid, il software italiano che anticipa le varianti</i> - Francesca Cerati	148
Elsevir - <i>Cosa è più importante per la popolazione in caso di patologie croniche? Risultati da un esperimento di scelta discreta in Italia</i> - Milena Vainieri, Veronica Spataro e altri	149
The Lancet - <i>Efficacia antivirale dell'ensitrelvir orale rispetto al nirmatrelvir orale potenziato con ritonavir nel COVID-19 (PLATCOV): uno studio clinico adattivo, randomizzato, controllato, di fase 2, in aperto</i> - William HK Schilling , Podjanee Jittamala e altri,	159
The Lancet - <i>Condizione post-COVID-19 in individui infetti da SARS-CoV-2 nell'autunno 2023 nei Paesi Bassi: uno studio di coorte prospettico con dati pre e post-infezione</i> - Siméon de Bruijn, Anne J. Huiberts e altri	161
The NEJM - <i>Associazione del vaccino Covid-19 2024-2025 con gli esiti del Covid-19 nei veterani statunitensi</i> - Miao Cai , Yan Xie , e Ziyad Al-Aly	163
The Lancet - <i>Incidenza e mortalità della sepsi a livello globale, regionale e nazionale, 1990-2021: un'analisi sistematica</i> - Collaboratori globali sulla sepsi GBD 2021	164
The Lancet - <i>Eterogeneità sociodemografica nell'associazione tra isolamento sociale e mortalità per tutte le cause tra gli anziani giapponesi: studio longitudinale del panel JAGES</i> – F. Rom Lunar, Naoki Kondo e altri	167
Science - <i>Una nuova ricetta migliora la creazione di cellule che potrebbero combattere la maggior parte delle malattie autoimmuni</i> - Catherine Offord	168
Science - <i>Un bonus a sorpresa dai vaccini contro il COVID-19: rafforzare la cura del cancro</i> - Phie Jacobs	170
Science - <i>"Temo che siamo seduti su una bomba a orologeria". Gli scienziati discutono sulla distribuzione di massa di antibiotici in Africa</i> - Gretchen Vogel	172
Quotidiano sanità - <i>Antibiotico-resistenza. Un'infezione batterica su sei è resistente. Allarme per i batteri Gram-negativi. Il report Oms</i>	174
Il Sole 24 Ore - <i>Tumori, lo studio «made in Italy» su Nature Medicine certifica l'oncologia di precisione</i> - Paolo Marchetti	177
PubMed - <i>Analisi degli effetti a lungo termine dell'infezione da COVID-19 (long-COVID) in Italia durante e dopo l'emergenza pandemica e la strategia di risposta</i> - Tiziana Grassi, Dorina Tiple, Marika Villa	179

L'ospedale che cambia	181
Quotidiano sanità - <i>Cau, filtri e realtà: perché il reale problema dei Pronto soccorso è (ancora) la capacità - Snam</i> Emilia-Romagna	181
Quotidiano sanità - <i>Liste d'attesa e costi troppo alti: quasi 1 italiano su 10 rinuncia a cure.</i> G. Rodriguez	183
Quotidiano sanità - <i>Se il territorio non filtra il Pronto soccorso va in affanno. Oltre metà degli accessi riguarda codici verdi e bianchi</i> - Luciano Fassari	186
Quotidiano sanità - <i>Dispositivi medici, spesa in crescita continua: tra il 2019 e il 2024 sfiorato il tetto di oltre 10 miliardi. E senza interventi il conto per le imprese rischia di superare i 5 miliardi</i>	187
IL DIRETTORE MEDICO DEL FUTURO: NASCE LA "CARTA DI TORINO" - Gianfranco Finzi, <i>Presidente di ANMDO</i>	189
AGENAS – V° report sulle reti <i>Tempo Dipendenti, 2025</i>	194
Medicina territoriale	196
Quotidiano sanità - <i>Distretti. La Card verso il modello della "Comunità che cura" per una sanità più vicina alle persone</i>	196
Quotidiano sanità - <i>Medici di famiglia, pediatri e specialisti ambulatoriali. Al via le trattative per il rinnovo delle convenzioni.</i> Luciano Fassari	197
Quotidiano sanità - <i>Medici di famiglia e pediatri sempre meno numerosi: in dieci anni persi oltre 8 mila professionisti. Ed è allarme pensionamenti</i> - Luciano Fassari	198
Wellforum.it - <i>Le Centrali Operative Territoriali: rischio di sovrastrutture vuote</i> – F. Cirio e altri	200
Nursing	204
Quotidiano sanità - <i>Comparto Sanità. Firmato definitivamente il rinnovo del contratto 2022-2024. Aumento di 172 euro al mese. Il testo con tutte le novità</i>	204
Quotidiano sanità - <i>Formazione infermieristica. No delle società scientifiche al "liceo abilitante": "Così si mette a rischio la qualità delle cure"</i>	205
Il Sole 24 ore - <i>Infermieri: siglato il contratto, aumento di 172 euro al mese e a novembre arretrati in busta paga</i> - Ernesto Diffidenti	206
Quotidiano sanità - <i>Aumentano i medici e gli infermieri del Ssn ma il futuro non è roseo: entro il 2035 in uscita oltre 140mila operatori. Il report Agenas</i> - Luciano Fassari	208
Sanità, sociale e Long Term Care	210
The Lancet - <i>Differenze nella violenza sessuale contro giovani e anziani in contesti umanitari complessi: un'analisi retrospettiva di Medici Senza Frontiere nel 2019-2024</i> - Elburg Van Boetzelaer, Tesfahun Biru e altri	210
The Lancet - <i>Uscire dall'ombra: affrontare la violenza sessuale negli anziani</i> - Anne Nobels	212
OECD - <i>Invecchiamento della popolazione, implicazioni fiscali e risposte politiche</i>	214
Dago Spia – <i>Più poveri (anche) di relazioni</i> – Giulia Sensi	217
Wellforum.it - <i>Come si valuta la non autosufficienza in Francia?</i> - Franco Pesaresi	219
Ministero della Sanità – <i>Aggiornamento del piano Nazionale delle cronicità 2024</i>	222
Digitalizzazione	229
Quotidiano sanità - <i>Dalle visite online al controllo dei parametri vitali da casa. Da Agenas arrivano le regole per televisita, telemonitoraggio e telecontrollo</i>	229
Jama - <i>AI, Health, and Health Care Today and Tomorrow. The JAMA Summit Report on Artificial Intelligence-</i> Derek C. Angus, Rohan Khera, Tracy Lieu	230
Salute Internazionale - <i>Health literacy e gruppi vulnerabili</i> - Chiara Lorini e Guglielmo Bonaccorsi	235
Salute Internazionale - <i>Inquinamento digitale</i> - Pasquale la Torre	239
<i>Dall'Intelligenza Artificiale all'Intelligenza Cooperativa</i>	242
Economia e sanità	244
Milano Finanza - <i>Debito Pubblico Italia 2025</i>	244
Milano Finanza - <i>Il debito pubblico dell'Italia rialza la testa, nuovo record ad agosto oltre i 3.000 miliardi</i> - Valeria Santoro e Silvia Valente	245
Fisco Equo - <i>Istat; cresce l'economia non osservata (+ 7,5%) la sotto-dichiarazione del valore aggiunto raggiunge 108,2 miliardi (+ 6,6%)</i> - Luciano Cerasa	250
Fisco Equo - <i>Osservatorio itinerari previdenziali: chi paga l'Irpef in Italia</i> - Redazione	252
Fisco Equo - <i>Lef: tassare super ricchi per finanziare sviluppo, cooperazione e promuovere l'equità fiscale</i> Carlo Palumbo	254
Corriere della sera - <i>I 100 marchi che dominano il mondo: la regina Apple, la corsa di Nvidia (e spuntano tre italiani)</i> - Andrea Bonafede	257

ITALIA: 1,283 MILIONI I BAMBINI E ADOLESCENTI IN POVERTÀ.

EPPURE HO LASCIATO
LA SCUOLA, MI SONO
MESSA A LAVORARE.
E SONO SEMPRE
PIÙ POVERA.
PERCHÉ? —————

MAURO BIANI 2025



Articoli in evidenza

quotidianos**sanità**.it

Omologazione e salute ...

I mercati oggi sono determinati dalle policy delle imprese oligopolistiche e dai loro cartelli e tramite digitalizzazione e il social inducono la domanda anche di stili di vita, di consumi salutistici, di sanità e di salute.

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

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

13 OTT -

Dal mercato tradizionale al mercato digitale

L'economia politica è la scienza che studia il mercato nel suo complesso, analizzandone le caratteristiche, i meccanismi di funzionamento e le modalità con cui è influenzato dalle decisioni di individui, imprese e governi. Tradizionalmente, il mercato è stato inteso come il punto di incontro tra *domanda* (consumatori) e *offerta* (produttori), dove si realizzano scambi di beni, servizi o fattori produttivi e dove il *prezzo* nasce dal confronto e dall'equilibrio tra le due forze. In questa visione, il mercato rappresenta un "*luogo*" o un "*momento*" di incontro - fisico o figurato - in cui le decisioni economiche si orientano secondo le regole della concorrenza e della libera contrattazione.

Con l'avvento dell'economia digitale, tuttavia, la natura stessa del mercato è profondamente mutata. Non si tratta più soltanto di uno spazio di scambio, ma di un *ecosistema di piattaforme digitali* che intermediano, organizzano e spesso determinano le condizioni degli scambi.

Le piattaforme - come Amazon, Google, Uber o Airbnb - non si limitano a mettere in contatto domanda e offerta: *definiscono le regole del gioco*, raccolgono e analizzano enormi quantità di dati, e utilizzano algoritmi per influenzare comportamenti, prezzi e preferenze.

In questo nuovo contesto:

- *L'interazione tra domanda e offerta diventa algoritmica*. Gli algoritmi di raccomandazione suggeriscono prodotti e servizi personalizzati, anticipando i desideri del consumatore.
- *I beni scambiati cambiano natura*. Non sono più solo materiali o servizi tradizionali, ma comprendono *dati, informazioni, attenzione, reputazione e tempo di connessione*.
- L'utente paga spesso non con denaro ma con i propri *dati personali*, che diventano una risorsa economica primaria.
- *La formazione del prezzo* non segue più soltanto la legge della domanda e dell'offerta: i prezzi sono *dinamici e personalizzati*, determinati da algoritmi che tengono conto del profilo dell'utente, del contesto e del comportamento collettivo.
- In molti casi, il prezzo è addirittura "*nascosto*", perché il servizio è gratuito in apparenza, ma il valore viene estratto altrove (per esempio, nella pubblicità o nella vendita dei dati).
- *Il mercato è globale e continuo*. Internet abbatte le barriere di spazio e tempo, trasformando il mercato in un sistema attivo 24 ore su 24, accessibile da qualsiasi luogo del mondo. Questo genera nuove opportunità di partecipazione e concorrenza, ma anche forti *asimmetrie di potere* a vantaggio di pochi grandi operatori digitali.
- *Emergono nuovi ruoli economici*. Il consumatore diventa anche produttore ("*prosumer*"), creatore di contenuti, fornitore di dati o lavoratore *on demand*. Il confine tra produttore e consumatore si fa più sfumato.

Il risultato è un *mercato sempre meno spontaneo e sempre più progettato*, dove l'informazione e l'algoritmo assumono la funzione che un tempo aveva la moneta: sono i veri mediatori dello scambio. Le regole non sono più solo pubbliche, ma *incorporate nei codici e nei modelli decisionali delle piattaforme*, rendendo necessaria una nuova riflessione sui temi della *trasparenza, della concorrenza, della privacy e della giustizia economica*. In sintesi, l'economia digitale non cancella i principi fondamentali dell'economia politica, ma li *ridefinisce*: lo scambio resta il cuore del mercato, ma cambiano le sue forme, i suoi strumenti e i suoi protagonisti.

Comprendere queste trasformazioni significa oggi capire non solo come funziona il mercato, ma *come funzionano le relazioni economiche, sociali e culturali* in una società connessa.

Questo vale anche sui temi della sanità e della salute che su queste piattaforme sono molto presenti.

Il potere di mercato nell'economia digitale

In economia, per *potere di mercato* si intende la capacità di un'impresa di influenzare il prezzo o le condizioni di scambio di un bene o servizio, vendendolo a un prezzo superiore a quello che si formerebbe in un mercato pienamente competitivo.

Nell'economia tradizionale, questo potere derivava soprattutto dal controllo della produzione, dall'efficienza dei processi e dalle barriere all'ingresso: un'azienda con costi inferiori o con un prodotto unico poteva fissare prezzi più alti del costo marginale e mantenere margini di profitto elevati.

Esempi tipici in sanità erano le *aziende farmaceutiche* o i *grandi provider di servizi diagnostici*, capaci di esercitare potere di mercato grazie a *brevetti, tecnologie proprietarie o economie di scala*. Con l'avvento dell'economia digitale, il concetto di potere di mercato si è ampliato e trasformato. Oggi, a determinare la posizione dominante non è solo la capacità di produrre, ma *la capacità di controllare informazioni, flussi di dati e canali di accesso*.

Il vantaggio competitivo si sposta dunque:

- *Dalla produzione al controllo delle piattaforme*. Chi gestisce una piattaforma digitale diventa il "*passaggio obbligato*" attraverso cui avvengono scambi, comunicazioni e decisioni di consumo.
- *Dalla scarsità alla dipendenza*. Il potere non nasce più dalla rarità di un bene, ma dalla dipendenza degli utenti da un ecosistema digitale — che può raccogliere dati, orientare scelte e personalizzare prezzi e servizi.

- *Dal prezzo al controllo dell'attenzione.* In molti mercati digitali, il prezzo monetario scompare, sostituito dal valore dei dati o del tempo trascorso online. L'impresa con maggiore potere di mercato è quella che cattura e monetizza l'attenzione degli utenti.

Nel campo della *sanità*, queste dinamiche diventano particolarmente delicate.

Il potere di mercato può derivare non solo dal brevetto di un farmaco, ma anche:

- dal *controllo delle piattaforme di telemedicina o dei software clinici*,
- dalla *gestione dei dati sanitari e algoritmi predittivi*,
- dalla capacità di integrare informazioni provenienti da più sistemi (ospedali, laboratori, assicurazioni, dispositivi personali).

In questo scenario, il potere di mercato non si misura più soltanto nella differenza tra prezzo e costo marginale, ma nella *capacità di orientare i comportamenti di pazienti, professionisti e organizzazioni sanitarie* attraverso la gestione dell'informazione e delle interfacce digitali.

Il rischio è che il potere economico si traduca in *potere cognitivo e decisionale*, generando dipendenze sistemiche difficili da bilanciare con strumenti regolatori tradizionali.

Oligopolio e trust

In Paul Baran e Paul Sweezy, *l'oligopolio* è una forma di mercato caratterizzata da un numero limitato di imprese – in sanità vedi sempre la farmaceutica - che producono prodotti omogenei, le cui decisioni sono interdipendenti e influenzano strategicamente i concorrenti. Questa interdipendenza porta a una maggiore rigidità dei prezzi. Questa dinamica si ritrova pienamente nel settore farmaceutico e, con tratti diversi, in alcune aree dei dispositivi medici ad alta tecnologia e nei servizi sanitari digitali, dove pochi grandi operatori globali concentrano capacità produttive, dati e potere contrattuale.

Le caratteristiche dell'oligopolio sono dunque:

- *Poche grandi imprese:* Il mercato è dominato da un numero limitato di grandi produttori, che possiedono consistenti capitali e attrezzature.
- *Interdipendenza strategica:* Le azioni di un'impresa (come il prezzo o la produzione) influenzano direttamente quelle delle altre imprese, poiché ognuna deve considerare le reazioni dei concorrenti.
- *Formazione di prezzi rigidi:* A causa dell'interdipendenza, gli oligopolisti sono restii ad aumentare i prezzi, temendo una perdita di clienti verso i concorrenti. Allo stesso tempo, sono più inclini a seguire eventuali riduzioni di prezzo, poiché queste decisioni possono essere imitate dalle altre imprese, portando a una significativa perdita di quote di mercato.

L'oligopolio nell'economia digitale: dalle industrie alle piattaforme

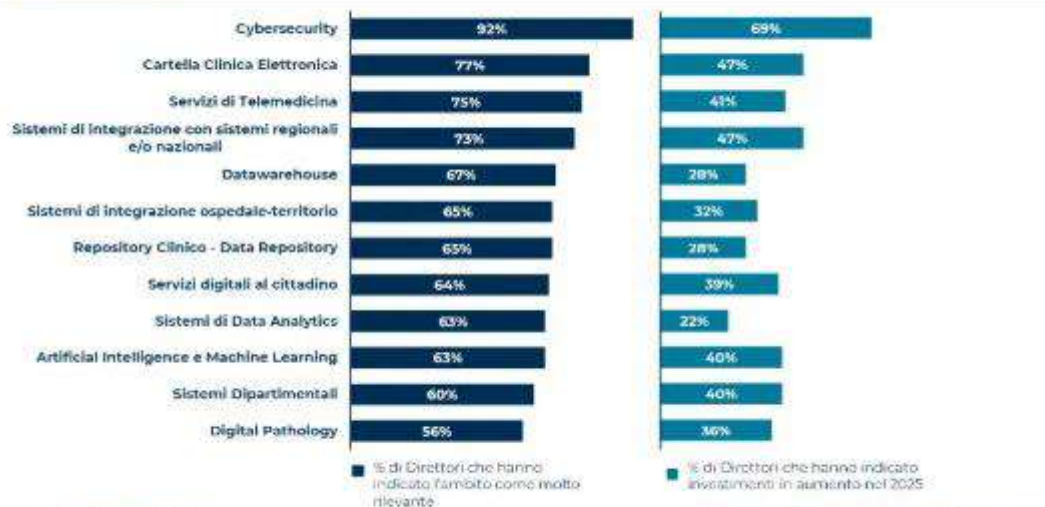
Nell'economia digitale contemporanea, la logica dell'oligopolio si è trasformata profondamente. Le imprese dominanti non competono più soltanto sulla produzione di beni omogenei, ma sul controllo delle infrastrutture digitali, dei flussi di dati e delle reti di utenti. Nascono così nuove forme di concentrazione economica, più difficili da regolare e riconoscere con le categorie classiche. Si passa, quindi, dall'oligopolio industriale all'oligopolio di piattaforma.

Le grandi piattaforme globali (Google, Amazon, Apple, Meta, Microsoft) operano in mercati apparentemente concorrenziali, ma in realtà dominati da barriere di accesso altissime: basi utenti immense, ecosistemi proprietari e capacità di investimento tecnologico difficilmente replicabili.

La concorrenza non si gioca più sul prezzo, ma sulla capacità di attrarre, trattenere e monetizzare i dati e l'attenzione degli utenti. Nascono nuove interdipendenze strategiche.

Le imprese digitali si osservano e si influenzano come gli oligopolisti di un tempo, ma lo fanno attraverso algoritmi e reti interconnesse: una modifica alle politiche di privacy, all'intelligenza artificiale o alla pubblicità di una piattaforma genera reazioni a catena negli altri attori. La competizione, quindi, si sposta su standard tecnologici, ecosistemi di app, interoperabilità e intelligenze artificiali proprietarie.

Il *"trust"* contemporaneo non è più un cartello esplicito, ma un ecosistema chiuso in cui un'impresa controlla intere filiere: dai dispositivi agli store digitali, dai dati alla logistica, dal cloud all'intelligenza artificiale. Si crea così una concentrazione di potere economico e cognitivo che condiziona i comportamenti di milioni di utenti e imprese subordinate.



Anche in sanità emergono oligopoli digitali: grandi multinazionali che controllano piattaforme di dati clinici, software gestionali, dispositivi connessi e algoritmi di diagnosi o telemonitoraggio. Il loro potere non deriva solo dal prezzo dei prodotti, ma dalla capacità di presidiare l'intera catena informativa e decisionale. Si passa dunque da un oligopolio *"industriale"* (farmaci, apparecchiature) a un oligopolio della *"informazione"*, che può influenzare strategie sanitarie, ricerca e politiche pubbliche.

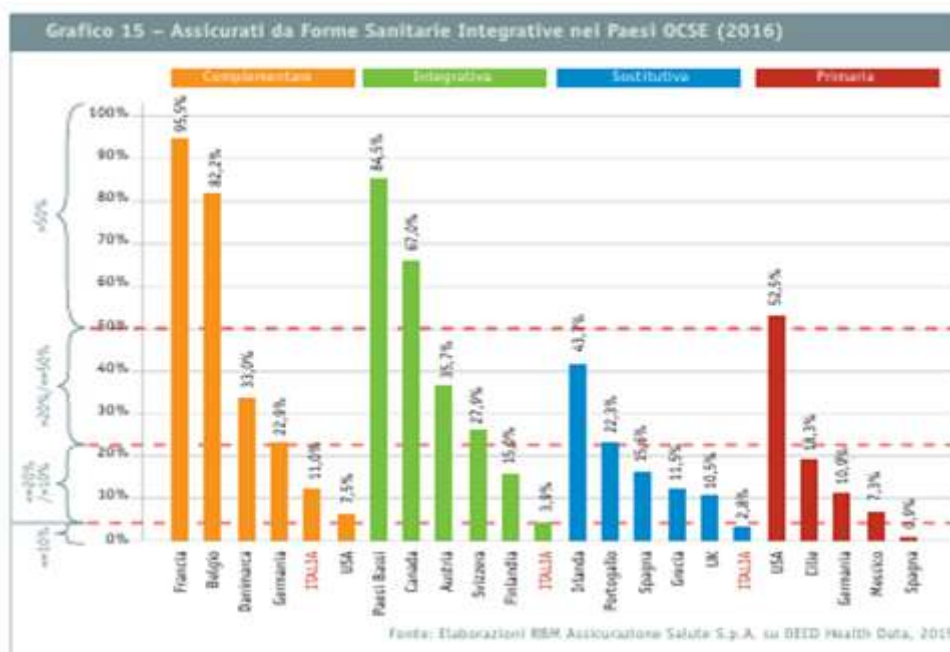
Omologazione e salute

Nel *"mercato della salute"* chi ha il *"potere del mercato"* determina, orienta, condiziona la domanda.

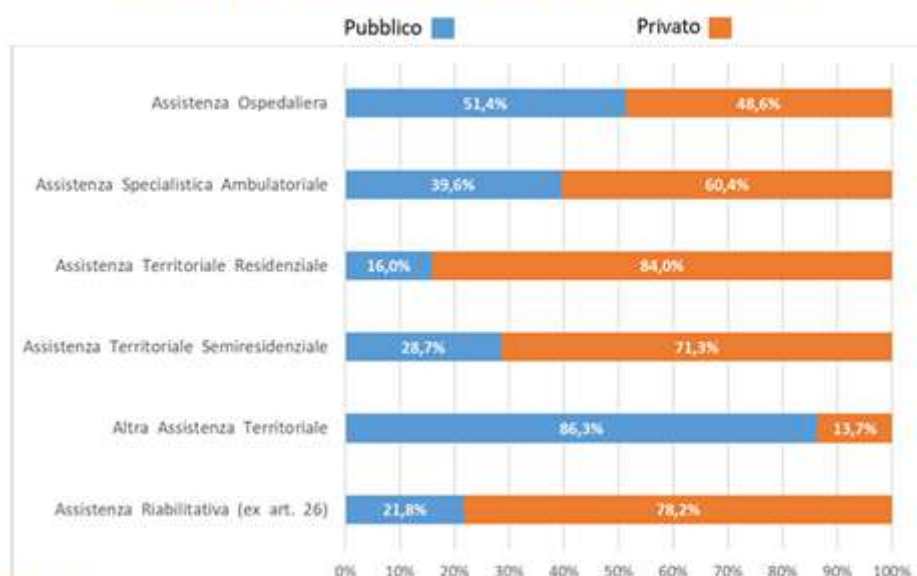
Questo nella farmaceutica è molto esplicito, ma lo è anche nell'offerta di prestazioni sanitarie.

Nel nostro Paese questo determina una capacità di omologazione dei consumi e delle prestazioni al di là di quanto prevede la legge, ovvero, oltre l'*"autorizzazione sanitaria"* e l'*"accreditamento"* cioè l'insieme di criteri e standard che le strutture sia *"pubbliche"* che *"private"* debbono avere per esercitare attività sanitaria. I privati accreditati, spesso specializzati in singole prestazioni, riescono a ridurre i costi marginali e ad attrarre la domanda, anche oltre i bisogni effettivi. Ne deriva un'offerta sanitaria sempre più *polimorfa e autoreferenziale*, in cui la sanità pubblica perde capacità di governo e di orientamento. La *sanità integrativa*, non soggetta ad accreditamento con i SSR, amplifica questa tendenza, definendo in autonomia le prestazioni da coprire. In assenza di una regia istituzionale forte, è l'offerta – e non più la salute pubblica – a guidare la domanda.

Attenzione, infine, alla *"solitudine"*, una percezione oltre la metà degli intervistati riferivano in una ricerca della OECD (il 52 %). Questo sentimento è ancor più diffuso tra i giovani: *si sente solo il 63% dei cittadini europei tra 18 e 34 anni*. Nonostante i social e il web Dove si appare, ma non si è ...



Strutture per tipologia di assistenza erogata - anno 2021



Stili di vita, di consumo e di salute

Gli *“stili di vita”* e di *“consumo”* sono determinati da bisogni, desideri e influenze sociali, che si traducono nel consumo di beni e servizi standardizzati, portando a un *“consenso di massa”* o omologazione nel mercato. Questo processo è influenzato da fattori come la pubblicità e le aspettative sociali, che spingono verso un aumento dei consumi e possono generare sia crescita economica che problemi sociali, come l'inquinamento, fragilità e disuguaglianze.

Quanto sopra determina quello che viene definito il *“consenso di massa al mercato”*, che evolve tramite:

- **Omologazione:** Il consumo di beni standardizzati porta a una perdita di autonomia individuale e all'omologazione degli usi, costumi e modelli culturali.
- **Standardizzazione:** La produzione di beni di consumo e di servizi/prestazioni in serie rende questi prodotti accessibili a un numero più ampio di persone, rafforzando il processo di omologazione.

Ne derivano le seguenti implicazioni e conseguenze:

- **Crescita economica:** Il consumismo, pur con i suoi aspetti negativi, contribuisce alla crescita economica, all'innovazione tecnologica e alla creazione di posti di lavoro.

- *Impatto ambientale e sociale*: D'altro canto, il consumo eccessivo può portare allo spreco di risorse, all'inquinamento e all'aumento delle disuguaglianze sociali.
- *Consumo consapevole*: Si stanno sviluppando forme alternative di consumo, come il consumo solidale, etico e sostenibile, che cercano di conciliare il soddisfacimento dei bisogni individuali con il benessere collettivo e l'attenzione all'ambiente. Ma è una lotta contro il tempo ...

L'impatto sulla "appropriatezza"

L'appropriatezza delle cure incide in modo decisivo sulla sostenibilità. Negli USA il sistema è misto, non "essenzialmente privato": nel 2023 la spesa sanitaria ha raggiunto \$4,9 trilioni (17,6% del PIL), finanziata per circa il 49% da fonti pubbliche (Medicare, Medicaid, altri) e per il 40% da privati (assicurazioni e OOP). Le analisi più solide collocano gli sprechi intorno a \$760–935 mld/anno (~25%), con una quota rilevante dovuta a complessità amministrativa, sovra/pre-utilizzo e fallimenti di coordinamento. [cms.gov+1](https://www.cms.gov) .

In Italia, studi CERGAS/OASI e GIMBE stimano sprechi/inefficienze superiori a € 20,0 mld; nel dataset 2017 (spesa sanitaria €154,9 mld) GIMBE quantifica, per macro-categorie, fino al 25% di spesa a basso o nullo valore (somma di "no-value" e "low/negative value"), da trattare come potenziale di miglioramento e riallocazione più che come risparmio certo. In questo quadro, programmi di de-prescrizione e Choosing Wisely Italia offrono leve operative per ridurre il *low-value care* e riallocare risorse verso interventi ad alto valore.



Società di consumo, di massa e salute

Le società occidentali contemporanee sono spesso state definite *società del consumo di massa*, in quanto gran parte della vita dei loro membri si sostanzia nell'acquisto e consumo di merci relativamente standardizzate e a larga diffusione.

Le pratiche di consumo si configurano essenzialmente come azioni orientate all'espressione e al consolidamento di legami sociali specifici, all'affermazione di ciò che si ritiene di buon gusto o corretto in relazione alla vita ordinaria o all'espressione e al riconoscimento di un'immagine autonoma di sé. Queste tendenze condizionano i consumi e gli stili di vita e di salute delle popolazioni.

Oggi va affermandosi una nuova stagione dell'organizzazione produttiva fondata sull'articolazione di quattro principi: *l'efficienza, la prevedibilità, la calcolabilità e il controllo* tramite la sostituzione del lavoro umano con quello delle macchine.

- *L'efficienza* implica un'enfasi sul risparmio del tempo e quindi sull'individuazione dei mezzi più rapidi ed economici di ottenere fini dati.
- *La calcolabilità* comporta un'esaltazione della quantificazione e una sostituzione della qualità con la quantità.
- *La prevedibilità* richiede la ricerca della replicabilità e della standardizzazione dei prodotti.
- *Il controllo sempre più stringente* sulle fasi della produzione e della distribuzione, soprattutto mediante la tecnologia.

Quindi cambiano le condizioni della produzione i rapporti connessi e gli stili di vita e di consumo e cambiano le condizioni ambientali e salutistiche di vita e lavoro. Vedi l'approccio "one health" e per "ecosistemi".

Omologazione, local e global ...

La realtà contemporanea è descritta all'interno di un sistema dualista, che vede le forze locali distinguersi e contrapporsi a quelle globali. Questo significa che le differenze tra connessi e disconnessi non rispecchiano più quella tra mondo avanzato e in via di sviluppo, ma che all'interno di ogni regione o città si creano aree più sviluppate e altre che lo sono meno.

I flussi transnazionali di capitali e merci rappresentano l'aspetto più visibile della globalizzazione, che si compone di nodi e assicura flussi di ricchezza e sviluppo; chi vive in una dimensione locale invece, estromessa dalla globalizzazione, non ha a disposizione tutti quegli strumenti di valorizzazione sociale ed economica che invece si riscontrano nell'altra parte, con una tendenziale cronicità che crea aree di sottosviluppo.

La riterritorializzazione è il frutto dei flussi di capitali e merci, che riescono ad allocarsi con maggiore rapidità rispetto al passato e quindi a superare i tradizionali confini nazionali. Il libero mercato ha acuito lo sfruttamento di territori e di lavoratori nei Paesi meno sviluppati. Da queste dinamiche derivano molte delle attuali criticità relative alla salute e quindi alle sanità locali/nazionali.

Omologazione e comunità: due direzioni opposte

L'"omologazione" genera il suo derivato più insidioso, il *pensiero unico*: una modalità rassicurante che ci esonera dalla fatica di pensare, evita conflitti e ci consola con certezze condivise. Ma dietro questa apparente armonia si nasconde una perdita d'identità e di libertà: sentimenti, linguaggi e comportamenti vengono prescritti e uniformati, alimentando interessi economici e politici di chi trae profitto dal conformismo.

La "comunità", al contrario, se proattiva e partecipata, rappresenta un'alternativa vitale: promuove inclusione, autorganizzazione e una cultura autonoma capace di valorizzare i vissuti locali.

Non si tratta di nostalgie o resistenze romantiche alla globalizzazione, ma della ricerca di nuovi centri di identità collettiva. Le esperienze di comunità in Scozia, Regno Unito, Belgio, Svezia, Finlandia, Spagna e in molte realtà italiane mostrano che è possibile rispondere a fragilità e disuguaglianze con modalità non medicalizzate, fondate su appropriatezza e partecipazione. Costruire comunità proattive – anche attraverso politiche di *prescrizione sociale* – significa restituire alla salute e al benessere un'anima condivisa e radicata nei territori.

Un percorso possibile

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nella sua *Carta di Ottawa per la promozione della salute* (World Health Organization, 1986. [Ottawa Charter for Health Promotion](#)), indica sette passaggi fondamentali per introdurre la *prescrizione sociale* in nuovi contesti:

1. *Partire dal livello locale*, coinvolgendo il maggior numero possibile di partner territoriali per mappare e mettere in rete servizi e risorse della comunità.
2. *Attivare processi di co-costruzione* con la comunità, includendo tutti i gruppi, anche i più fragili, e sostenendoli anche finanziariamente.
3. *Individuare figure di collegamento (link worker)*, con competenze relazionali, comunicative ed empatiche, capaci di indirizzare le persone verso le opportunità più adeguate e di valorizzare team multidisciplinari comprendenti i medici di base.
4. *Progettare i percorsi insieme ai cittadini e ai pazienti*, protagonisti attivi del processo.
5. *Costruire competenze professionali* per gli operatori di collegamento, con adeguata supervisione clinica.
6. *Favorire il coinvolgimento dei professionisti sanitari*, offrendo formazione sulle potenzialità della prescrizione sociale.
7. *Promuovere una cultura della valutazione dell'impatto*, per raccogliere e diffondere evidenze utili alla replicabilità e diffusione degli interventi.

La *prescrizione sociale*, così intesa, crea connessioni e attiva reti di collaborazione tra risorse già presenti nella comunità, superando la frammentazione e valorizzando l'esistente.

Nel 2021 l'OMS ha aggiornato il proprio *Glossario della Promozione della Salute* (World Health Organization, 2021. [Health Promotion Glossary of Terms 2021](#)) e pubblicato la *Carta di Ginevra per il Benessere* (World Health Organization, 2021. [The Geneva Charter for Well-being](#)), che pone tre obiettivi principali:

- Costruire comunità sostenibili che promuovano il benessere,
- Garantire equità di salute per le generazioni presenti e future,
- Rispettare i limiti ecologici del pianeta.

Protagonista è sempre la *persona*, primo responsabile della propria salute e di quella di chi la circonda, chiamata a comportamenti rispettosi dell'ambiente e all'uso consapevole delle risorse comuni. Gli *operatori socio-sanitari*, a loro volta, devono individuare i bisogni, definire priorità in un quadro di risorse limitate e promuovere educazione sanitaria.

Questi principi sono alla base anche del PNRR, che affida ai Distretti socio-sanitari il ruolo di riferimento per la programmazione della salute territoriale, attraverso la *stratificazione dei bisogni* delle popolazioni. Tuttavia, il passaggio dal DM 71 al DM 77, a seguito della sentenza del Consiglio di Stato, ha indebolito la visione originaria dei Distretti come vere "*Agenzie di salute*" dei territori.

Ripensare i modelli di programmazione sociosanitaria significa quindi *valorizzare il ruolo proattivo degli operatori*, non solo come erogatori di servizi, ma come *promotori di salute* capaci di sostenere le persone, anche fragili, nel loro ambiente di vita e di relazioni, rendendole protagoniste della costruzione del proprio benessere.

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](#), [ASQUAS](#), 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*.

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. 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 a Gennaio 2026 insieme.

Riferimenti bibliografici

1. **World Health Organization (1986).** *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: WHO.
→ Citata nella sezione "*Un percorso possibile*" come documento fondativo per la promozione della salute e la prescrizione sociale.
2. **World Health Organization (2021).** *Health Promotion Glossary of Terms 2021*. Geneva: WHO.
→ Aggiornamento del glossario sulla promozione della salute.
3. **World Health Organization (2021).** *The Geneva Charter for Well-being*. Geneva: WHO.
→ Citata per i tre obiettivi principali del benessere sostenibile e comunitario.
4. **Douglas, M., & Isherwood, B. (1979).** *The World of Goods: Towards an Anthropology of Consumption*. New York: Basic Books.

- Riferimento nella parte “Società di consumo, di massa e salute” per la lettura antropologica dei consumi.
5. **Bourdieu, P. (1979).** *La Distinction: Critique sociale du jugement*. Paris: Les Éditions de Minuit.
→ Riferimento esplicito per la relazione tra consumo, gusto e distinzione sociale.
 6. **Baran, P., & Sweezy, P. (1966).** *Monopoly Capital: An Essay on the American Economic and Social Order*. New York: Monthly Review Press.
→ Base teorica citata per la definizione e le caratteristiche dell’oligopolio e del trust.
 7. **Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).** *National Health Expenditure Data (NHE), 2023*.
→ Fonte implicita per i dati sulla spesa sanitaria USA e la quota pubblica/privata.
 8. **Berwick, D. M., & Hackbarth, A. D. (2012).** *Eliminating Waste in U.S. Health Care*. *JAMA*, 307(14): 1513–1516.
→ Citato per la stima degli sprechi nel sistema sanitario americano.
 9. **Fondazione GIMBE (2017).** *Report sulla sostenibilità del SSN*. Bologna: GIMBE.
→ Fonte per le stime sugli sprechi e inefficienze nella sanità italiana.
 10. **CERGAS SDA Bocconi / Osservatorio OASI (diversi anni).** *Rapporto OASI sul Sistema Sanitario Italiano*. Milano: Egea.
→ Fonte per i dati italiani sugli sprechi e sulla governance del SSN.
 11. **Habermas, J. (1998).** *L’inclusione dell’altro: studi di teoria politica*. Milano: Feltrinelli.
→ Citato nella parte “Omologazione, local e global” per la riflessione sul rapporto tra legittimità politica e scelte economiche nella globalizzazione.
 12. **Francesco (Papa).** *Encicliche Laudato si’* (2015) e *Fratelli tutti* (2020).
→ Richiamo implicito nella parte finale sulla critica all’economia globale che “dimentica il territorio”.
 13. **WHO European Office for Investment for Health and Development (2024).** *Community Orientation and Social Prescribing Network*. Venice: WHO EU.
→ Fonte per le esperienze internazionali di prescrizione sociale (Frome, Scozia, Fiandre).
 14. **Health Connections Mendip (UK NHS).** *Frome Model of Community Health*. Somerset NHS Trust, 2016–2023.
→ Citata come esempio operativo di prescrizione sociale nel testo.
 15. **Choosing Wisely Italia (2012–2024).** *Progetti di de-prescrizione e appropriatezza clinica*.
→ Citata nella sezione sull’appropriatezza e il low-value care.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=132605

Premio “Energie per Roma” 2025 alla collega Silvia Boni

"Gentile Dottoressa,

siamo lieti di informarla che, sulla scorta di un’attenta valutazione della Sua candidatura, la Commissione del premio “Energie per Roma” ha ritenuto che il suo impegno nel campo della salute per la nostra Città è meritevole di encomio, e le ha assegnato il Premio per l'anno 2025, la cui consegna avverrà a Roma, il 30 ottobre 2025, a partire dalle ore 16, presso la rappresentanza del Parlamento europeo in Italia “Spazio Europa” (via IV Novembre 149).

La Commissione ha motivato il Premio con le seguenti parole: *"In riconoscimento della straordinaria dedizione, della visione e della capacità di guida dimostrate nel campo della sanità e della salute pubblica, grazie alle quali ha saputo coniugare passione, professionalità e competenza, contribuendo in modo determinante al miglioramento dei servizi e al benessere della comunità romana"*.

L'appropriatezza allocativa nell'uso delle risorse del Ssn

Claudio Maria Maffei

22 OTT -

Gentile Direttore,

il Governo, come puntualmente riportato qui su Qs, si sta impegnando con la manovra economica a trovare più risorse per la sanità e a trovare la migliore destinazione d'uso alle risorse aggiuntive stimate in oltre sei miliardi di euro. Si prevede che queste risorse finanzieranno tra l'altro le assunzioni di personale, l'aggiornamento delle tariffe ospedaliere, il potenziamento della medicina territoriale comprese le attività di prevenzione.

Non entro nel merito qui né su quanto è aumentato il fondo sanitario (molto, poco o abbastanza), né sulla sensatezza (peraltro accettabile) degli investimenti previsti con le risorse aggiuntive, ma vorrei fare qualche riflessione sulla metodologia di definizione dei criteri di allocazione delle risorse nel Ssn, non solo di quei 6,3 miliardi aggiuntivi, ma di quelle storicamente disponibili che sono infinitamente di più (stimabili attorno ai 136,6 miliardi di euro). E non solo di quelle di parte corrente, ma anche di quelle in conto capitale per l'acquisizione di apparecchiature e per gli interventi di carattere edilizio, che non sono però oggetto della manovra.

Provo quindi ad avviare un ragionamento su quali sono i macrolivelli assistenziali e le tipologie di servizi su cui procedere a investimenti e disinvestimenti. È irragionevole infatti che ci si concentri sui criteri di utilizzo degli oltre 6 miliardi e passa aggiuntivi senza porsi il problema di come viene utilizzato il restante 95,6% del Fondo sanitario. Si tratta di un ragionamento che parte dalla manovra economica, ma che non è in questa che può trovare sviluppo.

Quando si parla di investimenti, i pareri sono pressoché unanimi nella identificazione della sanità territoriale come area da sviluppare, ma con molta genericità nelle indicazioni di dettaglio. A titolo di esempio si cita spesso tra le priorità la messa in funzione di Case della Comunità e Ospedali di Comunità dimenticando la necessità di regolamentare e potenziare il livello residenziale su cui l'offerta nelle varie Regioni è molto diversa e spesso di drammatica carenza sia in termini di offerta che di qualità assistenziale. Ma al contrario regna quasi il vuoto sia in termini di analisi e di proposta sulle aree suscettibili di razionalizzazione prima e disinvestimento poi.

Non si parla qui solo delle inefficienze e degli sprechi che ci ricorda sempre puntualmente ogni anno il Rapporto Gimbe, ma delle possibili anomalie strutturali della offerta, ovvero della inappropriata allocazione delle strutture e delle tecnologie.

Le caratteristiche di queste scelte sono diverse dalle tradizionali tipologie di inefficienze e sprechi, come quelle legate alla inappropriata prescrivibilità, per diversi ordini di motivi: il valore economico unitario di queste scelte è molto alto, gli eventuali effetti negativi di queste scelte sono prolungati nel tempo, si traducono in una dispersione di risorse umane oltre che economiche e hanno un forte condizionamento politico che deriva dalla percezione nei cittadini che qualunque investimento strutturale a loro "vicino" vada comunque bene.

Lette in una dimensione di sistema queste scelte hanno effetti "depressivi" verso le altre possibili opzioni di investimento che pure a parole vengono sempre richiamate (il famoso "potenziamento" del territorio).

Prendiamo la forma più tipica di inappropriata allocazione e cioè la frammentazione della rete ospedaliera nelle sue diverse possibili forme tra cui la duplicazione di strutture per acuti con DEA a pochi chilometri di distanza in un bacino di utenza che non le giustifica, il mantenimento di una attività per acuti in un ospedale periferico ragionevolmente vicino ad altre strutture e la dispersione di casistiche complesse tra troppe strutture con volumi inadeguati. S

ulla base di queste di queste considerazioni i sistemi ospedalieri regionali andrebbero ridisegnati in modo da ridurre nel tempo questa frammentazione e ogni programma di edilizia ospedaliera dovrebbe andare in questa direzione. Purtroppo così non avviene, come le vicende della Regione Marche che ho spesso ricostruito qui su Qs dimostrano.

Questo è un grave baco di sistema per tutti i motivi ricordati prima: queste scelte comportano costi elevati sia in conto capitale che in conto corrente, costi che si prolungano nel tempo e sottraggono strutturalmente risorse agli altri servizi.

Ma analogo discorso, seppure meno economicamente rilevante, vale per le tecnologie distribuite spesso senza criterio con un inevitabile effetto di un loro sottoutilizzo da una parte e di dispersione del personale dall'altra. E vale per le strutture sanitarie non ospedaliere per le quali pure esiste il rischio della frammentazione, specie nell'area poliambulatoriale, come pure, sempre procedendo per esempi, vale per le postazioni dell'emergenza territoriale, dei Pronto Soccorso e dei servizi di elisoccorso.

In comune a tutte queste forme di inappropriata allocativa c'è la prevalenza della ricerca politica del consenso rispetto alle considerazioni tecniche di sanità pubblica.

C'è molta resistenza ad affrontare il tema della inappropriata allocativa anche da parte di chi con molta autorevolezza difende il Ssn come il già citato Gimbe e i firmatari degli appelli/documento di maggiore autorevolezza, tra cui quello di impostazione più aziendalista (per intenderci quello che ha coinvolto Bocconi, Crea e Sant'Anna), quello sottoscritto inizialmente da oltre 130 Associazioni e quello "degli scienziati".

Certo mettere mano alla appropriatezza allocativa è impopolare (si pensi alle difficoltà di chiudere e mantenere chiusi i Punti Nascita), ma doveroso e inevitabile. Per questo ho spesso sottolineato l'importanza che il Ministero della Salute non rinunci al suo ruolo di garante della applicazione del DM 70 e quindi di verifica e approvazione dei piani regionali di riordino delle reti ospedaliere. Come pure non dovrebbe rinunciare, cosa che sarebbe ancor più grave, al suo ruolo di garante del rispetto da parte dei programmi regionali di edilizia sanitaria dei vincoli e dei parametri posti da quel Decreto.

Il Ssn non è in grado di sopportare gli effetti a medio e lungo termine di questa inappropriata allocativa diffusa e spesso incontrollata. Una inappropriata allocativa che oltretutto finisce per favorire la sanità privata cui è concessa la possibilità di allocare le proprie strutture e le proprie attività come più le conviene. E forse anche su questo si dovrebbe al più presto ragionare.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=132811

quotidianosanità.it

Il PNRR rischia sempre di più di essere una occasione mancata

Secondo l'osservatorio Openpolis il parlamento europeo ha chiesto di poter sfiorare il limite del 2026 per completare i PNRR, ma la Commissione è contraria. Il 68% delle scadenze a livello europeo deve ancora essere completato. Gli stati più avanti sono Francia, Danimarca e Germania. L'Italia (insieme ad altri 3 paesi) ha già presentato 5 richieste di modifica del proprio PNRR e un'ulteriore modifica è prevista per l'autunno. Per evitare di perdere una parte dei fondi la Commissione ha suggerito di reindirizzarli in altri settori, inclusa la difesa

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

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

20 OTT -

PNRR: stato dell'arte in generale

Il Governo ha rivendicato due importanti risultati riguardanti il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Da un lato lo [sblocco dei fondi legati della settima rata](#), attesi dallo scorso dicembre. Dall'altro l'invio della [richiesta di pagamento dell'ottava rata](#) legata al completamento di ulteriori 40 scadenze. Si tratta certamente di risultati di rilievo, tuttavia non si deve dimenticare il fatto che il rispetto del cronoprogramma è stato possibile solo a seguito di [plurime revisioni](#) del Piano Italiano.

A febbraio 2025, risultava [speso appena un terzo delle risorse](#) assegnate al nostro Paese. Il lavoro da fare in termini di realizzazione degli interventi quindi è ancora rilevante. Tanto che lo stesso Ministro italiano con delega al PNRR ha [annunciato una ulteriore revisione](#) del Piano in autunno.

Nonostante queste difficoltà, l'Italia è ad oggi uno dei Paesi Ue più avanti nella realizzazione del proprio PNRR. Molti Stati membri infatti stanno incontrando degli ostacoli nell'attuazione. Proprio per questo motivo, lo scorso 18 giugno il Parlamento Europeo ha approvato una in cui si esorta la Commissione a valutare la possibilità di estendere per ulteriori 18 mesi il (RRF), lo strumento finanziario che alimenta i Piani Nazionali di Ripresa e Resilienza.

Finora l'ipotesi di sfiorare la scadenza del 2026 è stata considerata un tabù. E in effetti la Commissione Europea in una [comunicazione](#) di inizio giugno, pur evidenziando i ritardi, aveva ribadito come questo limite temporale fosse inderogabile. In realtà si cerca di andare nella direzione della massima efficacia possibile nell'erogazione dei fondi assegnati e nella realizzazione degli interventi finanziati.

Questo anche a costo di rinunciare almeno in parte alle ambizioni iniziali. Nel caso del PNRR italiano, ad esempio, le priorità trasversali che avrebbero dovuto portare a una riduzione dei divari territoriali, di genere e generazionali rischiano di essere tagliate o fortemente ridimensionate con buona pace del sociale.

PNRR, a che punto sono i singoli Paesi della UE

L'attuazione dei PNRR registra difficoltà in tutta l'UE, non solo in Italia. L'impostazione del RRF prevede un modello *performance based*. L'erogazione dei fondi assegnati ai diversi stati è condizionata al raggiungimento di determinati traguardi e obiettivi (le cosiddette [scadenze](#)). Sulla base dei dati contenuti nel documento della Commissione UE, al 4 giugno sono ancora da erogare circa 335 miliardi di euro, di cui circa 154 Mld in sovvenzioni a fondo perduto e 180 Mld in prestiti. L'ammontare del RRF è di circa 650 Mld di euro, ne deriva che, a poco più di un anno dalla conclusione dei Piani Nazionali, oltre la metà delle risorse deve ancora essere erogata. Per l'esattezza una quota pari al 51,5% delle risorse RRF è ancora da erogare ai singoli Paesi.

Il nostro Paese ha già ottenuto 122 Mld di euro sui 194,4 Mld assegnati (pari al 62,7%). La Commissione UE ha dato il via libera all'erogazione dei fondi legati alla settima rata per un ammontare complessivo di 18,3 Mld di euro. Il Governo ha presentato la richiesta di pagamento dell'ottava rata per circa 12,8 Mld di euro. Quindi il nostro Paese è tra quelli con la quota di risorse già ricevute più alta.

Circa le scadenze da conseguire, la situazione è piuttosto complicata in quasi tutti i Paesi UE. In base ai dati della Commissione UE, i vari Paesi devono ancora presentare la documentazione relativa al completamento di oltre 4.300 traguardi e obiettivi sui 7.105 totali. Questo comporta che nel complesso le scadenze ancora da conseguire sono circa il 68%. Più nel dettaglio, la quota di scadenze già completate più elevata è quella riportata dalla Francia (82%).

Seguono Danimarca (57%), Germania (54%) ed Estonia (49%). Italia e Lussemburgo si trovano entrambe al 43%.

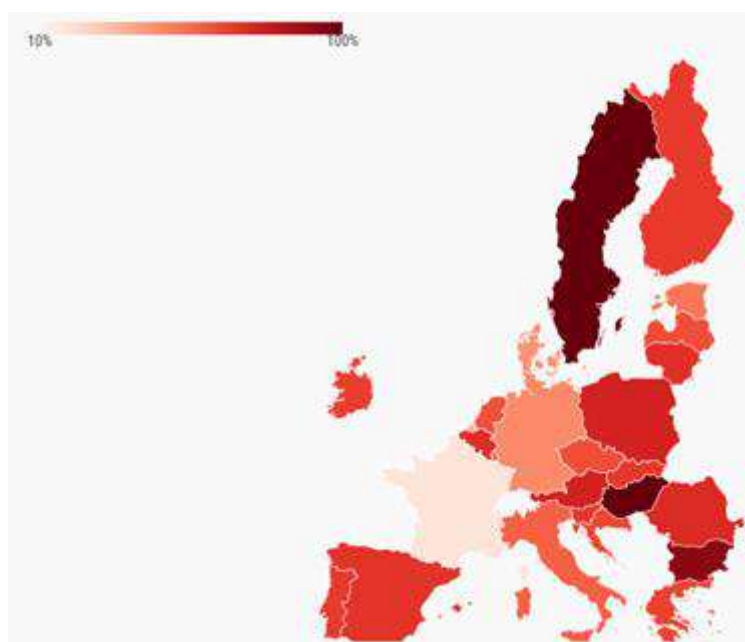
L'Italia è tra gli stati membri che hanno già inviato il maggior numero di proposte di revisione (5) insieme a Belgio, Irlanda e Spagna. Per quanto riguarda l'Italia inoltre una sesta revisione del Piano Italiano è annunciata per questo autunno. Tutti i Paesi hanno presentato almeno 2 richieste di modifica e molti sono ancora in attesa del via libera dell'ultima richiesta di revisione inviata. Si trovano in questa condizione 11 stati Ue tra cui anche Spagna e Germania.

Le opzioni alternative per la Commissione UE per completare i PNRR

La Commissione UE ha incoraggiato gli stati membri a rivedere in maniera mirata i propri Piani, adottando una strategia più flessibile e pragmatica, in linea con le reali capacità di esecuzione. La Commissione UE suggerisce di potenziare le misure che stanno già mostrando buoni risultati, ampliandone la portata nei casi in cui vi sia una domanda elevata o emergano performance superiori alle aspettative iniziali. Nel caso italiano ad esempio, come abbiamo visto, l'erogazione di risorse attraverso incentivi alle imprese e crediti d'imposta ha permesso di velocizzare notevolmente le procedure.

Le risorse trasferibili possono arrivare fino al 4%, a cui può aggiungersi un ulteriore 6% per le misure che contribuiscono agli obiettivi della [piattaforma per le Tecnologie Strategiche per l'Europa \(Step\)](#). Il traguardo finale del PNRR sarebbe l'approvazione di tutte le operazioni di investimento entro il 31 agosto 2026.

Infografica 1 - [La percentuale di milestone e target ancora da completare per paese](#)



(Fonte Commissione UE)

La Commissione UE in caso di reiterazione delle difficoltà operative suggerisce di rinunciare a una parte delle risorse assegnate sotto forma di prestito. L'Italia ha deciso a suo tempo di richiedere il massimo delle risorse che avrebbe potuto prendere, vale a dire circa 122,6 Mld di euro.

Un'ulteriore possibilità riguarda i progetti di ampia scala (come le grandi opere infrastrutturali) che, pur rimanendo strategici, non potranno essere completati entro la scadenza del dispositivo. In questi casi, si suggerisce di suddividere gli interventi, mantenendo nel PNRR solo le parti realmente realizzabili entro i termini previsti. Le restanti parti potranno essere portate avanti con risorse nazionali o mediante il ricorso ad altri strumenti dell'Unione, come i Fondi Strutturali.

La Commissione UE ha aperto anche alla possibilità di utilizzare parte dei Fondi per rafforzare il ruolo delle Banche e degli Istituti di Promozione Nazionali. Attraverso conferimenti di capitale mirati, questi Enti potranno espandere la propria operatività in settori chiave come la transizione energetica, la decarbonizzazione industriale, la sicurezza e la difesa. Diventano ammissibili anche forme di contributo volontario al futuro [Programma Europeo per l'Industria Della Difesa \(EDIP\)](#) e ai programmi dell'Ue per le comunicazioni satellitari, come [Iris2](#) o [Galileo](#). Questo se gli investimenti vadano concretamente a beneficio dello Stato membro e siano coerenti con le priorità comuni europee. Le ambizioni trasformative del PNRR sembrano essersi ridimensionate in maniera significativa.

Il PNRR per stato avanzamento per singola Missione ...

Al maggio 2025 risultano 159 Mld di euro del PNRR in qualche modo impegnati, a fronte dei 194,4 miliardi complessivi. La differenza è di 35 Mld di euro, cui vanno aggiunti circa 3 Mld di euro e oltre 12 mila progetti dei quali ReGis non è in grado di certificare a che punto è la fase di attuazione.

La spesa sostenuta, al 31 maggio 2025, è pari a 74,3 Mld di euro, il 38,22% del totale. L'incremento della spesa rispetto a febbraio 2025 è di circa 8,582 Mld di euro, poco meno di tre miliardi al mese. Va peggio sul fronte dei pagamenti che, al 30 giugno 2025, risultavano pari a poco più di 70 miliardi, 5,63 Mld di euro in più rispetto al 31 marzo 2025. Ciò significa che, a poco più di un anno dalla conclusione del PNRR, non si è riusciti a spendere nemmeno la quota parte di risorse ricevute per Milestone e Target conseguiti dal governo Draghi (prefinanziamento e 3 rate) pari a 85 miliardi di euro.

Ricordiamo che la spesa dichiarata viene imputata mensilmente dalle Amministrazioni titolari e registra l'avanzamento finanziario aggregato delle singole misure del PNRR. I pagamenti rappresentano le spese sostenute dai Soggetti attuatori per le attività realizzate (o da realizzare in caso di anticipi) a costi reali o a costi standard. Il numero dei progetti censiti è pari a 298.339. Essi prevedono fondi PNRR per 159,101 Mld di

euro e mobilitano risorse comprensive di altre fonti di finanziamento pari a 214,512 Mld di euro. I progetti che si sono conclusi o hanno raggiunto il segmento finale nell'iter di attuazione fanno riferimento a risorse pari a circa 65 Mld di euro.

*Tabella 1 - Lo stato di realizzazione delle singole Misure ad oggi
a) confronto con i dati precedenti*

Missione	Spesa dichiarata PNRR al 31/05/25 (A)	Spesa dichiarata PNRR al 23/02/25 (B)	Differenza C=A-B	Incremento medio mensile
M1 Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo	21.270.150.363,47	20.223.906.542,34	1.046.243.821,13	346.747.940,38
Missione 2 Rivoluzione verde e transizione ecologica	21.633.323.661,49	20.470.104.017,15	1.163.219.644,34	387.739.881,45
Missione 3 Infrastrutture per una mobilità sostenibile	9.577.430.216,47	8.696.482.327,23	880.947.889,24	293.649.296,41
Missione 4 Istruzione e Ricerca	13.058.286.770,52	10.105.388.259,45	2.952.898.511,07	984.299.503,69
Missione 5 Inclusione e coesione	4.138.686.051,99	3.148.469.256,79	990.226.795,20	330.075.598,40
Missione 6 Salute e resilienza	4.314.688.596,40	2.951.428.312,64	1.363.260.283,76	454.420.094,59
Missione 7 REpowerEU	314.091.775,09	128.867.755,67	185.224.019,42	61.741.339,81
Totale complessivo	74.306.657.435,43	65.724.636.471,27	8.582.020.964,16	2.860.673.654,72

(Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Dello Stato e ReGIS)

- Per la Missione 5 “Inclusione e coesione” su un obiettivo di 4,1 Mld di euro siamo ad una spesa dichiarata di 13,1 Mld, ovvero con ancora 990 Mln di euro da impegnare. Siamo ad una spesa di 10.010 Mln di euro, pari al 24,46%.
- Per la Missione 6 “Salute e resilienza” su un obiettivo di 4,3 Mld di euro siamo ad una spesa dichiarata di 2,91 Mld, ovvero con ancora 1,363 Mln di euro da impegnare. Siamo ad una spesa di 16,026 Mld di euro, pari al 27,61%.

*Tabella 2 – Percentuali di avanzamento nella realizzazione dei progetti PNRR:
b) percentuali di avanzamento*

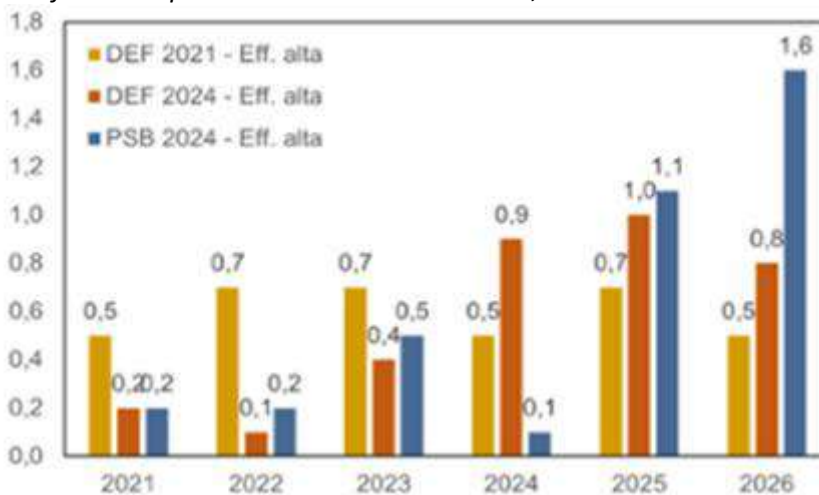
Missione	Importo Totale	Spesa dichiarata PNRR al 31/05/25	%
M1 Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo	41.372.794.151,69	21.270.150.363,47	51,41
Missione 2 Rivoluzione verde e transizione ecologica	66.626.022.669,09	21.633.323.661,49	38,96
Missione 3 Infrastrutture per una mobilità sostenibile	25.746.422.600,81	9.577.430.216,47	40,33
Missione 4 Istruzione e Ricerca	30.049.821.180,97	13.058.286.770,52	43,46
Missione 5 Inclusione e coesione	18.919.600.000	4.138.686.051,99	24,46
Missione 6 Salute e resilienza	16.826.641.083,61	4.314.688.596,40	27,61
Missione 7 REpowerEU	11.177.860.000	314.091.775,09	2,81
Totale complessivo	194.416.961.466,87	74.306.657.435,43	38,22

(Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Dello Stato e ReGIS)

Impatto del PNRR sul PIL italiano ...

Nel DEF di aprile 2025 era previsto un impatto del PNRR sul PIL di 0,9 punti percentuali (p.p.) di crescita aggiuntiva per il 2024, ma nella successiva stima aggiornata del PSB, a pochi mesi dalla fine dell'anno, l'impatto stimato è sceso a +0,1 %. Revisioni al ribasso sulle stime di impatto erano già avvenute in passato: per esempio, per il 2023 la stima di impatto annuale del PNRR è passata da +0,7 p.p. nel DEF 2021 a +0,5 p.p. nel DEF 2024, ovvero "a consuntivo" rispetto alle informazioni sulla spesa effettiva. Revisioni ancora più ampie si sono registrate per il 2021 e 2022.

Grafico 1 - Impatto annuale del PNRR sul PIL, Modello QUEST-III R&D



(Fonte: Elaborazioni Centro Studi Confindustria su dati DEF e PSB)

Il Governo nelle successive revisioni ha mantenuto una ipotesi di impatto cumulato all'ultimo anno pressoché invariato, prevedendo che tutte le risorse saranno comunque spese entro il termine ultimo di implementazione 2020-2026. Nel PSB, la stima di impatto cumulato al 2026, sotto l'ipotesi di "efficienza alta", è stata rivista leggermente al rialzo rispetto al DEF di aprile, da 3,4 % a 3,7 %. Mancano solo 16 mesi alla conclusione del PNRR. In particolare, gli 0,8% di crescita aggiuntiva mancanti dal 2024 (Grafico 1) sono stati attribuiti tutti all'ultimo anno: infatti la stima di impatto del PNRR sul PIL 2026 si è raddoppiata, da +0,8% a +1,6%. Una stima di crescita così ampia, tuttavia, suscita molte perplessità. Gli Osservatori nazionali e internazionali danno ad oggi una ipotesi di crescita del PIL italiano nel 2026 intorno all'1%, quindi non paiono confermare uno scenario di impatto del Piano così ampio sul PIL.

Gli obiettivi del PNRR nella Missione 6 "Salute e resilienza"

Gli obiettivi macro della Misura, al netto delle varie riformulazioni del PNRR, erano e sono i seguenti

Tabella 3 - Rimodulazione degli obiettivi della Misura 6 del PNRR negli anni

Tipologia	PNRR 2021	PNRR 2023	PNRR 2024	% Realizzazione
Case di Comunità	3.010	1.512	1.038	17,1%
Ospedali di Comunità	650	611	592	15,1%
COT Centrali Operative Territoriali	430	400	307	98,0%
ADI (pazienti presi in carico)	800.000	800.00	842.000	37,5%

(Elaborazioni su dati Ragioneria dello Stato, Corte dei Conti e ReGIS)

Gli obiettivi del PNRR Misura 6 sono stati ulteriormente ridimensionati, quindi, come segue:

- Case di Comunità da 1.512 a 1.038 = - 474, pari al - 31,34%;
- ADI da 800.0000 pazienti e 842.000 pazienti = + 42.000 pazienti in più pari a + 5,25%
- COT, Centrali Operative Territoriali da 600 a 400 = - 200 pari al - 33,3%;
- Ospedali di Comunità da 400 a 307 = -93 pari al - 23,25%.

Le COT sono di fatto le vecchie CUA del periodo pandemico riconvertite in COT-A e COT-D. Le vecchie Case della Salute non sono state tutte riconvertite in case di Comunità. Almeno i criteri AGENAS sono relativi alla verifica delle funzionalità previste nel DM77. Molte Case della Salute preesistenti non hanno tutti i requisiti del DM77 “obbligatori”, come molti Ospedali di Comunità, ex UDI, non hanno tutti gli standard sempre del DM77, vedi il Lazio dove con una ricerca svolta dal DiSSE, Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche della “Sapienza” di due anni fa, inizio PNRR, aveva censito 13 Ospedali di Comunità. Applicando gli standard DM77 non ne è stato considerato nemmeno uno ...

Permangono quindi problemi di valutazione delle esperienze in essere e una certa “rigidità” di valutazione porta a risultati consolidati ancora più ridotti rispetto alle realtà. Spesso la mancanza di finanziamenti per il personale riduce il numero di strutture accreditabili ai sensi del DM77 ... un serpente che si mangia la coda ...

Tabella 4 – Rimodulazione degli obiettivi del Modulo 6 con l’ultima revisione del PNRR

Descrizione			PNRR M6 del 13 luglio 2021	Proposte rimodulazione M6 (27 luglio 2023)	Rimodulazione M6 Quarta Relazione sul PNRR (22 febbraio 2024)	Note alla Quarta Relazione sul PNRR (22 febbraio 2024)
M6C1	Investimento 1.1	Case della Comunità	1.350	936	1.038	
	Sub-investimento 1.2.1	Assistenza domiciliare	800.000 pazienti		842.000 pazienti	Incrementato da 800.000 a 842.000 il target di nuovi pazienti con più di 65 anni da prendere in carico con l'assistenza domiciliare (M6C1-6)
	Sub-investimento 1.2.2	COT: Centrali operative territoriali (M6C1-7)	600	524	480	
		COT: differimento target	T2 2024	T4 2024	T4 2024	
	Sub-investimento 1.2.3	Telemedicina a supporto pazienti cronici	T4 2023	T4 2023	T4 2023	La dotazione finanziaria è incrementata da 1 a 1,5 mld, e l'obiettivo (M6C1-9) di persone da assistere con strumenti di telemedicina aumenta da 200.000 a 300.000 (di cui almeno 200.000 entro il 31/12/2025).
	Investimento 1.3	Ospedali di comunità	400	304	307	

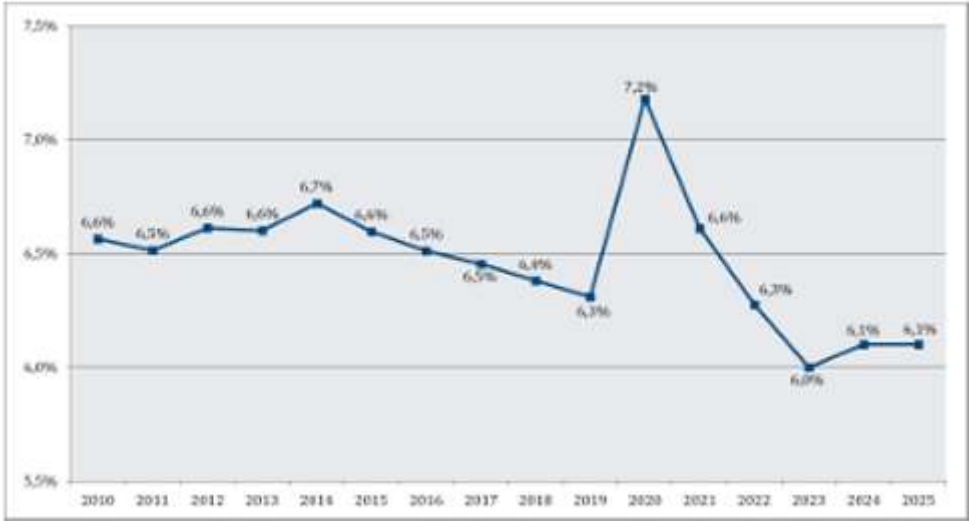
(Elaborazione da Relazione della Corte dei Conti)

Il finanziamento del SSN e dei SSR ...

Il finanziamento del SSN e dei SSR tramite le dotazioni del FSN tramite il PSB vede un consolidato in cui, dopo i finanziamenti del periodo pandemico, arrivati al 7,2%, si è tornati progressivamente verso percentuali anche più basse del periodo pre pandemia. Siamo al 6,2% che non copre le esigenze del sistema, tenendo conto dell’effetto inflattivo.

Inoltre abbiamo un rilevante problema di personale che rischia di lasciare vuote le strutture previste con il PNRR italiano. Mancano MMG e PLS, mancano infermieri, mancano altri operatori sanitari, manca una progettazione integrata basata su recuperi di appropriatezza e di efficientamento dei servizi e in questo contesto si incomincia a parlare di “secondo pilastro” della sanità italiana avviando una proposta di riforma della “sanità integrativa”, ex lege “Job Act” (2016).

Infografica 5 – Incidenza sul PIL Italiano delle dotazioni del FSN (2010-2025)



(Fonte Elaborazione Fondazione GIMBE)

Tabella 6 – Documento programmatico di Finanza Pubblica 2025 –
previsioni incidenza del FSN sul PIL (2025-2028)

	2024	2025	2026	2027	2028
Spesa sanitaria (milioni di €)	138.335	144.021	149.931	151.727	155.702
Spesa sanitaria (% PIL)	6,3%	6,4%	6,5%	6,4%	6,4%
Tasso di variazione in %	4,9%	4,1%	4,1%	1,2%	2,6%

Criticità e prospettive.

Lo stato di attuazione del PNRR Missione 6 registra difficoltà, a partire dalle linee di intervento nazionali a quelle regionali e locali. Si riscontrano incertezze operative degli enti locali e delle Aziende sanitarie nell'implementazione delle progettazioni loro delegate. Nonostante le parziali semplificazioni procedurali introdotte e il supporto di Invitalia SPA per l'attuazione di programmi e progetti finalizzati al potenziamento delle infrastrutture sanitarie e alla digitalizzazione dei servizi, i tempi di attuazione rimangono lenti. In particolare nelle regioni del Centro-Sud.

Nel PNRR sono previsti anche programmi di formazione in campo sociosanitario rivolti a 5.000 amministrativi e 300.000 sanitari. Tali programmi, che le Regioni stanno attuando in questi ultimi mesi, sono in forte ritardo rispetto al timing PNRR. La scelta dei contenuti e degli strumenti formativi non sembra sempre aderire a un disegno strategico, tanto meno concertato.

La riorganizzazione delle reti territoriali costituite da Ospedali di Comunità, Case di Comunità, COT e ADI con anche la riorganizzazione in rete di RSA, Centri diurni e Hospice, stenta a decollare. Fra le cause anche il ridimensionamento del ruolo dei Distretti sociosanitari delle ASL, che nella bozza del cosiddetto DM 71 venivano definiti come "Agenzie di salute" per le popolazioni loro afferenti ma che, dopo una sentenza del Consiglio di Stato, nel DM 77 sono stati fortemente ridimensionati.

I Distretti diventano, o meglio, rimangono così semplicemente dei punti di governo delle reti territoriali in una logica di "day by day" che non risponde né alla "visione" del PNRR né a basare pianificazioni ed azioni sulla stratificazione dei bisogni delle popolazioni. Un metodo, quest'ultimo, indispensabile per garantire una programmazione territoriale progettata sulla "domanda" di servizi e non sulla disponibilità della loro "offerta", che nelle filiere assistenziali sociosanitarie vede prevalentemente organizzazioni private "accreditate", private "profit", Enti del Terzo Settore, associazionismo e volontariato.

Gli investimenti in tecnologie e in nuovi modelli operativi non sono immediatamente "labour saving" ... anzi, come avviene anche nelle imprese che operano in altri settori, richiedono una prototipazione dei nuovi modelli, la loro messa a regime e poi una loro diffusione generalizzata, salvo contestualizzazioni ad hoc.

Nella fase di affiancamento del "nuovo" con il "vecchio" si registra inevitabilmente una sovrapproduzione di costi la cui gestione, al momento, non è presa in seria considerazione. I vantaggi e le ottimizzazioni arriveranno solo a medio termine, se e quando saremo stati in grado di arrivarci.

C'è poi una questione di primaria importanza: per la messa in rete delle Case e degli Ospedali di Comunità resta il nodo del personale che non abbiamo e non sappiamo in che misura avremo.

Tutto ciò evidenzia l'assenza di una governance solida in grado di realizzare una visione sistemica coerente con gli obiettivi della Missione 6. Occorre ricordarsi sempre che la finalità del PNRR non è quella di mitigare gli effetti del cronico sottofinanziamento del SSN ma di agire da leva per investimenti strategici e cambiamenti proiettati sul futuro.

Da questo punto di vista, molto opportunamente, si sono privilegiati due fattori chiave: cure di prossimità e digitalizzazione. Le scelte allocative del governo in carica e quelli futuri ci mostreranno se saremo stati capaci di trasformare in opportunità durature questa disponibilità finanziaria eccezionale ma temporanea.

L'impresa non è delle più agevoli in tempi in cui le scelte di finanza pubblica si confrontano con incertezze globali, previsioni di bassa crescita, livello elevato di debito pubblico, aumento d'impieghi in nuovi settori, come ad esempio quello delle spese militari.

Infine, Il valore autentico del PNRR dovrebbe essere quello di agire come leva per sviluppi ulteriori e virtuosi, in termini di valore pubblico e innovazione generata. Tuttavia, emergono elementi che fanno sospettare come, in ambito sociosanitario ma non solo, una parte delle risorse possa essere stata utilizzata per colmare deficit strutturali preesistenti più che per attivare reali processi di trasformazione. Tale dinamica, già segnalata da diverse analisi (Corte dei Conti, 2025; Fondazione GIMBE, 2025; UCP Università Cattolica, 2025), non sminuisce l'importanza del Piano, ma ne riduce l'effetto di spinta sistemica. Diventa quindi cruciale che, nel periodo post-PNRR, le istituzioni riescano a consolidare le esperienze virtuose attivate e a mantenere il focus sull'impatto generato in termini di valore aggiunto per cittadini, territori e comunità.

Riferimenti

- Rapporto Corte dei Conti 2025
- Rapporto UBP 2025
- Rapporto GIMBE 2025
- Rapporto Ufficio Studi CGIL 2025
- Rapporto Eurostat su PNRR nei Paesi UE 2025
- Rapporto UCP Università "Cattolica" 2025 Osservatorio Openpolis 2025
- Rapporto AGENAS – Monitoraggio Missione 6, 2025

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=132746

quotidianosanità.it

Gli sprechi nella edilizia ospedaliera: una mucca nel corridoio della sanità pubblica italiana

Claudio Maria Maffei

29 OTT -

Gentile Direttore,

il SSN è alla affannosa ricerca di risorse e soluzioni per i suoi tanti punti critici. A seconda del punto di vista i fattori su cui si concentra l'attenzione sono tanti e diversi, dalla crisi della medicina di famiglia alla crescita della sanità privata nelle sue diverse forme, passando per il sottofinanziamento, la perdita di appeal da parte del lavoro nella sanità pubblica e l'eterno problema delle liste di attesa.

Ma l'elenco si può di molto allungare come la lettura anche di questo numero di Quotidiano Sanità dimostrerà sicuramente. Un problema che a me pare gigantesco che però riceve pochissima attenzione è quello degli sprechi e in generale delle ricadute deleterie della gestione delle strutture sanitarie da un punto di vista edilizio e cioè della loro manutenzione e del loro rinnovamento.

Un problema così grosso e così trascurato da ricordarmi l'espressione "mucca nel corridoio", ennesima invenzione dell'Onorevole Bersani. Lo stesso libro "Codice rosso" di Milena Gabanelli e Simona Ravizza (Edizioni Fuori Scena, 2024), che davvero non fa sconti sui problemi della nostra sanità pubblica, non ne fa cenno.

Eppure tutti i ritardi nel completamento delle strutture finanziate col PNRR stanno lì a dimostrare che essi rappresentano solo la (si scusi la banalità della espressione) punta dell'iceberg di un fenomeno molto più grosso e cioè i ritardi che caratterizzano in generale il completamento e soprattutto la messa in funzione delle nuove strutture sanitarie pubbliche a partire dagli ospedali.

A solo titolo di esempio, ma ogni Regione di esempi può fare i suoi, nelle Marche di recente con una sua delibera, la 407 del 15 ottobre 2025, l'Anac (Autorità Nazionale Anti Corruzione) ha secondo l'espressione usata dalla stampa locale "fatto a pezzi" la gestione del nuovo ospedale dell'INRCCS INRCA a sud di Ancona

parlando di frazionamento e uso improprio delle varianti (saremmo alla nona) con un aumento vertiginoso dei costi e soprattutto un allungamento abnorme dei tempi.

Struttura decisa nel 2008, prima pietra posata nel 2014, finta inaugurazione della facciata pochi mesi fa prima delle elezioni regionali e inaugurazione vera slittata al 2027 se tutto andrà bene. Si tratterà di trovare le risorse per le apparecchiature e soprattutto di trovare il personale per un ospedale che se da una parte assorbirà quello delle due strutture ospedaliere che vi confluiranno, dall'altra prevedrà in più una terapia intensiva che nessuno dei due ospedali ha e, di fatto, un DEA che pure al momento nessuna delle due attuali strutture ha. Ovviamente a distanza di così tanti anni dalla sua ideazione è normale che un ospedale abbia perso molto del suo senso originale e che abbia bisogno di un vigoroso ridisegno. Nel (lunghissimo) periodo necessario perché una nuova struttura ospedaliera venga realizzata e resa operativa (per l'Italia si parla di dieci anni, ma dati recenti e affidabili al riguardo mancano):

https://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=55361

non solo i costi aumentano, ma nella struttura che viene dismessa (ad ogni nuovo ospedale ne corrispondono uno o più che vengono dismessi) si continuano a sostenere i costi degli interventi manutentivi, si deve provvedere alla obsolescenza delle attrezzature e più in generale si mantengono tutti i fattori critici che avevano determinato la scelta di costruire una nuova struttura.

Le dimensioni della mucca, proprio perché sta in corridoio, non sono note con precisione, ma la situazione delle Marche qualche idea la può dare pur nella sua specificità e anomalia.

Al momento sono in via di completamento tre ospedali decisi dalle precedenti Giunte della coalizione alla opposizione dal 2020, mentre la coalizione al governo da allora e recente vincitrice delle regionali che si sono tenute lo scorso settembre ha previsto tre nuovi ospedali e sei nuove palazzine DEA in altrettanti ospedali. L'ospedale oggetto della delibera dell'Anac è uno dei tre in via di completamento e ovviamente anche gli altri due (uno in particolare) stanno conoscendo ritardi e un incremento consistente dei costi.

Nulla fa pensare che andrà molto meglio con gli ospedali del futuro visto che a gestirli sarà la stessa compagine politica e tecnica del presente. Oltretutto nel caso delle Marche si tratta di un programma di edilizia ospedaliera che già parte sottofinanziato per diverse centinaia di milioni sulla base dei quadri economici resi pubblici e confrontati con analoghi programmi di altre Regioni.

Il modo più semplice per cominciare ad affrontare un tema così rilevante potrebbe essere quello di limitare il numero degli ospedali e quindi di conseguenza il numero degli ospedali nuovi in applicazione del DM 70 del 2015. La esperienza delle Marche insegna che il Ministero della Salute di fatto non controlla più né gli atti di riordino regionali delle reti ospedaliere né i programmi di edilizia ospedaliera.

A questo punto la speranza è che sull'insieme di "storture" legate a questi problemi cada almeno l'occhio della Corte dei Conti e dell'Anac, ma se così fosse gli interventi sarebbero tardivi e rappresenterebbero una sconfitta evidente per il Ssn incapace di trovare al proprio interno le competenze per arginare i fenomeni qui ricordati, che sono tutt'altro che nuovi, ma che ancora rappresentano purtroppo una mucca nel corridoio, tanto sono contemporaneamente gravi e trascurati.

Ma gestita meglio la fase programmatoria nella edilizia sanitaria pubblica rimane il dramma della farraginosità e inefficienza dei processi di gestione degli interventi veri e propri. Il Ssn non si può permettere che di tutto questo nemmeno ormai ci si ricordi più quasi che si trattasse di un fenomeno "naturale" o comunque troppo complesso da poter essere affrontato in tempo utile. Si tratta invece di un nodo cruciale da affrontare con soluzioni anche straordinarie, come (la butto lì) la creazione di una Agenzia ad hoc.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=132993

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 (p.a.)	PSP 2023-2030												
Calabria	PSR 2020-2022												
Campania	PSR 2019-2021							PSR 2022-2024					
Emilia-Rom.	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 (p.a.)	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 vi- genti 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 2021-2022
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.

<https://francopesaresi.blogspot.com/2025/09/la-pianificazione-sociale-delle-regioni.html>



Un'analisi globale delle disuguaglianze sanitarie all'interno dei singoli Paesi

[Dott. Eran Bendavid](#); [Allie KS Littleton](#), [Iván Mejía-Guevara](#), e altri

Forum sulla salute JAMA

Pubblicato online: 17 ottobre 2025

2025;6;(10):e253611. doi:10.1001/jamahealthforum.2025.3611

Domanda: In che modo le disuguaglianze sanitarie negli Stati Uniti si confrontano con quelle in altri Paesi e in che modo cambiano le disuguaglianze sanitarie nei diversi Paesi o nel tempo?

Risultati In questo studio trasversale ripetuto che coinvolge un indice di disuguaglianza sanitaria comparabile in 181 paesi e territori, in media, si è riscontrato che le disuguaglianze sanitarie sono diminuite tra il 1960 e il 2021. Anche negli Stati Uniti, la disuguaglianza sanitaria è diminuita, ma meno che in altre nazioni ad alto reddito: si è classificata al 19° posto nel 1960, ma al 77° nel 2021 tra 181 paesi e territori, e al 55° tra 59 paesi ad alto reddito.

Significato In questo studio, la mortalità infantile e l'aspettativa di vita dominano i fattori associati alla disuguaglianza sanitaria e i futuri miglioramenti nei paesi con un'elevata mortalità infantile hanno il potenziale per migliorare significativamente la disuguaglianza sanitaria.

Astratto

Importanza Le disuguaglianze sanitarie sono una preoccupazione sociale e politica determinante. Tuttavia, comprendere se le disuguaglianze di un Paese specifico siano grandi o piccole è difficile senza una prospettiva comparativa con altri Paesi.

Obiettivo Confrontare sistematicamente le disuguaglianze sanitarie in 181 paesi e territori dal 1960 al 2021 sviluppando un indice normalizzato delle disuguaglianze sanitarie (HINI) che non si basa su variabili secondarie come reddito, istruzione o razza ed etnia.

Progettazione, contesto e partecipanti Questo studio trasversale ripetuto, che include un'analisi comparativa demografica transnazionale, ha utilizzato le distribuzioni per età al decesso tratte dalle tavole di mortalità di 181 paesi e territori dal 1960 al 2021. Sono state classificate tutte le disuguaglianze sanitarie a livello di contea e territorio ed è stata condotta un'analisi random forest di 191 fattori per identificarne il ruolo relativo. Particolare attenzione è stata data alle tendenze delle disuguaglianze sanitarie negli Stati Uniti. I dati sono stati analizzati tra ottobre 2023 e gennaio 2025.

L'HINI delle esposizioni è stato costruito collocando le distribuzioni osservate dell'età al momento della morte tra la perfetta uguaglianza (concettualizzata come tutti coloro che vivono esattamente fino all'età più comune al momento della morte) e il peggior stato possibile di disuguaglianza (la più grande varianza nella distribuzione dell'età al momento della morte osservata per ciascun paese).

Principali risultati e misure Il risultato primario è stato l'HINI, che misura la disuguaglianza all'interno di un Paese nella distribuzione per età al momento del decesso in modo coerente per tutti i Paesi e territori. Ulteriori analisi hanno esplorato l'importanza di potenziali fattori (ad esempio, mortalità infantile, disuguaglianza di ricchezza, qualità della governance) associati alle disuguaglianze sanitarie.

Risultati Su 181 paesi e territori tra il 1960 e il 2021, nel 2019 (prima del COVID-19), il Turkmenistan aveva l'HINI più alto (più diseguale), mentre Hong Kong quello più basso (più equo). L'analisi random forest ha rivelato che la mortalità infantile e l'aspettativa di vita erano i principali fattori associati alla variazione interpaese dell'HINI. A livello globale, la disuguaglianza sanitaria è diminuita dal 1960 al 2021, in linea con i miglioramenti della mortalità infantile e dell'aspettativa di vita. Tuttavia, le tendenze della disuguaglianza divergevano a seconda della fascia di reddito del paese, migliorando più rapidamente nei paesi ad alto reddito rispetto a quelli a basso reddito. Negli Stati Uniti, la disuguaglianza sanitaria è diminuita, ma meno che in altri paesi ad alto reddito: si è classificata al 19° posto nel 1960, ma al 77° nel 2021 tra 181 paesi e territori, e al 55° tra 59 paesi ad alto reddito.

Conclusioni e rilevanza

I risultati di questo studio suggeriscono che la mortalità infantile e l'aspettativa di vita sono fattori critici nel determinare le disuguaglianze sanitarie nei paesi.

Miglioramenti duraturi nei paesi con un'elevata mortalità infantile potrebbero avere il potenziale per ridurre ulteriormente la disuguaglianza su scala globale. Negli Stati Uniti, i progressi relativamente lenti nella riduzione delle disuguaglianze sanitarie ne sottolineano l'importanza nelle discussioni sulle politiche sanitarie nazionali.

Introduzione

Le disuguaglianze e le disparità nella salute e nell'assistenza sanitaria sono una preoccupazione fondamentale per la salute pubblica e le politiche sanitarie, aggravata dalla pandemia di COVID-19. [1-4](#) Una quantità considerevole di ricerche in materia di politica sanitaria ed epidemiologia mira a identificare le disuguaglianze sanitarie e le leve che possono essere utilizzate per ridurle. [5-6](#)

Ciò è particolarmente vero negli Stati Uniti, dove il numero di pubblicazioni e di sovvenzioni per la ricerca dei National Institutes of Health incentrate sulle disparità sanitarie è aumentato esponenzialmente tra il 2004 e il 2024. [7](#)

Tuttavia, poiché nessun Paese ha raggiunto la perfetta uguaglianza nello stato di salute, l'entità delle disuguaglianze di un singolo Paese dipende dal confronto con altri Paesi o dal confronto nel tempo.

Le disuguaglianze sanitarie negli Stati Uniti sono migliori o peggiori rispetto ad altri Paesi ad alto reddito?

Le disuguaglianze sanitarie stanno migliorando, rimanendo invariate o peggiorando nel tempo?

In quale parte del mondo le disuguaglianze sanitarie sono maggiori e dove sono minori?

Nella misura in cui le disuguaglianze sanitarie sono indesiderabili (a parità di altre condizioni) e un possibile obiettivo per gli interventi, una visione comparativa può orientare la definizione delle priorità e aiutare a comprendere le variabili associate alle disuguaglianze sanitarie su scala globale.

L'importanza di una visione comparativa può sembrare intuitiva, eppure le analisi comparative delle disuguaglianze sanitarie all'interno di un Paese sono rare per diversi motivi. Le disuguaglianze sanitarie possono essere definite come differenze tra gruppi in una misura di salute di interesse, come le differenze nell'aspettativa di vita media tra diversi gruppi razziali ed etnici.

Comunemente, e soprattutto negli Stati Uniti, le disuguaglianze sanitarie sono definite come differenze nelle misure di salute lungo una seconda dimensione, come le differenze nell'aspettativa di vita per reddito, razza o istruzione. [8-10](#)

Tuttavia, le seconde dimensioni come il reddito o la razza e l'etnia non sono facilmente confrontabili tra i paesi, il che rappresenta una sfida per le prospettive globali sulle disuguaglianze sanitarie. [11-12](#)

Ad esempio, riportare le differenze nell'aspettativa di vita tra le popolazioni ispaniche, nere non ispaniche e bianche non ispaniche può essere utile per gli Stati Uniti, ma non può essere utilizzato laddove i costrutti razziali ed etnici dei gruppi sono diversi.

Limitazioni simili esistono anche per misure come il reddito o l'istruzione, poiché i contesti sociali ed economici (o, ad esempio, la scuola secondaria o il 10% dei redditi più alti) variano significativamente da una località all'altra o non sono ben misurati. ^{13, 14} [La dipendenza dal contesto degli stratificatori socioeconomici comuni della seconda dimensione rappresenta una sfida per gli studi comparativi globali sulle disuguaglianze sanitarie. \[15-17\]\(#\)](#)

Valutare le disuguaglianze sanitarie lungo una singola dimensione può attenuare queste preoccupazioni e consentire confronti tra Paesi. Sono state sviluppate diverse misure di disuguaglianza sanitaria univariata, ma il loro utilizzo è stato limitato nella letteratura sulle disuguaglianze sanitarie.

Un coefficiente di tipo Gini è stato sviluppato e applicato per valutare la disuguaglianza nell'età al decesso in Inghilterra e Galles tra il 1931 e il 1983. [18-20 Questo approccio di](#) tipo Gini è stato adottato per l'utilizzo con le informazioni delle tavole di mortalità. [21-23 Un](#) ^{indice} simile che confrontava le disuguaglianze nella mortalità con un'uguaglianza ideale nella mortalità è stato sviluppato da Jamison et al [24](#)

La limitata disponibilità di indici univariati per confrontare le disuguaglianze sanitarie all'interno di un Paese rappresenta una sfida per stabilire le priorità di intervento volte ad affrontare gli attuali livelli di disuguaglianze.

Anche in Paesi come gli Stati Uniti, dove le disuguaglianze sanitarie vengono studiate, è difficile valutare quanto siano grandi o piccole le disuguaglianze senza parametri di confronto.

Questo progetto mira a colmare questa lacuna conoscitiva costruendo una misura unidimensionale della disuguaglianza sanitaria, l'Health Inequality Normalized Index (HINI), basata su un approccio concettuale alle disuguaglianze sanitarie, e caratterizzando poi la distribuzione globale delle disuguaglianze sanitarie a livello nazionale, analizzando le variabili associate alle disuguaglianze sanitarie.

Ci concentriamo anche sulle disuguaglianze sanitarie negli Stati Uniti da una prospettiva globale.

Metodi

Approccio concettuale

Questo studio osservazionale, che include un'analisi comparativa demografica transnazionale, ha seguito le parti pertinenti delle linee guida per la rendicontazione "Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology" ([STROBE](#)).

Questo studio ha utilizzato dati aggregati a livello nazionale e, in conformità con il regolamento federale 45 CFR 46, non è stata richiesta l'approvazione di un comitato etico istituzionale o il consenso dei partecipanti.

Abbiamo iniziato identificando una misura sanitaria, la distribuzione per età al momento del decesso, disponibile a livello globale e generata utilizzando un approccio coerente.

Utilizziamo la frequenza dei decessi in incrementi di 1 anno per tutti i paesi, disponibile tramite le tavole di mortalità (Divisione della Popolazione delle Nazioni Unite) dal 1960 al 2021. [25 I dati sono stati analizzati tra ottobre 2023 e gennaio 2025.](#)

I metodi per generare le tavole di mortalità sono descritti altrove, [25-27](#), ma è importante qui che venga utilizzato un insieme coerente di approcci per costruire coorti sintetiche con mortalità specifica per età ed età al momento del decesso per tutti i paesi.

Utilizzando l'età al decesso, abbiamo iniziato con un semplice approccio concettuale alle disuguaglianze sanitarie in cui uno stato di perfetta uguaglianza è quello in cui l'età al decesso è identica per l'intera popolazione (ad esempio, una popolazione in cui tutti muoiono a 80 anni e nessuno muore prima o dopo, ha una perfetta uguaglianza).

Una misura della disuguaglianza, quindi, stima quanto una distribuzione effettiva delle età al decesso sia lontana dalla perfetta uguaglianza.

Abbiamo reso operativo questo concetto utilizzando l'età modale al decesso come età in cui un Paese potrebbe avere una perfetta uguaglianza. L'età modale al decesso è l'età in cui il numero di decessi nella coorte sintetica di una tavola di mortalità è maggiore.

In Giappone, ad esempio, l'età modale al decesso nel 2019 era di 90 anni, mentre in India era di 78 anni.

Abbiamo preferito questo approccio rispetto ad altri basati sull'aspettativa di vita, per la sua corrispondenza con la distribuzione della mortalità (Figura 1 nel [Supplemento 1](#)).

È importante sottolineare che abbiamo scelto un'età di perfetta uguaglianza basata sulla distribuzione effettiva delle età di morte di un paese, per evitare di fissare a priori l'età ideale al decesso per una perfetta uguaglianza. Successivamente, abbiamo stimato la varianza nella distribuzione dell'età di morte rispetto all'età modale al decesso.

Quindi, abbiamo stimato la massima disuguaglianza possibile per una data età modale al decesso di un paese. Infine, abbiamo ottenuto il nostro indice dividendo la varianza effettiva per la varianza massima.

L'indice HINI condivide alcune somiglianze concettuali con l'indice di Gini della disuguaglianza di reddito, stimando la distribuzione effettiva dell'età di morte nell'intervallo tra l'ideale (perfetta uguaglianza) e la peggiore (massima disuguaglianza possibile).

Forniamo dettagli su questo processo, e tre esempi, nell'Appendice 1 del [Supplemento 1](#).

Fonti dei dati

Le nostre fonti di informazione per la distribuzione delle età al momento del decesso sono le tavole di mortalità della Divisione Popolazione delle Nazioni Unite per tutti i paesi e territori presenti nel World Population Prospects. [28](#)

Il World Population Prospects fornisce tavole di mortalità di riferimento per 236 paesi e territori utilizzando metodi demografici standardizzati. [29](#)

Tra queste, abbiamo escluso le piccole nazioni (per lo più isole) con una popolazione inferiore a 200.000 abitanti, lasciando 181 paesi e territori nella nostra analisi principale.

Per valutare i fattori associati alla disuguaglianza sanitaria, abbiamo selezionato un'ampia gamma di indicatori dagli Indicatori di Sviluppo Mondiale (WDI) della Banca Mondiale. [30](#)

Molti WDI presentano un'elevata percentuale di dati mancanti e un elevato grado di correlazione con altri WDI. Per limitare la scelta dei fattori da parte dei ricercatori, abbiamo inizialmente incluso solo i WDI con una completezza superiore al 90% per i nostri 181 paesi nel 2019.

Successivamente, per ridurre la collinearità, abbiamo calcolato la correlazione tra ciascuna coppia di indicatori e, per ciascuna coppia con una correlazione superiore all'85%, abbiamo mantenuto l'indicatore con meno dati mancanti. Tra le coppie con la stessa mancanza, abbiamo selezionato manualmente l'indicatore più generale dei due.

Ad esempio, tra "tasso di fecondità totale" e "tasso di fecondità totale, maschile" abbiamo selezionato il tasso di fecondità totale per il nostro elenco finale di indicatori. Utilizzando questo metodo, abbiamo completato l'elenco con 190 fattori.

Abbiamo aggiunto manualmente l'indice di Gini della disuguaglianza di reddito, data la sua rilevanza, nonostante un elevato grado di incompletezza, calcolando la media dal 2010 al 2020 per un totale di 191 fattori.

Indici aggiuntivi

Oltre all'indice HINI (Appendice 1 nel [Supplemento 1](#)), abbiamo utilizzato anche due indici complementari che catturano una misura unidimensionale della disuguaglianza sanitaria, possono essere derivati dalle tavole di mortalità e possono quindi essere stimati per tutti i paesi del mondo.

Un indice, formalizzato da Shkolnikov et al. [21](#), è per costruzione analogo all'indice di Gini per la disuguaglianza di reddito. Nell'indice di Gini per la salute, la popolazione viene classificata dal minor numero di anni vissuti (in pratica, coloro che sono morti prima del loro primo compleanno) al maggior numero di anni vissuti.

Quindi, ogni percentile della popolazione viene confrontato con la porzione cumulativa di anni-persona vissuti da quella popolazione.

L'indice è definito come un'area compresa tra la diagonale di 45° (perfetta uguaglianza della durata della vita all'aspettativa di vita) e una curva contenuta nel confronto, divisa per l'intera area al di sotto della diagonale. [21](#)

Il secondo indice, introdotto da Jamison et al., [24](#) è anch'esso una misura unidimensionale che utilizza le informazioni della tavola di mortalità per stimare la distribuzione della mortalità.

L'indice di Jamison parte dal presupposto che si verifichi uno stato di perfetta uguaglianza quando l'intera popolazione vive esattamente la sua aspettativa di vita media.

La disuguaglianza di mortalità viene quindi calcolata utilizzando la quota di tutti i decessi nella distribuzione di mortalità che si sono verificati prima dell'aspettativa di vita.

Ad esempio, in una popolazione con un'aspettativa di vita alla nascita di 70 anni e in cui il 35% dei decessi è avvenuto prima dei 70 anni, il valore dell'indice di Jamison sarebbe $1 - 0,35 = 0,65$.

L'indice HINI e questi due indici condividono basi concettuali nella stima della disuguaglianza sanitaria come posizione nell'intervallo tra la perfetta uguaglianza (in cui tutti vivono esattamente lo stesso numero di anni) e il peggior stato di disuguaglianza.

La principale differenza tra questi due indici e il nostro indice HINI è che questi utilizzano l'aspettativa di vita media come età di perfetta uguaglianza, mentre noi preferiamo un approccio con perfetta uguaglianza all'età modale del decesso.

L'Appendice elettronica nel [Supplemento 1](#) include dettagli sulla costruzione dell'indice di Gini e Jamison (Appendice elettronica 1 nel [Supplemento 1](#)), un grafico che confronta l'aspettativa di vita media e l'età modale del decesso nella distribuzione della mortalità e la distribuzione globale della disuguaglianza utilizzando gli indici di Gini e Jamison (Appendice elettronica 2 nel [Supplemento 1](#)).

Analisi descrittiva e comparativa

Abbiamo utilizzato diverse analisi descrittive e comparative delle disuguaglianze sanitarie. Abbiamo iniziato fornendo una descrizione trasversale delle disuguaglianze nell'anno 2019 (prima del COVID-19), inclusa la ripartizione per reddito nazionale (le disuguaglianze sanitarie sono maggiori nei paesi a basso reddito rispetto a quelli ad alto reddito?) e per area geografica. Abbiamo anche contestualizzato la disuguaglianza sanitaria negli Stati Uniti su scala globale e nel tempo. [31](#)

Abbiamo identificato i fattori più importanti per le disuguaglianze sanitarie.

Abbiamo utilizzato un'analisi random forest per identificare i fattori più importanti associati alle disuguaglianze sanitarie utilizzando tutti i 191 indicatori. Il classificatore random forest identifica l'importanza delle covariate in base al ruolo di ciascuna covariata nel migliorare l'accuratezza della classificazione.

L'importanza nelle random forest riflette il potere predittivo di una covariata nel distinguere tra diversi livelli di disuguaglianza, non se un'associazione è positiva o negativa. Le variabili possono ottenere punteggi di importanza elevati attraverso associazioni positive o negative con l'esito.

Le random forest sono adatte alla gestione di dati ad alta dimensionalità e possono gestire la multicollinearità tra le variabili, consentendo un'identificazione robusta dell'importanza anche in presenza di fattori correlati. Abbiamo condotto una stima dell'errore out-of-bag utilizzando il 30% dei dati. Le prestazioni del modello sono state valutate utilizzando la diminuzione media dell'accuratezza.

Risultati

Tra i 181 paesi e territori nel 2019 (prima del COVID-19), il nostro indice variava da 3,3 (Hong Kong, il più equo) a 14,2 (Turkmenistan, il più diseguale), con una media (DS) di 7,3 (3,9).

La distribuzione globale della disuguaglianza tra i paesi dello studio ([Figura 1](#)) mostra in generale che i paesi dell'Africa subsahariana e dell'Asia centrale presentano tra i livelli di disuguaglianza più elevati al mondo, mentre i paesi europei presentano tra i più bassi, suggerendo un'associazione tra disuguaglianza e livello di salute della popolazione.

Questa ipotesi è coerente in tutti e 3 gli indici (Figure 2 e 3 nel [Supplemento 1](#)).

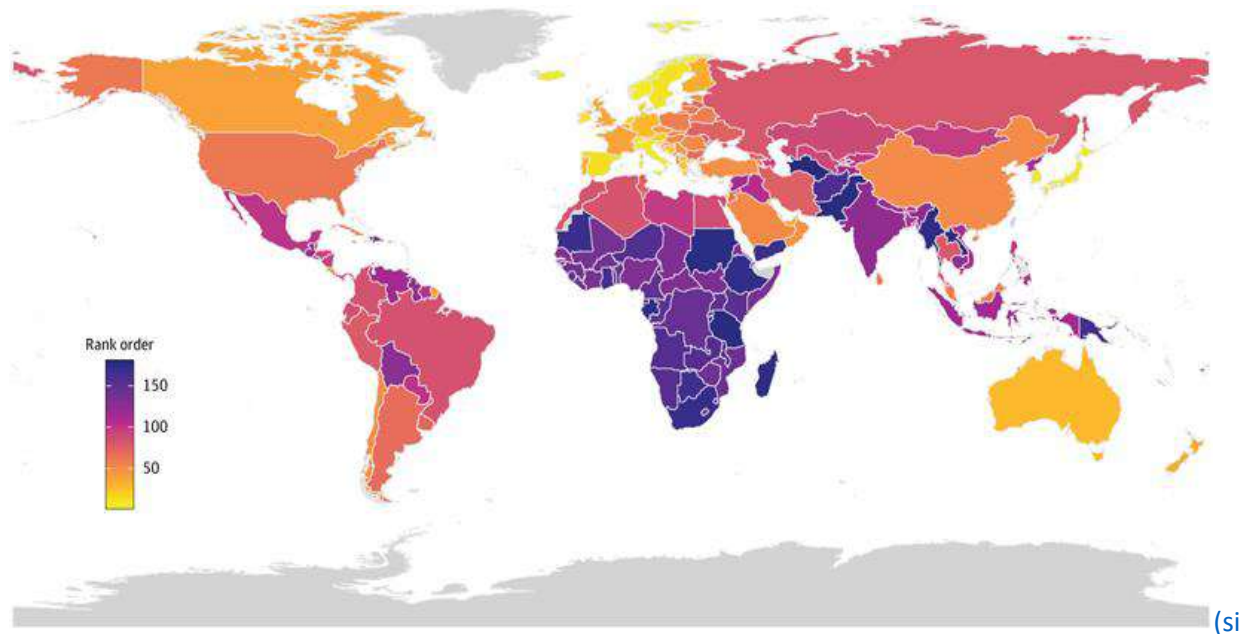
L'ordine di classifica dal più equo (1) al più diseguale di tutti i 181 paesi e territori nel 2019 (prima del COVID-19). Le regioni del mondo più eque (giallo e arancione chiaro) sono l'Europa e l'Asia orientale ad alto reddito, mentre le regioni più diseguali (viola e blu) si trovano nell'Africa subsahariana e nell'Asia centrale.

Nel 2019, il livello di disuguaglianza era più alto nei 52 paesi in cui l'età modale al decesso (in anni) era pari a 0. Concettualmente, questo è il risultato della misurazione della disuguaglianza come la dispersione delle età al decesso rispetto a uno stato di perfetta uguaglianza in cui tutti i decessi avvengono all'età modale al decesso. Di conseguenza, la dispersione della mortalità rispetto all'età 0 è maggiore della dispersione della mortalità rispetto alle età più avanzate nella distribuzione della mortalità.

La nostra analisi random forest supporta questa osservazione.

Nel prevedere il nostro indice di disuguaglianza utilizzando tutti i 191 indicatori, il tasso di mortalità infantile e l'aspettativa di vita sono risultati i punteggi di importanza dei fattori dominanti, rappresentando collettivamente oltre il 95% dell'importanza totale dei fattori (mortalità infantile: 65%; aspettativa di vita: 32%).

Figura 1. Distribuzione globale dell'ordine di classifica nella disuguaglianza sanitaria utilizzando l'indice normalizzato della disuguaglianza sanitaria, 2019

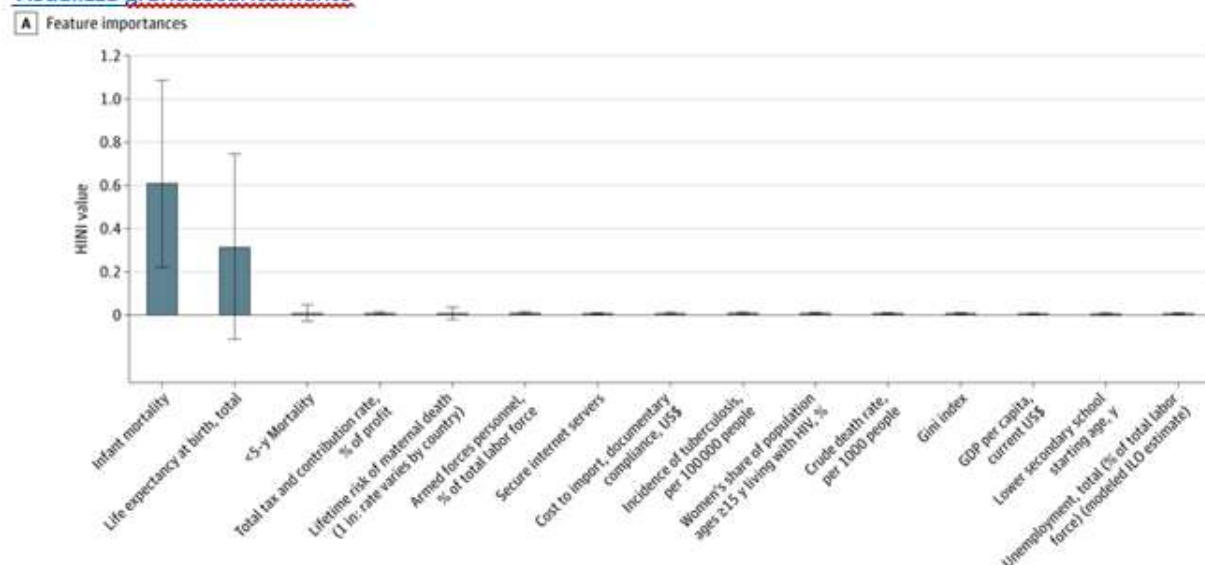


La Figura 2 A mostra l'importanza dei 15 fattori principali. Quando abbiamo rieseguito l'analisi random forest senza mortalità infantile o aspettativa di vita, i 3 fattori principali per importanza sono stati la mortalità materna, il numero di bambini in un dato anno che muoiono prima di raggiungere i 5 anni (mortalità sotto i 5 anni) e il tasso di mortalità grezzo, seguiti da fattori come la prevalenza dell'HIV, la prevalenza dell'accesso all'elettricità e le emissioni di carbonio (Figura 2 B).

Nel complesso, i modelli random forest con tutti i 191 fattori hanno raggiunto un tasso di errore out-of-bag del 5,7%, indicando un'elevata accuratezza predittiva.

Figura 2. Analisi della foresta casuale degli indicatori di disuguaglianza

[Visualizza grande](#)[Scaricamento](#)



La disuguaglianza sanitaria negli Stati Uniti, in generale, è diminuita nel tempo, ma meno che in molti altri Paesi, con conseguente peggioramento della situazione rispetto ad altri Paesi. [La Figura 3](#)

A mostra che, tra tutti i Paesi del mondo, gli Stati Uniti si classificavano al 19° posto nel 1960 e hanno continuato a scendere di posizione, tanto che nel 2021 si sono classificati al 77° posto nel mondo. In termini percentili, sono scesi dal 90° percentile (più alto è più uguale) nel 1960 al 57° nel 2021.

La Figura 3 mostra che, nello stesso periodo, il valore dell'indice di disuguaglianza negli Stati Uniti è diminuito (migliorato) dal 1960 al 2000, per poi rimanere sostanzialmente stagnante fino al COVID-19, quando ha invertito la tendenza ed è aumentato nel 2020-2021 a livelli mai visti dalla metà degli anni '90.

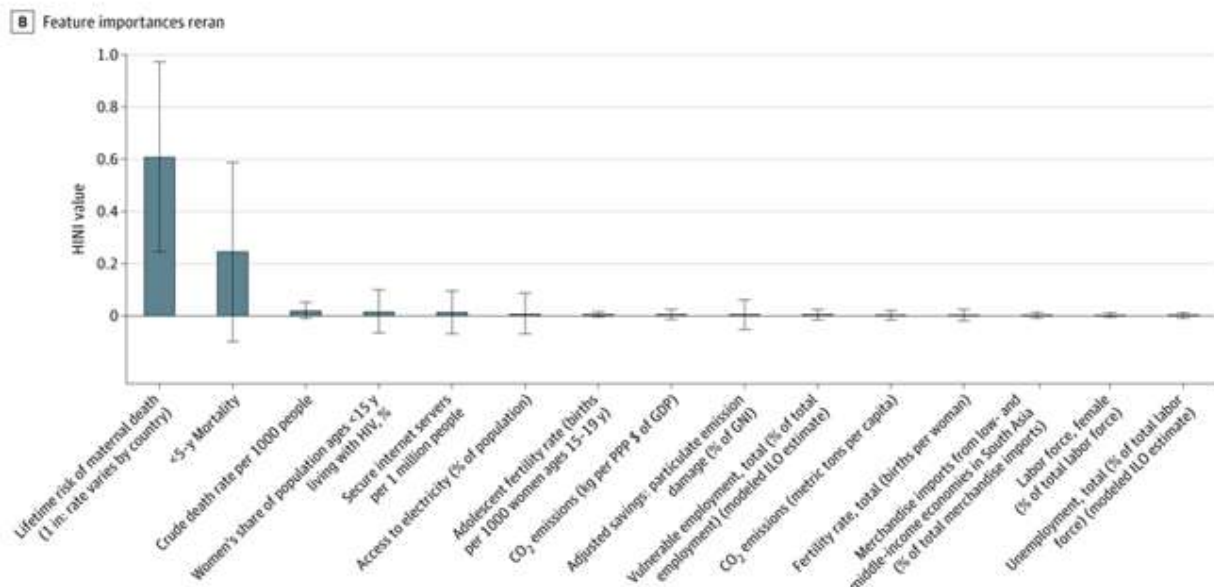


Figura 2. Analisi della foresta casuale degli indicatori di disuguaglianza

A, La foresta casuale con tutti i 191 fattori sul valore HINI per 181 paesi e territori nel 2019 mostra che la mortalità infantile e l'aspettativa di vita dominano i punteggi di importanza.

Tra i 15 fattori più importanti, 7 erano misure di mortalità e longevità e 8 erano economici (ad esempio, PIL pro capite e indice di ricchezza di Gini) o sociali (età di inizio della scuola secondaria). B, Data la predominanza della mortalità infantile e dell'aspettativa di vita, abbiamo rieseguito la foresta casuale senza questi fattori. I 3 fattori principali in questa analisi sono misure di mortalità: mortalità materna, numero di bambini in un dato anno che muoiono prima di raggiungere i 5 anni (mortalità sotto i 5 anni) e tasso di mortalità grezzo.

I modelli di foresta casuale con tutti gli indicatori hanno raggiunto un tasso di errore out-of-bag del 5,7% sul 30% dei dati omessi.

I baffi indicano la deviazione standard del punteggio di importanza attraverso ripetuti riordini dell'albero.

PIL indica il prodotto interno lordo; RNL, reddito nazionale lordo; HINI, indice normalizzato della disuguaglianza sanitaria; ILO, Organizzazione Internazionale del Lavoro; PPP, parità di potere d'acquisto.

Il grafico mostra 3 tendenze dal 1960 al 2021: A, la posizione globale degli Stati Uniti in termini di disuguaglianza aumenta dal 19° al 77° posto; B, il valore dell'Indice Normalizzato di Disuguaglianza in Salute (HINI) per gli Stati Uniti e il resto del mondo.

I valori dell'HINI sono normalizzati in modo che i valori del 1960 siano pari a 100 per facilitare i confronti.

Il grafico mostra che, sebbene la disuguaglianza negli Stati Uniti sia diminuita, i miglioramenti sono stati inferiori rispetto al resto del mondo, soprattutto a partire dal 2000 circa, quando i miglioramenti della disuguaglianza negli Stati Uniti hanno ristagnato per poi invertirsi nel 2020 e nel 2021. C, valore dell'indice e D, classifica per Gruppo di Reddito della Banca Mondiale dal 1960 al 2021.

Da notare che i paesi sono stati classificati in base ai gruppi di reddito della Banca Mondiale del 2021.

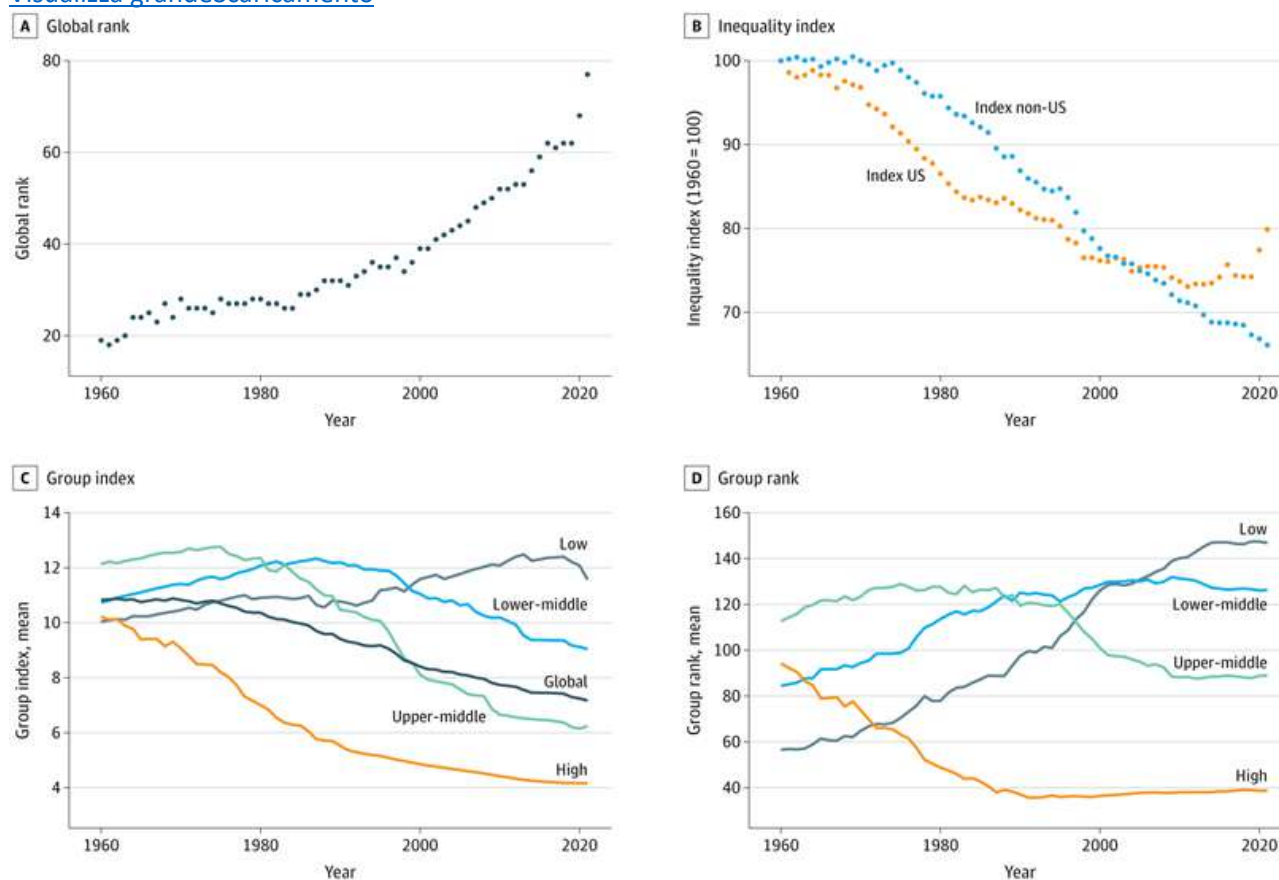
Non abbiamo utilizzato gruppi di reddito contemporanei perché sono diventati coerenti solo negli anni '80 e perché i paesi che sono stati riclassificati come soglie di reddito sono cambiati nel tempo.

Le disuguaglianze sanitarie sono diminuite nel tempo per tutti i gruppi di reddito, ad eccezione dei paesi a basso reddito, ma le differenze tra i gruppi di reddito sono aumentate a tal punto che i paesi ad alto reddito

presentavano livelli di uguaglianza più elevati rispetto a tutti gli altri gruppi di reddito entro il 2021 rispetto al 1960.

Figura 3. Disuguaglianza sanitaria per gli Stati Uniti e per World Bank Income Group

[Visualizza grande](#)[Scaricamento](#)



[\(si apre in una nuova scheda\)](#)

Osservando le tendenze per gruppo di reddito della Banca Mondiale ([Figura 3 B e C](#)), osserviamo una divergenza nella disuguaglianza sanitaria, con i paesi ad alto reddito che generalmente registrano una riduzione della disuguaglianza nel tempo (sia a livello che in classifica), mentre i paesi a basso reddito registrano una crescente disuguaglianza nel tempo.

Nel 1960, tutti e quattro i gruppi di reddito presentavano un livello di disuguaglianza simile (indice 10-12), ma entro il 2020 il divario tra i gruppi di reddito era aumentato notevolmente. Ciò è coerente con i nostri risultati della foresta casuale che suggeriscono che i fattori più importanti associati alla disuguaglianza sanitaria sono la mortalità infantile e l'aspettativa di vita, che sono migliorate più rapidamente nei paesi ad alto reddito e più lentamente nei paesi a basso reddito.

Discussione

Abbiamo costruito un nuovo indice di disuguaglianza sanitaria che può essere stimato utilizzando l'età al decesso ricavata dalle tavole di mortalità per tutti i paesi e nel tempo. Analizzando modelli e correlazioni della disuguaglianza sanitaria, abbiamo identificato 3 modelli chiave. In primo luogo, i principali fattori di disuguaglianza sanitaria sono la mortalità infantile e l'aspettativa di vita. In secondo luogo, le disuguaglianze sanitarie globali medie sono diminuite nel tempo, sebbene questo modello generale nasconda la crescente disuguaglianza nei paesi a basso reddito e la divergenza nella disuguaglianza dal 1960. Infine, il modello negli Stati Uniti mostra un miglioramento stagnante della disuguaglianza sanitaria dall'inizio degli anni 2000, un aumento delle disuguaglianze durante gli anni del COVID-19 e una diminuzione della disuguaglianza sanitaria rispetto ad altri paesi ad alto reddito. La nostra prospettiva globale può aiutare i paesi a contestualizzare i loro livelli di disuguaglianza sanitaria come grandi o piccoli.

La mortalità infantile – e per estensione l'aspettativa di vita – sono i principali fattori che determinano le disuguaglianze sanitarie. I cali più drastici delle disuguaglianze sanitarie si sono verificati in quei paesi che non hanno visto il primo anno di vita come l'anno più pericoloso, e i maggiori progressi nelle future disuguaglianze sanitarie deriveranno dalla riduzione della mortalità infantile in quei paesi in cui l'infanzia rimane l'età modale al decesso. Al 2021, rimangono 50 paesi in cui l'età modale al decesso era pari a zero anni. In quest'ottica, un'elevata mortalità infantile è un indicatore di elevati livelli di disuguaglianza, e ridurla in quei 50 paesi potrebbe essere l'approccio più efficace – e fattibile – per ridurre la disuguaglianza. Tra i paesi con una mortalità infantile più bassa, la mortalità infantile rimane un fattore importante che determina la disuguaglianza sanitaria, a causa del ruolo che la mortalità nella prima infanzia svolge nell'allungare la distribuzione della mortalità lontano dall'uguaglianza.

La diminuzione globale della disuguaglianza sanitaria media tra il 1960 e il 2021 riflette in parte i progressi globali nella mortalità infantile e nell'aspettativa di vita, ma dimostra anche una divergenza sostanziale. Le disuguaglianze sanitarie nei 59 paesi ad alto reddito sono diminuite drasticamente nel periodo di studio. Nei 93 paesi a medio reddito, le disuguaglianze sanitarie sono rimaste sostanzialmente stagnanti fino agli anni '80, per poi diminuire da allora. Infine, nei 29 paesi a basso reddito, le disuguaglianze sanitarie sono aumentate costantemente nel periodo di studio, riflettendo in parte una fase intermedia della disuguaglianza in cui piccoli miglioramenti nella mortalità infantile aumentano la disuguaglianza finché la mortalità infantile domina la distribuzione della mortalità. Questa tendenza si invertirà quando la mortalità infantile non sarà più l'età di morte più comune in quei paesi.

La tendenza alla disuguaglianza sanitaria negli Stati Uniti, sia in termini assoluti che rispetto ai paesi di confronto, è netta. La disuguaglianza sanitaria negli Stati Uniti è diminuita dal 1960, ma meno rispetto ad altri paesi ad alto reddito. Nel 1960, gli Stati Uniti si classificavano al 19° posto a livello mondiale tra 181 paesi e territori, ma nel 2021 si sono classificati al 77° posto. Nel 2021, gli Stati Uniti presentavano il quinto peggior livello di disuguaglianze sanitarie tra 59 paesi ad alto reddito, al di sotto di Lituania, Uruguay e Brunei. La posizione relativa delle disuguaglianze sanitarie negli Stati Uniti è diminuita significativamente durante il 2020 e il 2021. Ciò è coerente con l'osservazione che la distribuzione per età della mortalità da COVID-19 era meno concentrata tra gli anziani negli Stati Uniti rispetto ad altri paesi, aumentando la diffusione nazionale (disuguaglianza) dell'età al momento del decesso.

Punti di forza e limiti

La nostra analisi utilizza un indice di disuguaglianza sanitaria di nuova concezione, le cui proprietà meritano di essere discusse. In primo luogo, la misura di salute utilizzata è la mortalità per tutte le cause. Si tratta di una misura di ampia rilevanza e di una lente ristretta per esaminare la disuguaglianza, in quanto potrebbe non rappresentare altre dimensioni della salute. Questo indice potrebbe essere costruito per altre misure di salute e potrebbe fornire ulteriori spunti, purché siano comparabili tra paesi e nel tempo. In secondo luogo, l'ipotesi di perfetta uguaglianza come durata di vita per tutti pari all'età modale al decesso è sia comune che insolita. La maggior parte delle misure di disuguaglianza presuppone, esplicitamente o implicitamente, uno stato di perfetta uguaglianza come parametro di riferimento per confrontare la variazione effettiva. Tuttavia, poiché l'indice HINI considera perfetta uguaglianza come durata di vita uguale all'età modale al decesso, costruiamo l'indice utilizzando la perfetta uguaglianza per la quale, nei paesi con elevata mortalità infantile, l'intera popolazione muore nel primo anno di vita. In questo senso, l'HINI è una misura della disuguaglianza sanitaria acritica. La principale implicazione di questa costruzione è che la transizione di un Paese da uno stato in cui l'età modale al decesso è pari a 0 a 1, in cui l'età è leggermente più avanzata, comporta un miglioramento discontinuo della disuguaglianza. In terzo luogo, ci siamo basati sui dati delle tavole di mortalità della Divisione Popolazione delle Nazioni Unite, che a sua volta si basa su molteplici fonti di dati e modelli statistici per stimare le distribuzioni complete delle tavole di mortalità. Nella misura in cui i tassi di mortalità specifici per età possono essere misurati con un margine di errore, ciò potrebbe influire sul valore del nostro indice HINI, sebbene non sui temi generali dello studio. Infine, abbiamo utilizzato fattori raccolti dalla Banca Mondiale per valutare i correlati della disuguaglianza. Molti dei fattori importanti, in particolare quelli che riflettono la mortalità precoce, potrebbero essere correlati. Ciò limita la misura in cui questi riflettono fattori indipendenti e sottolinea ulteriormente l'importanza della mortalità infantile come base

della disuguaglianza. Questi indicatori non sono inoltre causali e, inoltre, potrebbero non includere fattori importanti che non vengono raccolti dalla Banca Mondiale.

Conclusioni

I risultati di questo studio osservazionale, che comprende un'analisi comparativa demografica transnazionale, suggeriscono che la riduzione della mortalità infantile e l'allungamento dell'aspettativa di vita non sono solo obiettivi auspicabili e raggiungibili di per sé, ma rappresentano anche un modo diretto per ridurre le disuguaglianze sanitarie a livello globale.

<https://jamanetwork.com/journals/jama-health-forum/fullarticle/2840027>

Olivier De Schutter

RELATORE SPECIALE DELLE NAZIONI UNITE SULLA POVERTÀ ESTREMA E I DIRITTI UMANI

Una tabella di marcia per sradicare la povertà oltre la crescita

Nonostante gli impegni globali per l'eliminazione della povertà, si prevede che entro il 2030 [575 milioni di persone](#) vivranno ancora in condizioni di povertà estrema. Le strategie tradizionali di riduzione della povertà, che si concentrano sulla crescita economica misurata dal PIL e sulla redistribuzione post-mercato, hanno [esacerbato la disuguaglianza e il degrado ambientale, senza riuscire a mantenere le promesse](#).

Per affrontare questa situazione di stallo critica, il Relatore speciale sulla povertà estrema e i diritti umani ha lanciato un progetto di 18 mesi per sviluppare una ["Roadmap per sradicare la povertà oltre la crescita"](#), che sarà presentata al Consiglio per i diritti umani delle Nazioni Unite nel giugno/luglio 2026.

Questa iniziativa si basa sul rapporto del Relatore speciale del luglio 2024 ["Eradicare la povertà oltre la crescita"](#) al Consiglio per i diritti umani delle Nazioni Unite, che ha sfidato il modello di sviluppo prevalente incentrato sulla crescita e le strategie tradizionali di riduzione della povertà che non sono riuscite a mantenere le promesse, e ha sostenuto un passaggio a **un'economia dei diritti umani**: un sistema economico che pone il benessere delle persone e del pianeta al centro delle politiche economiche, delle decisioni di investimento, delle scelte dei consumatori e dei modelli aziendali, con l'obiettivo di promuovere l'effettiva realizzazione dei diritti umani per tutti.

Considerando questo rapporto come una valutazione iniziale del *motivo per cui* è necessario un approccio post-crescita per l'eradicazione della povertà e di come potrebbe essere strutturato, il Relatore speciale intende ora proporre *come* questa trasformazione potrebbe essere realizzata.

Cos'è la Roadmap?

La Roadmap per l'eradicazione della povertà oltre la crescita offrirà un pratico **"Piano B"**: un modello per azioni politiche concrete che possano guidare i governi e le agenzie internazionali nell'adozione di politiche che diano priorità ai diritti umani, all'assistenza e al benessere entro i limiti planetari.

Comprenderà un **catalogo completo di misure politiche** che riguardano, in particolare: la protezione sociale, la fornitura di servizi pubblici, l'occupazione, il lavoro di assistenza, l'economia sociale e solidale, la tassazione e i meccanismi di finanziamento innovativi, il commercio, la gestione dei beni comuni e la governance.

La Roadmap fornirà **una serie di azioni politiche a breve, medio e lungo termine che possono essere adattate a diversi livelli di governance** (locale, nazionale, regionale e globale) e a una **varietà di contesti**, tenendo conto della situazione specifica dei paesi in via di sviluppo in generale e dei paesi a basso e medio reddito in particolare.

Ove possibile, queste misure politiche saranno abbinate a indicatori, sia quantitativi che qualitativi, per monitorarne i progressi. In questo modo, fungeranno da piano d'azione pluriennale per orientare la governance di una transizione giusta e sostenibile verso un'economia basata sui diritti umani.

Come contribuire?

Per orientare la Roadmap, il Relatore Speciale ha pubblicato un [invito a presentare contributi](#) nel febbraio 2025 (vedere [il riepilogo qui](#) e [le FAQ qui](#)), invitando tutti i governi interessati, le organizzazioni internazionali, i sindacati, le organizzazioni della società civile, il mondo accademico, gli attivisti e gli attori locali, le aziende e altri soggetti a fornire contributi scritti. Oltre a contribuire all'orientamento della Roadmap, questi contributi saranno pubblicati come parte di un **archivio online dedicato alla Roadmap "Beyond Growth"**, un archivio dinamico di proposte politiche per sradicare la povertà oltre la crescita.

Oltre alla fase di presentazione, il Relatore Speciale mira a promuovere un **dialogo continuo** con i contributori. Convocherà una serie di consultazioni, workshop ed eventi ONU per perfezionare le misure proposte. Queste sessioni riuniranno diverse parti interessate per identificare sinergie, colmare le lacune e adattare le raccomandazioni ai diversi contesti regionali e di governance. Questo processo collaborativo garantirà che la tabella di marcia sia pratica e al tempo stesso radicata nella realtà vissuta dalle popolazioni colpite.

In definitiva, i contributi svolgeranno un ruolo fondamentale nel definire il **rapporto del Relatore speciale alla 62a sessione del Consiglio per i diritti umani delle Nazioni Unite nel giugno/luglio 2026**, influenzando le discussioni globali sull'eliminazione della povertà al di là della crescita.

Se non hai rispettato la scadenza per l'invio dei contributi (30 marzo 2025) ma desideri comunque contribuire a questa iniziativa, contatta François Denuit, Consigliere senior del Relatore speciale delle Nazioni Unite sulla povertà estrema e i diritti umani: francois.denuit@srpoverty.org

Informazioni sui contatti

François Denuit, Consigliere senior del Relatore speciale delle Nazioni Unite sulla povertà estrema e i diritti umani

francois.denuit@srpoverty.org / +32 474 62 08 98

https://www.srpoverty.org/2025/01/13/a-roadmap-for-eradicating-poverty-beyond-growth/?utm_source=brevo&utm_campaign=International%20Day%20for%20the%20Eradication%20of%20Poverty%202025&utm_medium=email

**A 'NEW ECONOMIES FOR ERADICATING
POVERTY' INITIATIVE:**

**A ROADMAP FOR ERADICATING
POVERTY BEYOND GROWTH**

CONCEPT NOTE - MAY 2025



**MANDATE OF THE UNITED NATIONS SPECIAL RAPporteur ON
EXTREME POVERTY AND HUMAN RIGHTS**



SPECIAL PROCEDURES
UNITED NATIONS
HUMAN RIGHTS COUNCIL

www.srpoverity.org/wp-content/uploads/2025/05/Concept-note-Beyond-Growth-Roadmap_UNSREP_May2025.pdf



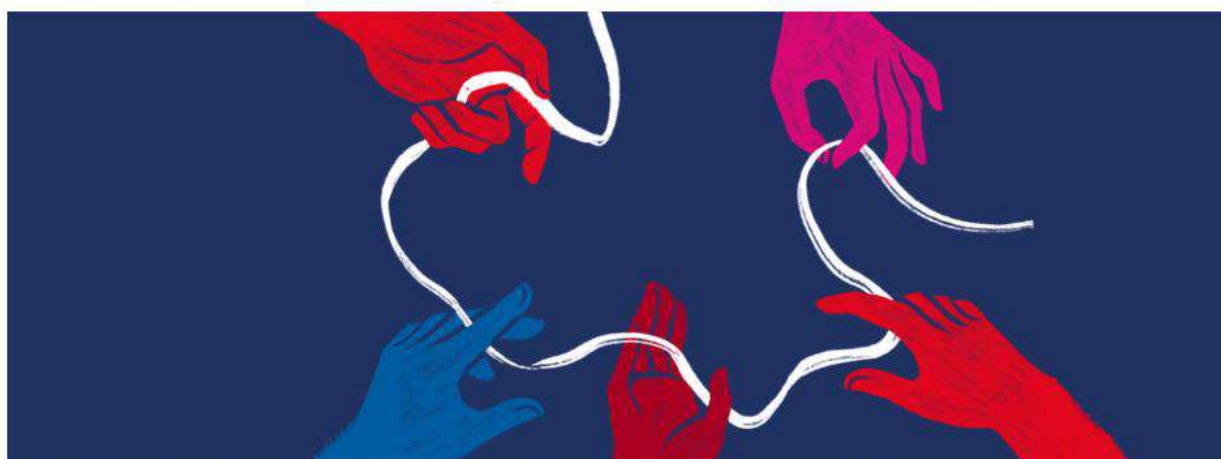
United Nations



**International Day for the
Eradication of Poverty, 17
October**

[A-Z Site Index](#)

- [Home](#)
- [Background](#)
- [Messages](#)
- [Ending Poverty](#)
- [Sustainable Development Goal 1](#)
- [UN Observances](#)



The 2025 theme focuses on ending social and institutional maltreatment by ensuring respect and effective support for families. Let's put the furthest behind first and build institutions helping families stay together, thrive, and shape their own futures.

PHOTO: © United Nations/Blossom Srl

Tema 2025: Porre fine ai maltrattamenti sociali e istituzionali garantendo rispetto e sostegno efficace alle famiglie

La Giornata internazionale per l'eliminazione della povertà (17 ottobre) sottolinea che porre fine alla povertà riguarda la dignità, la giustizia e l'appartenenza, non solo il reddito. Il tema di quest'anno si concentra sulla fine dei maltrattamenti sociali e istituzionali garantendo rispetto e sostegno efficace alle famiglie, con un obiettivo chiaro: mettere al primo posto i più lontani e costruire istituzioni che aiutino le famiglie a stare insieme, prosperare e plasmare il proprio futuro.

Le famiglie in povertà spesso affrontano lo stigma e le pratiche punitive in luoghi destinati ad aiutare: scuole, cliniche, uffici di assistenza sociale e sistemi di protezione dell'infanzia. Le madri single, le famiglie indigene e i gruppi storicamente discriminati riferiscono di un giudizio e di un controllo che erodono la fiducia e l'azione, a volte culminando in una separazione familiare causata dalla povertà con danni emotivi e sociali duraturi a bambini e genitori.

Per cambiare rotta, il tema della Giornata sollecita tre turni:

1. **Dal controllo alla cura:** Progetta servizi che iniziano con la fiducia. Riduci le condizionalità punitive, semplifica la documentazione e dai priorità alle interazioni rispettose e incentrate sulla persona.
2. **Dalla sorveglianza al supporto:** Riequilibrare gli investimenti dal monitoraggio e dall'allontanamento verso servizi di rafforzamento della famiglia: sostegno al reddito, assistenza all'infanzia di qualità, alloggi adeguati, assistenza per la salute mentale, sostegno alla genitorialità e accesso alla giustizia.
3. **Dalle soluzioni top-down a quelle co-create:** Coinvolgi le famiglie che vivono in condizioni di povertà in ogni fase (valutazione, progettazione, budget, attuazione e valutazione) in modo che le politiche riflettano i bisogni e i vincoli reali.

Sostenere le famiglie promuove molteplici SDG ([SDG-1](#), [SDG-2](#), [SDG-3](#), [SDG-4](#), [SDG-5](#), [SDG-8](#), [SDG-10](#), [SDG-16](#)) attraverso politiche coerenti e attuate congiuntamente in materia di protezione sociale, istruzione, salute, alloggio e occupazione. Con lo sviluppo incentrato sulle persone che sta guadagnando slancio in vista del [Secondo Vertice Mondiale per lo Sviluppo Sociale di Doha](#) (4-6 novembre 2025), questa agenda traduce gli impegni in cambiamenti concreti e misurabili attraverso il rispetto, la protezione e il sostegno delle famiglie.

Sfondo

In un mondo caratterizzato da un livello senza precedenti di sviluppo economico, di mezzi tecnologici e di risorse finanziarie, il fatto che milioni di persone vivano in estrema povertà è un oltraggio morale. La povertà non è solo una questione economica, ma piuttosto un fenomeno multidimensionale che comprende la mancanza sia di reddito che delle capacità di base per vivere dignitosamente.

Le persone che vivono in povertà sperimentano molte privazioni interconnesse e che si rafforzano a vicenda che impediscono loro di realizzare i loro diritti e perpetuano la loro povertà, tra cui:

- condizioni di lavoro pericolose
- Alloggiamento non sicuro
- mancanza di cibo nutriente
- disparità di accesso alla giustizia
- mancanza di potere politico
- accesso limitato all'assistenza sanitaria

[Leggi di più sullo sfondo della giornata](#)

Organizzazioni e informazioni correlate

- [Secondo vertice mondiale per lo sviluppo sociale a Doha](#) (4-6 novembre 2025)
- [Movimento Internazionale ATD Quarto Mondo](#)
- [Vincere la povertà estrema](#)
- [Comitato Internazionale per il 17 ottobre](#)
- [Terzo Decennio delle Nazioni Unite per l'Eliminazione della Povertà](#)



Rapporto sociale mondiale 2025 - [Un nuovo consenso politico per accelerare il progresso sociale](#)

Fatti e cifre sulla povertà

- Oltre 690 milioni di persone vivono in condizioni di estrema povertà (meno di 2,15 dollari al giorno) e quasi la metà del mondo vive con meno di 6,85 dollari al giorno, lasciando molti a un solo shock di distanza dalle difficoltà.
- La povertà è dinamica: le famiglie spesso entrano ed escono da essa, molte fughe sono temporanee e impedire alle persone di cadere nella povertà è vitale quanto sollevarle.
- Circa 1,1 miliardi di persone si trovano ad affrontare una povertà acuta multidimensionale, sperimentando privazioni sovrapposte in termini di salute, istruzione e tenore di vita; I divari all'interno dei paesi possono superare i divari tra i paesi.
- Gli shock climatici colpiscono più duramente i poveri: la metà più povera del mondo contribuisce con una piccola quota delle emissioni, ma sopporta una quota consistente delle perdite di reddito dovute ai rischi legati al clima.
- I conflitti aggravano la povertà: la percentuale di persone in condizioni di estrema povertà che vivono in contesti fragili e colpiti da conflitti è aumentata notevolmente e vaste popolazioni sono regolarmente esposte a violenza e instabilità.

[Giornata internazionale per l'eliminazione della povertà | Nazioni Unite](#)

Nuove evidenze su povertà, equità e spesa sanitaria privata in Italia

Giovanni Fattore, CeRGAS, Università Bocconi

06 OTT - Gentile Direttore,

in collaborazione con l'Ufficio di Barcellona dell'OMS che si occupa di finanziamento dei sistemi sanitari, abbiamo utilizzato i dati dell'Indagine ISTAT sulla spesa delle famiglie per studiare la spesa sanitaria privata in Italia. E' stato un lavoro lungo e complesso perché il modello statistico è costruito su microdati e gli indicatori sono costruiti per permettere confronti tra i paesi. L'intero documento, con una sintesi a firma OMS, è disponibile a [https://www.who.int/europe/teams/office-for-health-systems-financing-\(barcelona\)](https://www.who.int/europe/teams/office-for-health-systems-financing-(barcelona)). Di seguito proponiamo i risultati principali e più significativi per le politiche sanitarie del nostro Paese.

In Italia la spesa privata diretta (out-of-pocket) delle famiglie è circa il 24% di quella sanitaria totale, in costante crescita dal 2010 tranne nel periodo del COVID-19. La percentuale di spesa sanitaria totale per assicurazioni private è quadruplicata dal 2000 al 2022, ma rimane molto modesta. Tuttavia, l'indagine ISTAT non permette di misurarla bene perché molte famiglie non riportano spese assicurative in quanto sono benefit aziendali. Si stima che circa 15 milioni di Italiani (un quarto della popolazione) abbia una qualche assicurazione, spesso con coperture molto limitate.

Un dato fondamentale è che la spesa sanitaria privata ospedaliera (con ricovero) è molto limitata, molto probabilmente perché la copertura del Ssn è sostanzialmente completa e tempestiva. Le famiglie italiane spendono privatamente per la salute in 3 aree principali: i farmaci, le visite specialistiche e la diagnostica strumentale, e le cure dentali.

Sui farmaci il problema non è il ticket, che è molto basso rispetto ad altri paesi e varia da regione a regione, ma i farmaci da banco, gli integratori alimentari e i farmaci con brevetto scaduto. In tutti i casi siamo in presenza di potenziali sprechi, anche se direttamente a carico dei cittadini. S

ui primi, non essendo necessaria la prescrizione, i cittadini tendono probabilmente a sopravvalutare l'efficacia delle terapie e sono inevitabilmente condizionati dagli interessi economici dei farmacisti. Sugli integratori, il rischio è addirittura iatrogenico, come spiega spesso il prof. Silvio Garattini.

Sui generici, si tratta di uno spreco volontario perché l'equivalenza tra farmaci originali (quelli che avevano il brevetto scaduto) e farmaci generici è sistematicamente verificata dalle autorità sanitarie nazionali. Nella ricca Germania, la percentuale di utilizzo dei farmaci generici, da noi di circa il 20% a valore, è circa 18 punti percentuali più alta, quasi il doppio. Ed è triste notare che il maggiore consumo dei farmaci generici avviene nelle regioni più ricche e non in quelle più povere del nostro Paese.

La seconda tipologia di spesa per valore è l'assistenza specialistica ambulatoriale, dove un ticket elevato in molte regioni (fino a 36 Euro) e le liste d'attesa spingono le famiglie a rivolgersi al privato o alla libera professione nelle strutture pubbliche. Per questa area assistenziale è evidente la presenza di bisogni disattesi (unmet needs): da un lato il SSN non ha capacità produttiva sufficiente e dall'altro le fasce meno abbienti della popolazione non hanno le risorse per farsi assistere privatamente.

La terza area sono le cure dentali dove storicamente i LEA danno una copertura molto parziale, a dire il vero come in altri paesi europei. La spesa media procapite è di circa 120 Euro, molto bassa rispetto a standard assistenziali minimi di salute orale. Probabilmente una buona parte degli italiani va dal dentista solo in caso di emergenza, con gravi danni anche per la salute generale oltre che per i denti.

Lo studio, ed è questa la parte più originale, analizza le voci di spesa sanitaria privata per quintili del livello socio-economico. In altre parole, una serie di indicatori vengono calcolati per il 20% della popolazione più abbiente, il seguente 20% meno abbiente, fino al 20% più povero.

I risultati dell'analisi sono molto interessanti. I più benestanti spendono in media circa 1200 Euro all'anno pro capite, i più poveri meno di 200, una differenza di 6 volte. La differenza tra il 20% più abbiente (il ceto "alto") rispetto al 20% immediatamente sotto (il ceto "medio-alto") è di 500 Euro.

Cambia anche drasticamente la composizione della spesa. In termini di composizione della spesa privata, il 20% più povero spende principalmente in farmaci (quando i LEA coprono praticamente tutte le terapie rilevanti) perché compra farmaci da banco e non utilizza abbastanza i generici. Spendono pochissimo nelle cure

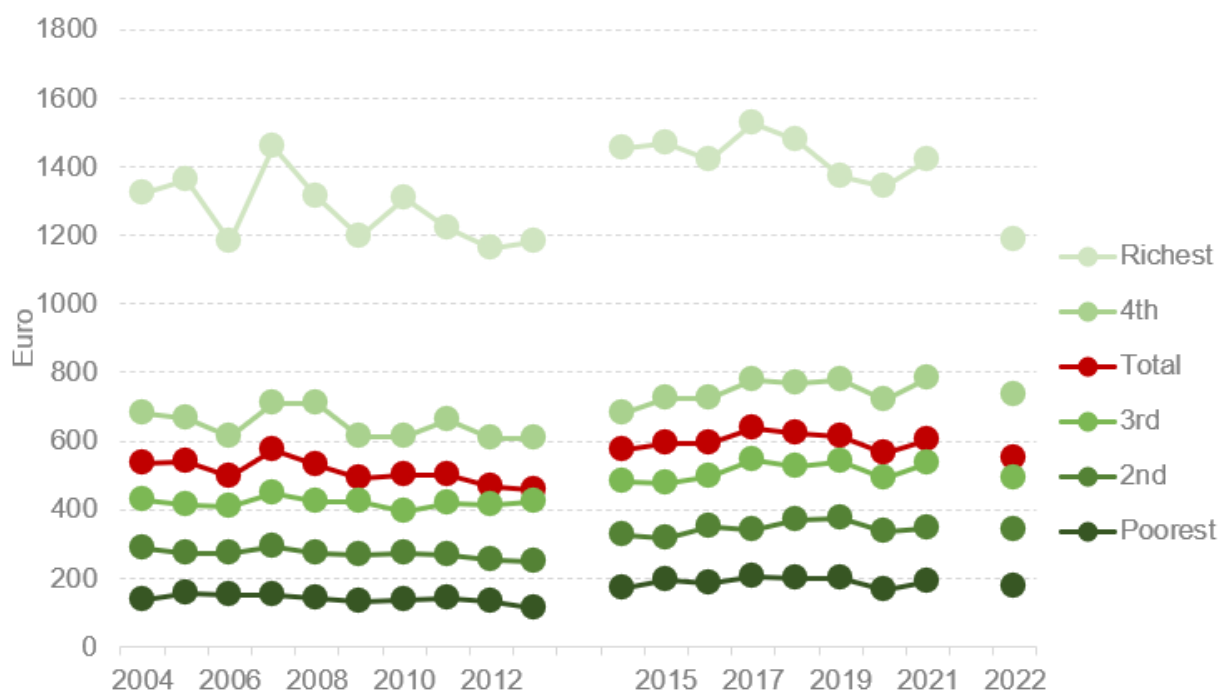
dentali perché non se le può permettere e un po' di più per l'assistenza ambulatoriale. Il quintile più abbiente spende principalmente in cure dentarie seguite dai farmaci.

Lo studio ha anche utilizzato alcuni indicatori per misurare quanto le spese sanitarie private inducano alla povertà. La linea di povertà è definita, per il 2022, a 600 Euro pro capite. Dal 2005 al 2022 la percentuale delle famiglie italiane sotto questa soglia è passata dal 3,9% della popolazione al 6,4%. Gli indicatori di impatto della spesa sanitaria privata mostrano che circa il 2% delle famiglie già povere si impoveriscono ulteriormente (le spese sanitarie private acquiscono ulteriormente la condizione di povertà), l'1% delle famiglie va sotto la linea di povertà a causa delle spese sanitarie private e il 3,5% si avvicina molto alla soglia anche se non la supera.

Queste nuove evidenze, che aggiorneremo al 2023 e al 2024, suggeriscono due raccomandazioni principali di politica sanitaria ed economica. La prima è di lanciare un ambizioso progetto di alfabetizzazione sanitaria (health literacy) che aiuti i cittadini a fare scelte più razionali in ambito sanitario, a partire dall'equivalenza dei farmaci generici, dal rischio di inappropriata nell'utilizzo dei farmaci da banco e dai possibili effetti nocivi degli integratori, in alcune situazioni utili, ma in altre no, perché modifiche anche modeste della dieta sono più efficaci e sicure. Chiaramente, interventi sono necessari anche nei confronti dei medici e dei farmacisti. L'altra raccomandazione riguarda il finanziamento del Ssn perché continui a mantenere la sua natura universale e solidaristica.

Attualmente, la spesa sanitaria privata beneficia di una detrazione d'imposta dell'IRPEF del 19% con una franchigia di 129,11 Euro. E' una misura iniqua perché, come visto sopra, avvantaggia le fasce più abbienti che superano quasi sempre la franchigia e godono di uno sconto proporzionale, riducendo così la progressività del sistema fiscale generale. Sarebbe molto utile eliminare la detrazione e usare le risorse aggiuntive raccolte dallo Stato per aumentare il finanziamento del Ssn. Un tema analogo riguarda il welfare aziendale esteso dal Governo Renzi alle prestazioni sanitarie. Qui il vantaggio fiscale per le aziende (ossia la perdita di introiti per lo Stato) è nettamente maggiore, tra il 30 e il 40%. Anche in questo caso si potrebbe eliminare questo vantaggio, tutto a favore dei lavoratori dipendenti con contratto a tempo indeterminato, per dare più risorse al sistema sanitario pubblico.

Figura 1. Spesa sanitaria annuale pro capite per quintile di consumo



https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=132427

Eurostat, 93 milioni di persone a rischio povertà in Ue: ai primi posti Guyana, Calabria e Campania

Secondo i dati relativi al 2024, il 21% della popolazione dell'Unione europea a rischio di povertà o esclusione sociale. Il Sud Italia più vulnerabile. 243 le regioni europee analizzate da Eurostat



Guyana francese, Calabria e Campania sono le regioni con i più alti tassi di rischio di povertà o esclusione sociale in Europa. È quanto emerge dai dati diffusi da Eurostat relativi al 2024.

Dopo la Guyana francese (59,5%), la Calabria registra un tasso di vulnerabilità del 48,8%, seguita dalla città autonoma spagnola di Melilla (44,5%) e dalla Campania (43,5%).

Il Mezzogiorno si conferma così tra le zone più fragili d'Europa: Calabria e Campania superano di oltre il doppio la media Ue del 21%; anche Sicilia (40,9%) e Puglia (37,7%) risultano ben oltre la soglia critica del 33%.

Nel 2024, oltre 93 milioni di persone nell'Ue - stando ai dati Eurostat diffusi in occasione della Giornata internazionale per l'eradicazione della povertà -, pari al 21% della popolazione, vivevano a rischio di povertà o esclusione sociale.

Tra le 243 regioni europee analizzate, 93 superano la media Ue, confermando un'Europa spaccata tra zone di prosperità e territori in affanno.

Le più povere

Le situazioni più gravi si concentrano nel Sud del continente e nelle regioni ultra periferiche, dove in cinque aree - la Guyana francese, le regioni italiane Calabria e Campania e le città autonome Melilla e Ceuta - il rischio di povertà o esclusione sociale è più che doppio rispetto alla media europea.

In totale, 25 regioni europee contano almeno un terzo della popolazione a rischio, concentrate soprattutto in Grecia, Bulgaria, Spagna e Italia, con quattro regioni ciascuna, e in Romania e nelle regioni ultra periferiche francesi, tre ciascuna.

Guardando i dati, anche la presenza di due regioni insospettabili dell'Europa occidentale - Bruxelles e Brema - dove la vulnerabilità sociale convive con un alto livello di sviluppo economico.

All'estremo opposto, ventisei regioni mostrano tassi di rischio di povertà inferiori al 12,5%, un segnale di solidità che arriva soprattutto dal Centro e Nord Europa.

Le più prospere: Bolzano al primo posto

In testa alla classifica brilla la Provincia autonoma di Bolzano, con appena il 6,6% di persone a rischio, il dato più basso dell'intera Unione. La seguono Bratislavský kraj in Slovacchia (8,6%) e Jihozápad in Cechia (8,8%).

[Eurostat, 93 milioni di persone a rischio povertà in Ue: ai primi posti Guyana, Calabria e Campania](#)

Executive summary

Fragilità economica, Welfare sanitario e Mezzogiorno

Working Paper n.1/2025 dell'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza¹

In attuazione delle priorità individuate dall'Osservatorio attraverso la propria indagine sulla "Vicinanza della Salute", adottando una prospettiva *Health in All Policies* si propone una **visione integrata** in cui le politiche industriali e quelle sociali e di salute siano allineate, in modo da incentivare attraverso lo sviluppo economico anche lo sviluppo di un sistema di welfare nei territori meridionali. Tale integrazione mira a produrre effetti positivi sull'occupazione, sulla qualità del lavoro, sull'inclusione sociale e sullo stato di salute e benessere della popolazione.



Distribuzione territoriale del fenomeno della povertà

Negli ultimi anni, l'Italia registra una crescente diffusione di vecchie e nuove forme di povertà (economica, energetica, educativa, abitativa, lavorativa) caratterizzate da una **distribuzione asimmetrica sul territorio nazionale**, che riflette la morfologia della capacità produttiva espressa dalle diverse aree del Paese. Nel 2023 la **povertà assoluta** ha interessato il **9,7%** degli individui, con valori che nel Mezzogiorno hanno raggiunto il **12%**, al Nord il **8,9%**, al Centro il **7,9%**. Tali fenomeni producono criticità non solo di natura socioeconomica, ma anche sotto il profilo della salute e del benessere, alimentando fenomeni di **migrazione interna** e di capacità di **accesso alle cure**.

Le iniziative di **sviluppo industriale** e produttivo in Italia di grandi dimensioni risultano, infatti, concentrate nelle aree del Nord e nel Lazio (che fanno segnare rispettivamente il **32%** e il **37%** di lavoratori impiegati in grandi imprese, a fronte del **26%** del Mezzogiorno). A questa distribuzione fa seguito proporzionalmente la diffusione delle iniziative di **welfare privato** fra la popolazione, nella distribuzione regionale della spesa intermediata dai Fondi, per cui il **38,9%** della spesa risulta concentrata nel Nord-Ovest, e il **12,8%** nel Mezzogiorno. Questa distribuzione asimmetrica del tessuto produttivo riproduce nel tempo e, in alcuni casi, amplifica i divari sociali, economici, culturali

¹ Coordinatore della ricerca: Duilio Carusi. Coordinatore dell'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza, Fondazione RiES; Adjunct Professor, Luiss Business School. Hanno collaborato alla ricerca e alla redazione di questo documento per Fondazione RiES: Rossella Boccia; Giulia D'Avanzo; Ludovica Romoli.

e di accesso alla salute ormai divenuti strutturali tra le diverse macro-aree del Paese, lasciando il Mezzogiorno in una posizione di persistente svantaggio.

Distribuzione dei dipendenti delle microimprese, 2021



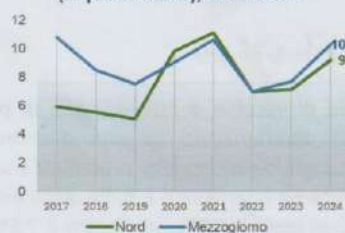
Dipendenti con bassa paga, 2020



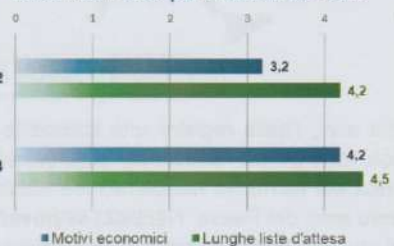
Distribuzione territoriale della dimensione delle imprese vs povertà lavorativa

Nello studio si evidenzia come la transizione industriale identificata per il Sud Italia, favorita dalla nuova programmazione europea e da politiche di coesione più mirate, che incorporano e ampliano la **ZES Unica**, possa costituire una leva cruciale non solo per lo sviluppo economico, ma anche per migliorare lo stato di salute e benessere della popolazione, inducendo una maggiore diffusione degli **strumenti di welfare sanitario integrativo** in grado di ridurre sensibilmente il fenomeno di rinuncia alle cure per motivi economici: secondo l'indagine INAPP 2025, la presenza di strumenti di welfare sanitario integrativo è in grado di **ridurre il fenomeno di rinuncia alle cure per motivi economici** abbattendo il tasso dal **5,3% al 3,3%**.

Rinuncia a prestazioni sanitarie (in percentuale), 2017-2024



Motivi dichiarati per rinuncia alle cure

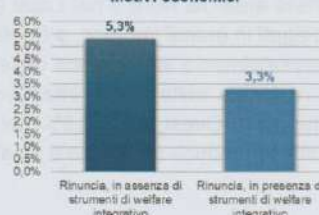


Incremento dell'incidenza di "motivi economici" sulle cause di rinuncia alle cure

Rinuncia agli accertamenti medici per motivi economici, 2024



Impatto atteso degli strumenti di welfare sulla rinuncia alle cure per motivi economici



Capacità degli strumenti di welfare sanitario sulla riduzione della causa "motivi economici"

In un quadro caratterizzato da una marcata polarizzazione tra le diverse aree geografiche del Paese, le azioni di intervento volte a promuovere un **riequilibrio territoriale** orientate alla "**Vicinanza della salute**", che riducano fino ad azzerare le disuguaglianze territoriali, vanno quindi individuate primariamente nell'arginare la deriva del fenomeno della **Fragilità economica**, ma non possono tuttavia limitarsi alla sola componente economica. Necessitano, infatti, di trovare radici salde nella **ricostruzione di un tessuto sociale** e nella **fertilizzazione culturale** delle aree più svantaggiate.

Alla luce di queste considerazioni, si articolano le seguenti proposte di policy:

1. Promuovere la formazione tecnica e manageriale a supporto dello sviluppo produttivo

Sostenere l'accesso e la qualità della formazione, sia di base che specialistica, rappresenta la prima direttrice di intervento, con l'obiettivo di favorire la permanenza delle nuove generazioni nei territori di origine e contrastare la **dispersione di capitale umano** verso le aree più sviluppate del Paese, consentendo al tessuto produttivo di trovare in loco forza lavoro competente e di sviluppare una classe dirigente in grado sviluppare ulteriormente in modo autonomo il proprio territorio.

2. Supportare il ripristino delle reti familiari e di comunità a supporto della qualità della vita

Creare le condizioni per permettere ai cittadini di sviluppare il proprio percorso di vita in prossimità del nucleo familiare di origine costituisce un momento fondamentale per un miglioramento esponenziale delle condizioni di salute e benessere sia per la popolazione degli anziani, sia per la popolazione dei giovani adulti, abbattendo i crescenti fenomeni di **isolamento** e disgregazione delle reti sociali e familiari che, insieme alle scomodità e ai costi imposti dai fenomeni di migrazione interna, condizionano pesantemente le scelte legate alla **costruzione familiare** e alla **natalità**.

3. Sostenere lo sviluppo del welfare sanitario integrativo a supporto del SSN come strumento di accessibilità alle cure

La crescente diffusione di strumenti di welfare integrativo richiede di **consolidare un modello** orientato non solo al rimborso delle prestazioni, ma alla presa in carico complessiva dell'assistito, in una logica di solidarietà intergenerazionale. In tale prospettiva, si profilano tre linee di intervento prioritario legate alla promozione di **modelli solidaristici e non profit**, così da massimizzare la restituzione in termini di servizi, ma anche all'**ampliamento della platea** eleggibile, estendendo l'accesso anche ai lavoratori autonomi e ai dipendenti pubblici, con particolare attenzione alle aree del Mezzogiorno dove la presenza di occupazione pubblica è più rilevante, e al rafforzamento delle tutele in ambito **long term care (LTC)**, garantendo coperture adeguate non soltanto ai lavoratori attivi, ma anche ai lavoratori anziani e ai pensionati.

Quando le disuguaglianze sociali determinano i risultati: la chiamata multidisciplinare del colangiocarcinoma

[Raffaele Brustia](#), [Vincent Leroy](#), [Alain Luciani](#), [Julien Calderaro](#), [Christophe Tournigand](#)

La mortalità correlata al fegato colpisce più duramente dove la deprivazione è maggiore. Questa triste verità è efficacemente illustrata da Vaz e colleghi, [1](#) che dimostrano come persino in Svezia, un Paese celebre per la sua assistenza sanitaria universale, i pazienti a basso reddito siano maggiormente colpiti dal colangiocarcinoma intraepatico (iCCA). Collegando i dati del registro svedese sul reddito familiare e le comorbidità di 1827 adulti a cui è stato diagnosticato un iCCA tra il 2011 e il 2021, è emerso che i pazienti a basso reddito presentavano tassi di incidenza più elevati, un accesso inferiore al trattamento attivo e una sopravvivenza più breve.¹ I risultati smantellano il presupposto che l'equità sia garantita una volta che l'assistenza è gratuita al momento dell'erogazione.

Il punto di forza dello studio risiede nella sua capacità di collegare diversi registri nazionali di alta qualità attraverso i codici identificativi personali svedesi, garantendo una raccolta pressoché completa dei casi e dati sociodemografici e di comorbidità affidabili. L'inclusione dei tempi di attesa, dal primo sospetto nelle cure primarie al rinvio, alla discussione con il team multidisciplinare e all'inizio del trattamento, fornisce informazioni preziose sui ritardi a livello di sistema che possono influenzare gli esiti. Gli autori hanno anche affrontato la mancanza di dati di registro sulla terapia sistemica prima del 2020, sviluppando un algoritmo indiretto basato sulle visite oncologiche e sugli intervalli di trattamento con cisplatino-gemcitabina. Questa soluzione pragmatica, che mostra una concordanza del 95% con i dati registrati nel registro dopo il 2020, supporta la solidità dei loro risultati. Tuttavia, rimane possibile una classificazione errata residua, soprattutto per i regimi non standard o i pazienti gestiti al di fuori dei reparti oncologici. Inoltre, l'assenza di dati sull'indice di massa corporea e sull'esposizione al tabacco – fattori di rischio chiave non rilevati – limita la capacità di distinguere l'interazione tra status socioeconomico, rischio biologico ed esiti. Infine, sebbene le disparità in termini di incidenza, trattamento e sopravvivenza siano riportate in modo convincente, lo studio non riesce a cogliere appieno i meccanismi sottostanti, come ritardi diagnostici, pratiche di riferimento o barriere a livello di paziente.

La Svezia non è un caso isolato. In tutta Europa, l'iCCA rimane una malattia silente, spesso asintomatica fino agli stadi avanzati e frequentemente diagnosticata in contesti di emergenza, dove i risultati sono scarsi. [2](#), [3](#) In particolare, anche in questo studio, [1](#) quasi tre quarti dei pazienti sono stati diagnosticati solo dopo l'insorgenza dei sintomi clinici, nonostante i tempi di attesa mediani sorprendentemente brevi: anche quando il sistema risponde rapidamente, l'iCCA viene spesso rilevata troppo tardi. Fattori di rischio silenti come consumo di alcol, obesità, diabete ed epatite virale sono comuni nelle popolazioni svantaggiate, [2](#), [4](#), [5](#) e la loro coesistenza può amplificare sinergicamente il rischio di malattia epatica avanzata. [5](#) Se a ciò si aggiungono la distanza dagli ospedali, il supporto sociale limitato, [la](#) scarsa alfabetizzazione sanitaria e lo stigma, [5](#) il divario per un invio tempestivo si amplia: un quarto dei pazienti muore ancora durante il ricovero indice. [3](#) Ridurre lo stigma e aumentare la consapevolezza facilitano il coinvolgimento in tutta la cascata di cure, [5](#) mentre affrontare i rischi modificabili può in definitiva migliorare la sopravvivenza. [7](#)

Questi pazienti costituiscono una popolazione silenziosa che non fa lobbying, raramente compare nelle campagne di sensibilizzazione e le cui storie vengono raramente raccontate. La loro mortalità eccessiva e in gran parte invisibile è una delle espressioni più evidenti della disuguaglianza sanitaria.

Questo paradosso è inquietante nella sua tempistica. Mentre l'epatologia e l'oncologia hanno fatto progressi – imaging, profilazione molecolare, [8](#) chirurgia mini-invasiva, trapianto e immunoterapia [2](#) – le disparità tra chi viene diagnosticato, chi viene trattato e chi sopravvive si sono aggravate. Il colangiocarcinoma esemplifica questa esigenza: le disparità regionali in Europa [1](#), [2](#), [6](#) e le barriere socioeconomiche negli Stati Uniti [9](#) si traducono entrambe in esiti peggiori. La *Commissione epatica EASL-Lancet* [5](#), [10](#) fa eco a questa preoccupazione, chiedendo di smantellare i compartimenti stagni tra assistenza primaria e ospedaliera, rafforzare la collaborazione interdisciplinare ed estendere i servizi alle popolazioni svantaggiate. Rompere i

compartimenti stagni significa anche guardare oltre l'epatologia. Oncologi, radiologi, patologi, chirurghi e medici di medicina generale svolgono tutti un ruolo fondamentale nel sensibilizzare e garantire una diagnosi tempestiva dell'ICCA: maggiori sforzi educativi sono essenziali per migliorare i percorsi di riferimento e per consolidare l'equità in tutta Europa.

I dati svedesi¹ [dovrebbero](#) quindi essere letti non come un'anomalia nazionale, ma come uno specchio per l'Europa, con un chiaro insegnamento. La copertura universale rimuove le barriere finanziarie, ma non quelle strutturali: ritardo diagnostico, lontananza, alfabetizzazione sanitaria e comorbidità. In alcuni paesi europei, la carenza di operatori sanitari e l'accesso limitato ai medici di medicina generale aggravano ulteriormente queste disuguaglianze. Con l'espansione dell'oncologia di precisione, attraverso il sequenziamento di nuova generazione e le terapie mirate, la posta in gioco si fa più alta. Se l'accesso all'innovazione segue gli stessi schemi dell'accesso alle cure palliative, la privazione continuerà a determinare i risultati. Le strategie di controllo del cancro devono integrare l'equità in ogni fase: diagnosi precoce, tempestivo invio allo specialista, processo decisionale clinico e assegnazione di nuove terapie. Tuttavia, lo stigma può essere ridotto, attraverso l'educazione, il supporto tra pari e iniziative che promuovono l'empatia, aiutando i pazienti a impegnarsi nelle cure e riducendo il divario di [sopravvivenza](#).⁵

Vaz e colleghi ¹ ci ricordano che l'ICCA non è solo una malattia delle cellule, ma anche dei sistemi e delle società. È tempo di garantire che i pazienti silenziosi vengano ascoltati, che lo stigma venga contrastato, che i servizi siano estesi ai più bisognosi e che il rinvio a centri specialistici non venga più ritardato, abbattendo le barriere assistenziali.

[https://www.thelancet.com/journals/lanepi/article/PIIS2666-7762\(25\)00288-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanepi/article/PIIS2666-7762(25)00288-1/fulltext)



Brussels, 2 October 2025
(OR. en)

13386/25

SOC 632
ANTIDISCRIM 88
FREMP 255

NOTE

From:	General Secretariat of the Council
To:	Permanent Representatives Committee/Council
No. prev. doc.:	12742/25
Subject:	Draft Council Conclusions on the social inclusion of persons with disabilities through the promotion of independent living – Approval



Rischio e beneficio

Eric J. Rubin

N inglese J Med 2025 ; 393 : 1533 - 1534

DOI: 10.1056/NEJMe2513817

Secondo il National Safety Council, il rischio di morire in un incidente stradale nel corso della vita nel 2023 era di 1 su 95, poco più dell'1%. [1](#)

Nonostante ciò, la maggior parte di noi guida quotidianamente. Stiamo tutti facendo un calcolo: guidare è importante per il nostro lavoro e il nostro stile di vita, e il rischio è piuttosto basso. Inoltre, sappiamo che i governi hanno normative come gli esami di guida per ottenere la patente, la sospensione della patente per i conducenti pericolosi e l'ingegneria automobilistica e stradale per la massima sicurezza.

In altre parole, usiamo il buon senso quando decidiamo di guidare. Sebbene conosciamo i rischi della guida, riteniamo che siano di gran lunga superati dai benefici.

Di recente, questo buon senso è andato perduto nel dibattito nazionale sulla vaccinazione. I vaccini disponibili sono molto più sicuri della guida, con rischi di lesioni gravi generalmente ben al di sotto dello 0,1% e tassi di mortalità ancora più bassi. I vaccini sono strumenti potenti. Hanno estinto una piaga (il vaiolo) e hanno quasi eliminato altre, come il morbillo, almeno negli Stati Uniti.

La mia generazione è stata la prima a ricevere il vaccino contro la poliomielite, che ci ha salvato dal trascorrere del tempo in polmoni d'acciaio.

E data l'immunità di gregge promossa dalla vaccinazione, un vaccino non solo protegge te, ma aiuta anche a proteggere chi, come il tuo neonato, è troppo piccolo per essere vaccinato, e chi potrebbe avere una risposta immunitaria ridotta alle vaccinazioni, come i tuoi genitori anziani e tua zia che sta ricevendo chemioterapia.

Nel complesso, la vaccinazione ha salvato milioni di vite e continua a proteggerci ancora oggi. [2](#) Nonostante ciò, la vaccinazione è sotto attacco.

Le recenti discussioni, comprese quelle del Comitato consultivo sulle pratiche di immunizzazione (ACIP) del CDC e del Sottocomitato permanente sulle indagini del Congresso, si sono concentrate principalmente sui presunti rischi. Questi rischi sono spesso gonfiati e si basano su prove di scarsa qualità che ignorano studi definitivi che dimostrano un basso rischio e un'elevata efficacia.

Alcuni sono vere e proprie bugie. Una che colpisce nel segno, ad esempio, è la falsa affermazione secondo cui il rischio di interruzione di gravidanza nelle donne vaccinate contro il Covid-19 è dell'80%, un'affermazione attribuita a un articolo pubblicato sul *Journal*. In realtà, le prove mostrano chiaramente che il tasso di aborto spontaneo nelle donne vaccinate non è sensibilmente superiore al tasso di aborto spontaneo nelle donne statunitensi prima che il vaccino fosse disponibile. [3](#)

L'efficacia e l'eccellente sicurezza dei vaccini contro il Covid-19, [4,5](#) e di quasi tutti i vaccini moderni, sono stati dimostrati in molteplici studi randomizzati e controllati, che l'attuale amministrazione definisce giustamente "scienza gold standard". [6](#)

Al di là di queste falsità, concentrarsi sul rischio senza un'adeguata considerazione dei benefici è avventato. La nostra memoria è forse così corta da non ricordare quanto fosse catastrofico il Covid-19 quando si è manifestato per la prima volta?

Chi di noi si è preso cura dei pazienti, in particolare dei pazienti ricoverati, ricorderà l'orrore di avere poco da offrire a coloro, anziani e giovani, che soffrivano e morivano a causa della malattia. I vaccini contro il Covid-19 sono stati trasformativi, riducendo i tassi di malattia grave di circa il 90%. Da allora, l'immunità complessiva

della comunità è aumentata al punto che l'efficacia dei vaccini è meno evidente, ma questi continuano a funzionare e rimangono importanti per coloro che sono ad alto rischio di malattia. [7](#)

Curiosamente, la discussione alla recente riunione dell'ACIP si è concentrata su come l'insorgenza di convulsioni febbrili indotte dal vaccino MMRV (morbillo-parotite-rosolia-varicella) possa aumentare l'esitazione vaccinale. Sebbene le convulsioni febbrili possano verificarsi dopo la vaccinazione, l'aumento assoluto del rischio con la vaccinazione è minimo, [8](#) e la loro insorgenza non è associata a conseguenze a lungo termine. [9](#) È proprio questo aspetto a far diminuire la fiducia nei vaccini, più che il rischio effettivo, a essere considerato una preoccupazione importante. Non si dovrebbe negare ai bambini l'accesso a questo prezioso vaccino combinato.

I due vaccini contro il Covid-19 ampiamente disponibili negli Stati Uniti sono entrambi basati sulla tecnologia mRNA. Lo sviluppo di questa tecnologia è stato un trionfo scientifico (e un trionfo politico per la prima amministrazione Trump), consentendoci di rispondere rapidamente a un nuovo agente patogeno. Rimane oggi l'unico modo per rispondere rapidamente alle epidemie di nuove malattie. Eppure, in modo stranamente autodistruttivo, si stanno muovendo azioni per impedire l'ulteriore sviluppo di vaccini mRNA.

Ci troviamo di fronte a domande sconcertanti.

Perché dovremmo abbandonare il nostro strumento migliore per rispondere alle epidemie e lasciare che le tecnologie sviluppate dai ricercatori statunitensi e dai nostri Istituti Nazionali di Sanità vengano sfruttate altrove?

Quando la ricerca finanziata dai contribuenti statunitensi mostra chiare prove della sicurezza e dell'efficacia dei vaccini, perché dovremmo prestare attenzione alla disinformazione e alle bugie?

E sotto un'amministrazione che afferma di essere concentrata sul rendere l'America di nuovo sana, perché stiamo denigrando e abbandonando i nostri strumenti di salute pubblica più convenienti?

Le organizzazioni professionali e alcuni stati hanno iniziato a colmare parte del vuoto informativo sui vaccini. Ma è tempo che il governo federale riprenda il controllo e si concentri su dati reali sulla vaccinazione per proteggere la salute della nazione.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe2513817?query=TOC>



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Nel meraviglioso giardino di equità sanitaria globale di Paul Farmer: riflessioni sul terzo ricordo della sua scomparsa

Didi Bertrand Farmer

Nel terzo anniversario della scomparsa improvvisa del Dott. Paul Farmer, il mio cuore è colmo di un misto di dolore e gratitudine. Paul era mio marito e il padre dei nostri tre figli. La perdita è profonda, ma lo è anche la mia gratitudine per la sua vita e per l'impatto che ha avuto. Era un visionario, un militante instancabile e un fiero difensore che ha lasciato un segno indelebile nella salute globale. Il suo impegno per la giustizia sociale ha trasformato i sistemi sanitari, salvato innumerevoli vite e continua a ispirare il mondo. Quest'anno, desidero onorarlo riflettendo sul legame tra la sua dedizione all'equità sanitaria globale e il suo amore per il giardinaggio. Il "bel giardino" di Paul era più di una metafora; era la sua visione di giustizia sociale nell'assistenza sanitaria, che coltivava semi di cura, insegnamento, apprendimento e tutoraggio, con la collaborazione e l'accompagnamento come radici profonde nel terreno fertile dell'equità. Da queste fondamenta, un giardino di giustizia continua a fiorire, plasmando il nostro futuro collettivo.

I. Il meraviglioso giardino dell'equità sanitaria globale: una visione di giustizia sociale nell'assistenza sanitaria

Paul era un medico e un antropologo, ma era anche un appassionato giardiniere. La sua passione e il suo impegno per la giustizia sociale, insieme al suo amore per la natura e alla sua capacità di prendersene cura, hanno fornito spunti profondi su come ha concettualizzato e applicato la sua visione di equità sanitaria globale. Attraverso il suo contributo alla salute globale, principalmente attraverso il lavoro di Partners in Health (PIH), ci ha mostrato che prendersi cura del nostro mondo è come prendersi cura di un giardino, un luogo che, se coltivato con cura, può produrre salute, giustizia e opportunità per tutti. Il lavoro di PIH ad Haiti, Ruanda, Perù, Messico, Liberia e oltre esemplifica questa filosofia. L'orto per l'equità sanitaria globale non è solo un luogo ideale, ma un'impresa viva e in crescita che richiede attenzione costante, duro lavoro, risorse e l'impegno collettivo di comunità, istituzioni, governi e individui.

L'approccio di Paul alla salute globale era profondamente radicato nella sua comprensione della giustizia sociale. Ha trascorso la sua vita piantando semi di cambiamento, sostenendo sistemi sanitari equi, sottolineando l'importanza dell'assistenza sanitaria basata sulla comunità e spingendo per riforme sistemiche. Credeva che il giardino dell'equità sanitaria globale potesse essere veramente bello solo se abbracciava i più vulnerabili. Proprio come un giardino rigoglioso richiede che ogni pianta sia nutrita, una società giusta garantisce che nessuno venga lasciato indietro. Questa metafora riflette la sua convinzione che l'assistenza sanitaria non sia un privilegio, ma un diritto umano.

La visione di Paul del giardino meraviglioso andava oltre la metafora. Credeva che gli spazi di cura dovessero essere luoghi funzionali e rigeneranti dove pazienti, famiglie e operatori sanitari trovassero conforto e dignità e dove salute e guarigione si intersecassero con la bellezza e la natura. Uno dei suoi contributi più distintivi all'ospedale e ai centri di formazione in cui operava il PIH fu la creazione di ambienti sereni e verdi con splendidi giardini impreziositi da laghetti per pesci che progettava e curava insieme ai colleghi. Questi spazi non erano solo aggiunte estetiche; erano parte integrante della sua visione duratura di un'assistenza sanitaria intrisa di dignità, solidarietà e collaborazione. Lavorando a fianco delle comunità locali per creare e sostenere questi giardini e laghetti, Paul creò legami, coltivando non solo paesaggi ma relazioni radicate in uno scopo e in una cura condivisi.

Sotto il caldo sole dell'Ospedale Distrettuale di Rwinkwavu in Ruanda, un paese in cui la nostra famiglia ha prestato servizio per 10 anni, ogni giorno vedevo Paul lavorare fianco a fianco con i suoi colleghi e una squadra di uomini e donne che spostavano enormi massi, piantavano alberi e migliaia di piante e fiori, e ricavano uno stagno vicino al reparto di degenza e al centro di formazione. Le mie forbici da scrivania sparivano spesso, prese in prestito per potare le piante o tagliare i fiori in splendidi bouquet per i reparti dei pazienti e persino per la mia scrivania. Questi giardini divennero non solo una fonte di bellezza, ma anche di conoscenza e opportunità economiche, poiché ex pazienti e familiari trovavano lavoro prendendosene cura.

Quando sono tornato in Ruanda per la prima volta dopo la scomparsa di Paul, ho ricevuto la visita di Aimable, un giardiniere stagionale del PIH, ora assunto come esperto per coltivare il terreno di un nuovo hotel locale. Mi ha raccontato con orgoglio che le conoscenze e l'esperienza maturate negli anni di lavoro con Muganga Mwiza – il nome locale di Paul – lo avevano condotto fin lì. I proprietari belgi-ruandesi dell'hotel mi hanno raccontato quanto i giardini del PIH li abbiano ispirati; la coppia ha osservato con ammirazione l'atipico paesaggio ospedaliero e ha intuito che chiunque ci fosse dietro avesse una visione speciale.

Nei 35 anni dedicati da Paul al lavoro per l'equità sanitaria globale, ha progettato e curato innumerevoli giardini con laghetti per pesci in ospedali, cliniche e campus universitari nei paesi in cui opera il PIH e nelle nostre case. In un mondo in cui gran parte dell'assistenza sanitaria è istituzionale, clinica e sterile, i giardini di Paul offrivano un sorprendente contrasto e un promemoria del fatto che la salute non consiste semplicemente nel curare le malattie, ma nel promuovere il benessere nella sua accezione più completa. Grazie alla sua profonda conoscenza delle specie vegetali, Paul ha riempito questi spazi con una vegetazione lussureggiante di bambù, sequoie, gardenie, gigli e alberi e fiori autoctoni, creando oasi di riflessione, relax, guarigione e pace. Proprio come un giardino ha bisogno di attenta cura e attenzione per prosperare, così anche lo spirito umano, soprattutto in tempi di malattia e sofferenza. I giardini degli ospedali PIH sono il simbolo della cura e della cura che dovrebbero essere al centro di ogni sistema sanitario.

Cinque giorni prima della sua morte, Paul ha percorso i terreni dell'Università per l'Equità Sanitaria Globale a Butaro, in Ruanda, dove aveva supervisionato la realizzazione di una foresta pluviale tropicale e di una radura.

Questo progetto – uno dei suoi ultimi contributi, radicato nel suo impegno di una vita per la guarigione – offre a pazienti, operatori sanitari, studenti, personale e visitatori un sentiero che si snoda attraverso una serie di alberi, piante e stagni. Panchine punteggiano il percorso, offrendo luoghi dove fermarsi, riflettere e trovare conforto. Questo sito comprende una cappella laica e un mausoleo che funge da luogo di riposo eterno, a testimonianza della sua convinzione che la guarigione debba comprendere sia il corpo che lo spirito.

II. Insegnamento, apprendimento e tutoraggio costanti come futuro del Giardino

L'eredità di Paul come insegnante rimane al centro di questo giardino in continua crescita. Il suo impegno per l'istruzione – sia attraverso l'insegnamento formale, il tutoraggio sul campo o i suoi scritti – continua a ispirare e informare la prossima generazione di professionisti della salute globale che condividono il suo impegno per la giustizia sanitaria. Il suo modello di insegnamento collaborativo è profondamente radicato nella metafora di un giardino, poiché si considerava un partner nell'apprendimento, insieme ai suoi studenti, agli operatori sanitari, ai leader locali, ai pazienti e ai membri della comunità. Ha contribuito a plasmare le carriere di molti medici, infermieri, ricercatori e sostenitori della salute globale che continuano a guidare la lotta per l'assistenza sanitaria come diritto umano.

Come un giardino ben curato, la conoscenza deve essere coltivata e trasmessa. Proprio come un giardino può prosperare solo se curato da generazioni successive, così la visione dell'equità sanitaria globale deve essere portata avanti attraverso l'insegnamento e il mentoring. Gli insegnamenti tratti dal lavoro di Paul ad Haiti, in Ruanda e altrove hanno fornito esempi concreti di come l'assistenza sanitaria possa essere erogata con compassione ed equità. Questi insegnamenti continueranno a vivere nelle carriere di medici, infermieri, ricercatori e attivisti che Paul ha guidato per decenni. So che l'apprendimento sarà portato avanti anche dagli studenti di medicina in Ruanda con cui Paul ha condiviso la sua ultima cena. Avranno sempre un posto speciale nel mio cuore.

III. Le partnership come radici della crescita del giardino

Al centro della visione di Paul del meraviglioso giardino dell'equità sanitaria globale c'erano le partnership: i legami profondi e fondamentali tra persone, istituzioni e comunità che consentono un cambiamento duraturo. Il giardino continua a fiorire, ancorato a solide partnership e arricchito dal terreno della giustizia sociale. Il lavoro di PIH – insieme alle partnership con Harvard, Duke e l'Università per l'Equità Sanitaria Globale; il Fondo di Borse di Studio e il Simposio Paul E. Farmer; il Premio annuale McGill Paul E. Farmer per l'Equità Sanitaria Globale; il Paul E. Farmer Legacy Trust; il Paul E. Farmer Health Equity Pillar presso la Clinton Global Initiative; le cattedre Paul E. Farmer presso la Harvard Medical School e il Brigham and Women's Hospital; e innumerevoli partner, amici e alleati – rimane una testimonianza della forza di queste radici. Sono profondamente grato agli innumerevoli *collaboratori* che si impegnano profondamente a promuovere l'eredità di Paul, che ora è nostra responsabilità portare avanti.

Conclusione. Il futuro del Global Health Equity Garden: un'eredità continua

Guardando al futuro, i meravigliosi giardini di Paul rimangono un work in progress. I semi che ha piantato nella lotta per l'assistenza sanitaria universale, l'equità sanitaria globale e la giustizia sociale continuano a crescere. Ma i giardini hanno bisogno di cure costanti. Hanno bisogno di custodi che estirpino le ingiustizie, coltivino la conoscenza e garantiscano che ogni vita abbia valore.

Il giardino di Paul non è mai stato concepito per essere solo suo. Ora tocca a noi proteggerlo, coltivarlo e ampliarlo. Quest'anno, rendiamo omaggio non solo al suo inestimabile contributo, ma anche al perenne spirito di compassione e giustizia che ha instillato nella comunità sanitaria globale. Mentre il mondo continua a lottare contro disuguaglianze profonde e persistenti, tra cui il cambiamento climatico, le pandemie, le migrazioni umane forzate e la crisi della salute mentale, restiamo saldi nella nostra ricerca del cambiamento, coltivando decisioni coraggiose che affrontino queste sfide con innovazione, compassione e incrollabile determinazione.

Riflettendo sulla scomparsa di Paul, il mio cuore si stringe anche per la situazione preoccupante di Haiti, un paese che amava profondamente. Paul ha dedicato la sua vita al popolo del mio paese natale, credendo nella nostra forza e resilienza di fronte alle continue ingiustizie sistemiche. Oggi, mentre osservo le continue lotte contro l'instabilità politica, le difficoltà economiche, la crescente violenza e l'insicurezza – con aggressioni

senza precedenti contro donne e ragazze – provo un misto di dolore e urgenza. Il sistema sanitario per il cui rafforzamento Paul si è battuto così duramente è sottoposto a un'enorme pressione, rendendo difficile per le popolazioni vulnerabili accedere alle cure di cui hanno bisogno. Il 40% dei medici ha lasciato il paese. Ospedali e cliniche sono chiusi o dati alle fiamme. Le donne muoiono di parto.

Pensando a Paul, ricordo il suo incrollabile impegno nell'accompagnare Haiti nelle nostre lotte. Diceva spesso che il nostro dovere è essere solidali con chi soffre, ascoltare le loro storie e batterci per la giustizia. Dobbiamo onorare la sua eredità amplificando le voci degli abitanti di Haiti, richiamando l'attenzione sulla loro difficile situazione e lavorando collettivamente per sostenere iniziative che promuovano stabilità e guarigione, in particolare per donne e bambini. Il popolo di Haiti – il nostro popolo – merita un giardino rigoglioso, come il suo orto botanico presso l'ospedale universitario di Mirebalais.

"Se l'assistenza sanitaria è un diritto umano, chi è abbastanza umano da avervi accesso?", si chiedeva spesso Paul. In questo periodo di incertezza e ansia, e con la recente paralisi dei National Institutes of Health e della sanità globale, è imperativo rimanere saldi nel nostro impegno a coltivare questi giardini di equità e compassione. Così facendo, onoriamo l'eredità di Paul e continuiamo a impegnarci nella ricerca di soluzioni coraggiose che affrontino le sfide odierne con rinnovata solidarietà e incrollabile determinazione.

Nei miei momenti di tranquillità, sento ancora la sua presenza che mi guida. Mi tornano in mente la sua risata e la sua incrollabile fede nel potenziale del cambiamento. Paul ci ha insegnato che, nonostante le grandi sfide, il potere dell'azione collettiva e della compassione può creare onde di speranza. Mentre commemoriamo la sua vita quest'anno, impegniamoci a portare avanti la sua visione di un mondo più equo, assicurandoci che il suo spirito continui a ispirare e ad accendere il cambiamento per le generazioni future.

Da quando questo articolo è stato scritto, all'inizio di febbraio 2025, la violenza delle gang ad Haiti è notevolmente peggiorata. La città di Mirebalais, dove il PIH ha costruito un ospedale universitario da 300 posti letto, è sotto assedio da marzo. Il paese sta affrontando la sua peggiore crisi umanitaria, con oltre la metà dei suoi 12 milioni di abitanti bisognosi di assistenza. Oltre 1,8 milioni di persone sono sfollate e gravemente colpite dall'insicurezza alimentare e dalla fame. La violenza e gli abusi contro donne e ragazze hanno raggiunto livelli senza precedenti. Oltre 800.000 bambini stanno perdendo l'accesso all'istruzione, una risorsa vitale per un futuro migliore. Il sistema sanitario al collasso è sottoposto a un'enorme pressione per gestire sporadiche epidemie di colera, mentre gli sfollati cercano rifugio in rifugi sovraffollati, vivendo in condizioni igieniche precarie con acqua e servizi igienici limitati. Haiti ha disperatamente bisogno di tutti i suoi amici, ora più che mai, per contribuire a ripristinare la speranza e salvare vite umane, amplificando al contempo la voce della sua gente. Questi sono i contributi che Paul darebbe. Iniziamo!

<https://www.nejm.org/doi/10.1056/nejmg-blog00001?query=TOC>

THE LANCET

Carico globale di 292 cause di morte in 204 paesi e territori e 660 località subnazionali, 1990-2023: un'analisi sistematica per lo studio sul carico globale delle malattie del 2023

GBD 2023 Cause di morte Collaboratori *

Riepilogo

Sfondo

Analisi tempestive e complete delle cause di morte stratificate per età, sesso e luogo sono essenziali per definire politiche sanitarie efficaci volte a ridurre la mortalità globale. Il Global Burden of Diseases, Injuries,

and Risk Factors Study (GBD) 2023 fornisce stime di mortalità specifiche per causa, misurate in conteggi, tassi e anni di vita persi (YLL). Il GBD 2023 mirava a migliorare la nostra comprensione della relazione tra età e causa di morte quantificando la probabilità di morire prima dei 70 anni (70q0) e l'età media al decesso per causa e sesso. Questo studio consente di confrontare l'impatto delle cause di morte nel tempo, offrendo una comprensione più approfondita di come queste cause influenzino le popolazioni globali.

Metodi

Il GBD 2023 ha prodotto stime per 292 cause di morte disaggregate per età-sesso-luogo-anno in 204 paesi e territori e 660 località subnazionali per ogni anno dal 1990 al 2023. Abbiamo utilizzato uno strumento di modellizzazione sviluppato per il GBD, il modello Cause of Death Ensemble (CODEm), per stimare i tassi di mortalità specifici per la maggior parte delle cause.

Abbiamo calcolato gli YLL come il prodotto del numero di decessi per ciascuna causa-età-sesso-luogo-anno e l'aspettativa di vita standard a ciascuna età. La probabilità di morte è stata calcolata come la possibilità di morire per una determinata causa in un periodo di età specifico, per una specifica popolazione. L'

età media al decesso è stata calcolata assegnando prima l'età media di ciascuna fascia di età per ogni decesso, quindi calcolando la media di tutte le età medie per tutti i decessi attribuiti a una determinata causa.

Abbiamo utilizzato le stime di morte del GBD per calcolare l'età media al decesso osservata e per modellare l'età media attesa per cause, sessi, anni e località.

L'età media attesa riflette l'età media attesa al decesso per gli individui all'interno di una popolazione, sulla base dei tassi di mortalità globali e della struttura per età della popolazione. Comparativamente, l'età media osservata rappresenta l'età media effettiva al decesso, influenzata da tutti i fattori specifici di una popolazione specifica per posizione geografica, inclusa la sua struttura per età.

Come parte del processo di modellazione, sono stati generati intervalli di incertezza (UI) utilizzando il 2,5° e il 97,5° percentile da una distribuzione di 250 estrazioni per ciascuna metrica. I risultati sono riportati come conteggi e tassi standardizzati per età.

I miglioramenti metodologici per le stime delle cause di morte nel GBD 2023 includono una correzione per l'errata classificazione dei decessi dovuti a COVID-19, aggiornamenti al metodo utilizzato per stimare il COVID-19 e aggiornamenti al framework di modellazione CODEm.

Questa analisi ha utilizzato 55.761 fonti di dati, tra cui dati di registrazione anagrafica e autopsie verbali, nonché dati provenienti da indagini, censimenti, sistemi di sorveglianza e registri dei tumori, tra gli altri. Per il GBD 2023, sono stati aggiunti 312 nuovi dati paese-anno di registrazione delle cause di morte, 3 dati paese-anno di sorveglianza, 51 dati paese-anno di autopsie verbali e 144 dati paese-anno di altri tipi di dati, che sono stati aggiunti a quelli utilizzati nei precedenti cicli di GBD.

Risultati

I primi anni della pandemia di COVID-19 hanno causato cambiamenti nelle classifiche consolidate delle principali cause di morte a livello globale: nel 2021, il COVID-19 si è classificato al primo posto tra le cause di morte standardizzate per età, al Livello 3 della gerarchia di classificazione delle cause GBD. Entro il 2023, il COVID-19 è sceso al 20° posto tra le principali cause globali, riportando la classifica delle due principali cause a quella tipica delle serie temporali (ovvero, cardiopatia ischemica e ictus).

Sebbene la cardiopatia ischemica e l'ictus persistano come principali cause di morte, si sono registrati progressi nella riduzione dei loro tassi di mortalità standardizzati per età a livello globale. Anche altre quattro cause principali hanno mostrato un forte calo dei tassi di mortalità standardizzati per età a livello globale durante il periodo di studio: malattie diarroiche, tubercolosi, cancro allo stomaco e morbillo.

Altre cause di morte hanno mostrato andamenti disparati tra i sessi, in particolare per i decessi dovuti a conflitti e terrorismo in alcune località. Si è verificata una forte riduzione dei tassi standardizzati per età dei giovani adulti per i disturbi neonatali.

Nonostante ciò, i disturbi neonatali sono rimasti la principale causa di YLL globali nel periodo studiato, fatta eccezione per il 2021, quando il COVID-19 è stato temporaneamente la causa principale. Rispetto al 1990, si è registrata una considerevole riduzione del totale di YLL in molte malattie prevenibili con vaccino, in particolare difterite, pertosse, tetano e morbillo.

Inoltre, questo studio ha quantificato l'età media al decesso per la mortalità per tutte le cause e per la mortalità per causa specifica, riscontrando notevoli variazioni in base al sesso e alla posizione geografica. L'età media globale alla morte per tutte le cause è aumentata da 46,8 anni (95% UI 46,6–47,0) nel 1990 a 63,4 anni (63,1–63,7) nel 2023.

Per gli uomini, l'età media è aumentata da 45,4 anni (45,1–45,7) a 61,2 anni (60,7–61,6), e per le donne è aumentata da 48,5 anni (48,1–48,8) a 65,9 anni (65,5–66,3), dal 1990 al 2023. L'età media alla morte per tutte le cause più alta nel 2023 è stata riscontrata nella super-regione ad alto reddito, dove l'età media per le donne ha raggiunto 80,9 anni (80,9–81,0) e per gli uomini 74,8 anni (74,8–74,9). In confronto, l'età media al decesso più bassa per tutte le cause si è verificata nell'Africa subsahariana, dove nel 2023 era di 38,0 anni (37,5–38,4) per le donne e di 35,6 anni (35,2–35,9) per gli uomini.

Infine, il nostro studio ha rilevato che il 70q0 per tutte le cause è diminuito in ogni super regione e regione del GBD dal 2000 al 2023, sebbene con un'ampia variabilità tra di esse. Per le donne, abbiamo riscontrato un aumento significativo del 70q0 dovuto a disturbi da uso di droghe e a conflitti e terrorismo.

Tra le principali cause che hanno aumentato il 70q0 per gli uomini figurano anche i disturbi da uso di droghe e il diabete.

Nell'Africa subsahariana, si è registrato un aumento del 70q0 per molte malattie non trasmissibili (MNT). Inoltre, l'età media al decesso per MNT era inferiore all'età media al decesso prevista per questa superregione. In confronto, si è registrato un aumento del 70q0 per i disturbi legati all'uso di droghe nella super-regione ad alto reddito, dove è stata osservata anche un'età media al decesso inferiore al valore atteso.

Interpretazione

Abbiamo esaminato i modelli di mortalità globale negli ultimi tre decenni, evidenziando, con metodi di stima avanzati, l'impatto di eventi importanti come la pandemia di COVID-19, oltre a tendenze più ampie come l'aumento delle malattie non trasmissibili nelle regioni a basso reddito, che riflettono i cambiamenti in corso nella transizione epidemiologica globale.

Questo studio approfondisce anche i modelli di mortalità prematura, esplorando l'interazione tra età e cause di morte e approfondendo la nostra comprensione di dove potrebbero essere impiegate risorse mirate per ridurre ulteriormente le fonti di mortalità prevenibili.

Forniamo approfondimenti essenziali sulle disparità sanitarie globali e regionali, identificando le aree che necessitano di interventi mirati per affrontare sia le malattie trasmissibili che quelle non trasmissibili.

Vi è una costante necessità di sistemi sanitari rafforzati e resilienti alle future pandemie e al mutevole carico di malattia, in particolare tra le popolazioni anziane nelle regioni con alti tassi di mortalità. Stime affidabili delle cause di morte sono sempre più essenziali per informare le priorità sanitarie e orientare gli sforzi verso il raggiungimento dell'equità sanitaria globale.

La necessità di una collaborazione globale per ridurre la mortalità prevenibile è più importante che mai, poiché il cambiamento del carico di malattie sta colpendo tutte le nazioni, seppur a ritmi e su scala diversi.

Finanziamento

Fondazione Gates.

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

Il Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study (GBD) è un'iniziativa di ricerca mondiale che fornisce valutazioni complete e tempestive di mortalità, morbidità e fattori di rischio, disaggregate a livelli granulari significativi per lo sviluppo di politiche.

Nell'ultima edizione, la pubblicazione del GBD 2021 sulle cause di morte ha segnato un importante progresso nella base di evidenze; lo studio ha delineato la mortalità per causa specifica per fornire approfondimenti sulle principali cause di morte che influenzano l'aspettativa di vita in diverse località.

Ha inoltre identificato diverse cause con tendenze di mortalità in evoluzione che hanno avuto importanti implicazioni per iniziative politiche mirate: cause che un tempo erano diffuse in tutto il mondo, ma che sono diventate sempre più localizzate e necessitano di strategie di riduzione personalizzate.

L'analisi delle cause di morte del GBD 2021 è stata anche la prima del suo genere a pubblicare stime mondiali dei decessi nei primi anni della pandemia di COVID-19, quantificandone l'effetto sull'aspettativa di vita e offrendo confronti con i decessi per altre cause.

Sebbene vengano pubblicate periodicamente stime di altri studi che valutano cause specifiche di morte in un sottoinsieme di popolazioni o in un arco di tempo più ristretto, il GBD rimane l'unico sforzo di ricerca a offrire stime di mortalità specifiche per causa con questo livello di dettaglio temporale e geografico e a produrre queste valutazioni in pubblicazioni sottoposte a revisione paritaria e conformi a GATHER.

Valore aggiunto di questo studio

Questo studio fornisce nuove e più solide prove sui modelli di mortalità in tutto il mondo, aggiornando ed estendendo l'analisi del GBD 2021 e rianalizzando l'intera serie temporale per sostituire tutte le precedenti pubblicazioni del GBD.

Forniamo stime di mortalità specifiche per 292 cause di morte in 204 paesi e territori e 660 località subnazionali, disaggregate per età e sesso, dal 1990 al 2023.

Queste stime includono 11.474 nuove fonti rispetto al GBD 2021.

Questo aggiornamento migliora le misurazioni della mortalità in diversi modi. In primo luogo, presentiamo la probabilità di morte prima dei 70 anni (70q0) per sesso e anno per consentire misurazioni della mortalità prematura per cause individuali.

Descriviamo le cause di morte che non seguono i miglioramenti globali nel 70q0 per evidenziare le località in cui si verificano disparità nella probabilità di morte prima dei 70 anni. In secondo luogo, calcoliamo l'età media al decesso assegnando l'età media di ciascuna fascia d'età per ogni decesso, quindi calcoliamo la media complessiva di tutti i decessi attribuiti a una determinata causa.

La nostra analisi dell'età media al decesso offre spunti sulla capacità di un Paese di gestire diversi carichi di malattia rispetto ai parametri di riferimento globali, indipendentemente dalla struttura della popolazione locale. Inoltre, il nostro studio esamina la correlazione tra l'età media al decesso e l'Indice Socio-Demografico (SDI) per valutare se i Paesi con un valore più alto dell'SDI presentino età medie al decesso più elevate per una determinata causa rispetto ai Paesi con un valore di SDI più basso, controllando al contempo l'effetto dell'SDI sulla struttura della popolazione.

Questo approccio aggiunge una nuova dimensione alla comprensione di come i fattori sociodemografici influenzino sia il rischio che la tempistica della mortalità.

Questo studio si basa anche sulle nostre stime del GBD 2021 per includere 2 anni aggiuntivi di analisi del COVID-19, fornendo un quadro più completo della mortalità da COVID-19 a livello mondiale. Infine, riportiamo stime per diverse cause di morte recentemente disaggregate, tra cui colite ulcerosa, morbo di Crohn, malattie della tiroide; altre malattie endocrine, metaboliche, del sangue e del sistema immunitario; ed elettrocuzione.

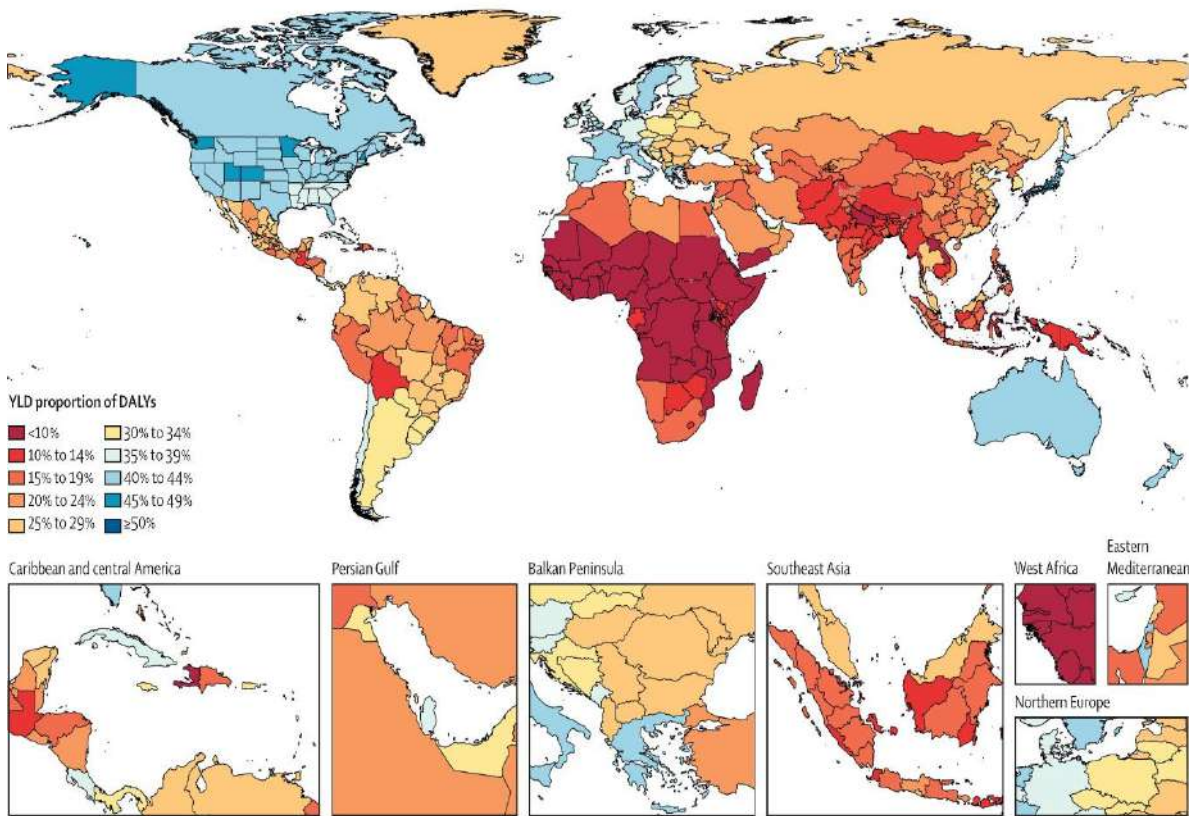
Implicazioni di tutte le prove disponibili

Il nostro studio offre un'analisi approfondita delle cause di morte negli ultimi 34 anni, includendo nuove scoperte sull'intera durata della pandemia di COVID-19.

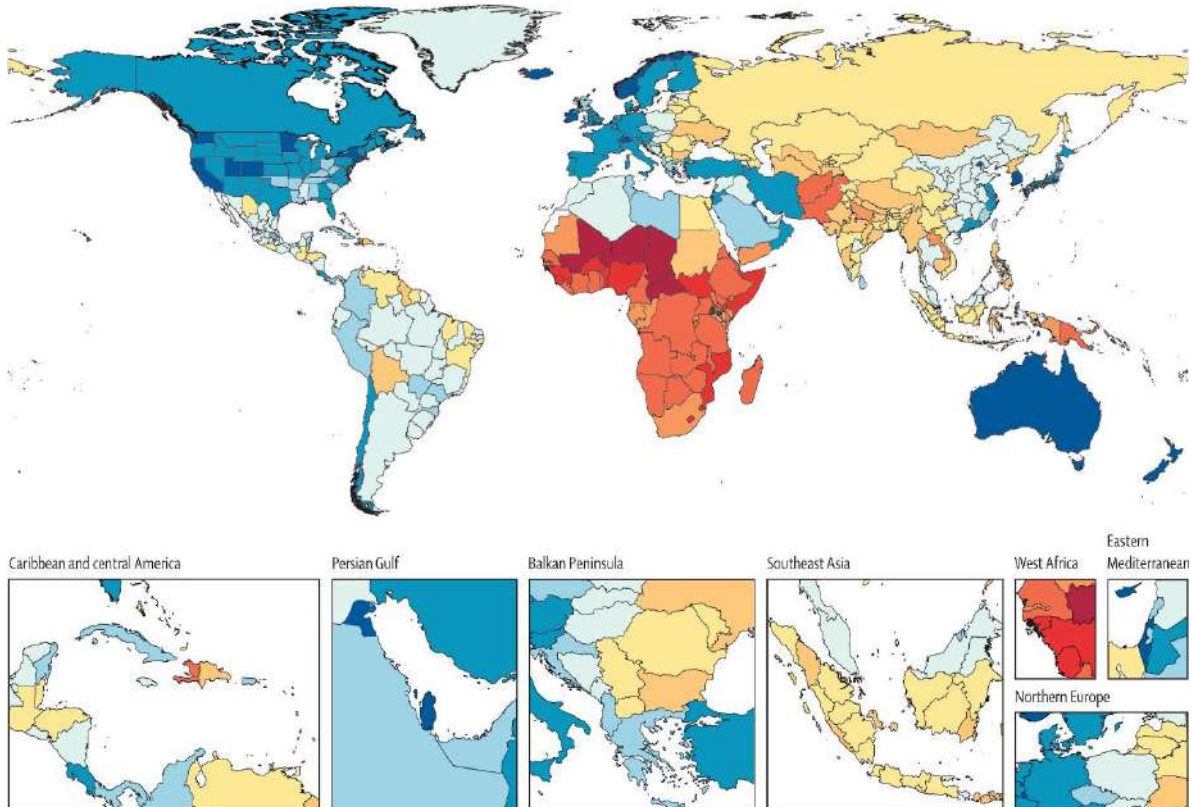
Evidenziamo le cause di morte che sono diminuite in alcune aree geografiche, il che potrebbe fornire spunti per il cambiamento e l'attuazione delle politiche. Identifichiamo inoltre le cause che persistono come principali fonti di mortalità in diverse popolazioni, indicando aree prioritarie per interventi futuri. Inoltre, il nostro studio ha indagato importanti modelli di mortalità in base all'età, stimando la probabilità di morire per una qualsiasi causa prima dei 70 anni, ampliando così la nostra comprensione della relazione tra età e causa di morte.

Il rapporto Global Health 2050 ha fissato l'obiettivo di ridurre la probabilità di morti premature del 50% entro il 2050. Miriamo a integrare e supportare questo obiettivo offrendo un'analisi approfondita del 70q0 in base a tempo, sesso e posizione geografica. Infine, la nostra analisi dell'età media di morte è una metrica preziosa per confrontare i livelli di mortalità osservati con i modelli previsti, aiutando a identificare le aree che stanno tenendo il passo con le tendenze di sviluppo e quelle che potrebbero essere in ritardo. I dati di questo studio possono essere utilizzati per esaminare modelli e tendenze epidemiologiche nel tempo e nei luoghi, e per valutare i progressi verso gli obiettivi di sviluppo globale.

A 1990



B 2019



Questi risultati possono anche orientare future iniziative politiche volte a promuovere la riduzione della mortalità per causa specifica e, in particolare, a raggiungere una migliore preparazione alle pandemie nel contesto di specifiche località. Nel complesso, gli aggiornamenti ciclici del GBD riflettono miglioramenti nella disponibilità dei dati e una metodologia avanzata che riducono i bias e migliorano la trasparenza, supportando lo sviluppo e l'attuazione di nuove politiche sanitarie basate sull'evidenza in tutto il mondo.

.....

Conclusione

Tenendo conto della crescita demografica e dei cambiamenti nella struttura per età, la salute continua a migliorare a livello globale. Il peso assoluto delle malattie e il relativo impatto sui sistemi sanitari, tuttavia, rimangono decisamente costanti.

Alcune malattie, come il diabete, stanno aumentando di importanza, e la stagnazione più generale dei DALY per tutte le cause in alcuni paesi con un elevato indice di sviluppo sostenibile (SDI) evidenzia che ulteriori miglioramenti non sono inevitabili.

È necessario un attento monitoraggio delle tendenze sanitarie e un'attenta valutazione politica delle opzioni per contrastare le tendenze negative. Le principali cause dei DALY, così come le soluzioni, differiscono sostanzialmente tra le fasce d'età, evidenziando la necessità di formulare politiche per le diverse fasi del corso della vita.

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30925-9/fulltext#fig1](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30925-9/fulltext#fig1)

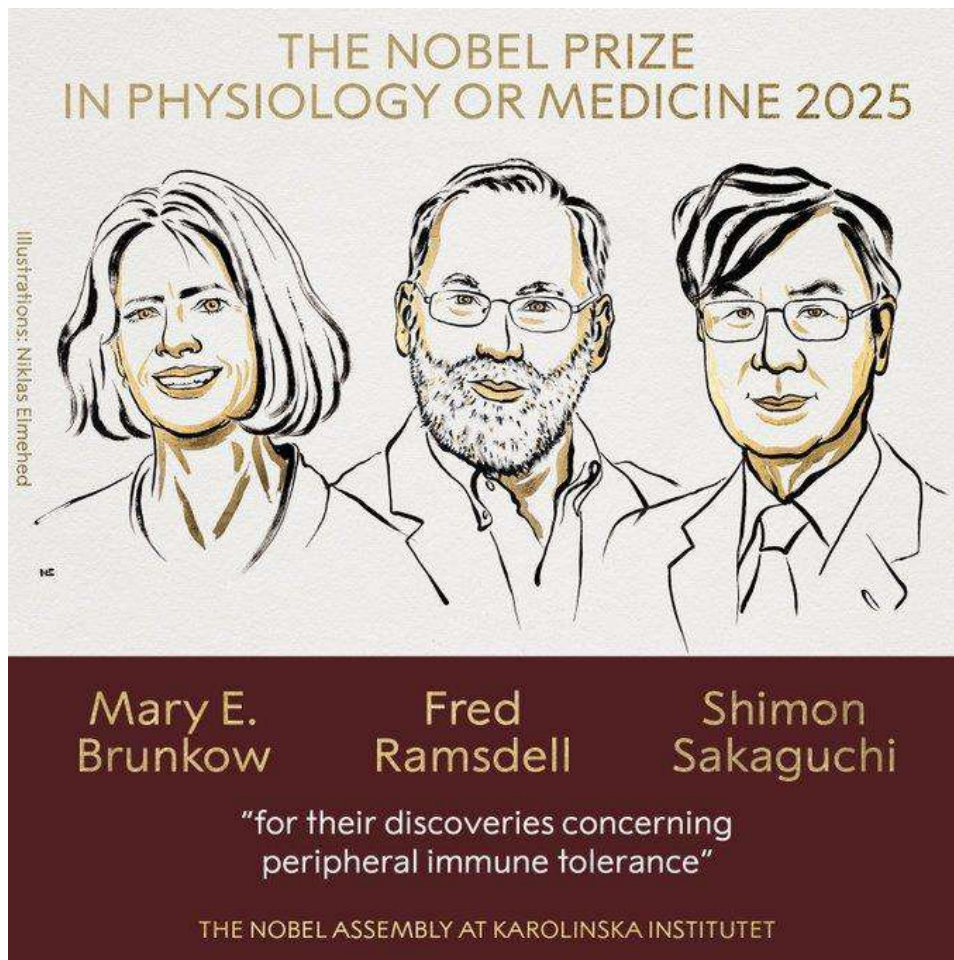


Nobel per la medicina a Mary E. Brunkow, Fred Ramsdell e Sakaguchi. Oggi è il giorno della Fisica

Il prestigioso riconoscimento 2025 è stato assegnato a Mary E. Brunkow, Fred Ramsdell e Shimon Sakaguchi per la scoperta del meccanismo con cui il sistema immunitario reagisce alle infezioni

Come fa il **sistema immunitario a stabilire cosa attaccare e cosa difendere**, visto che il nostro **sistema immunitario ci protegge da migliaia di microbi diversi** che cercano di invadere il nostro corpo? E' questo il focus intorno al quale ha girato la scoperta dei tre vincitori.

I microbi hanno tutti un aspetto diverso e molti hanno sviluppato somiglianze con le cellule umane come forma di mimetizzazione e Mary Brunkow, Fred Ramsdell e Shimon Sakaguchi hanno "**identificato le guardie di sicurezza del sistema immunitario, le cellule T regolatrici, che impediscono alle cellule immunitarie di attaccarci**", si legge sul sito del Nobel Prize. "**Le loro scoperte sono state decisive per comprendere il funzionamento del sistema immunitario e il motivo per cui non tutti sviluppiamo gravi malattie autoimmuni**", afferma Olle Kämpe, presidente del Comitato per il Nobel.



Chi sono i vincitori del Nobel per la Medicina 2025

Mary Brunkow e Fred Ramsdell sono americani, mentre **Shimon Sakaguchi** è giapponese.

Brunkow, classe 1961, lavora all'**Institute for Systems Biology** di Seattle.

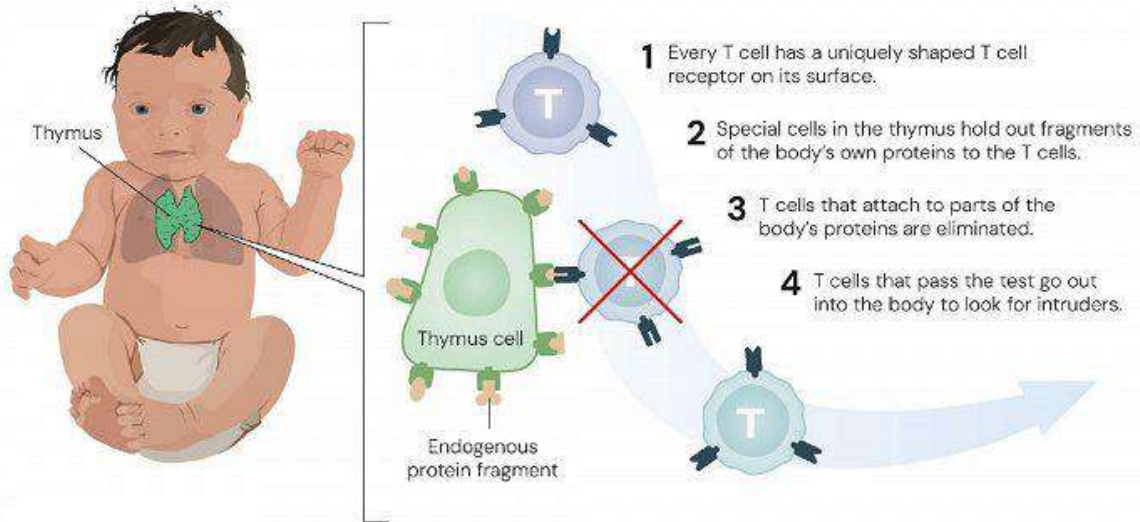
Ramsdell, immunologo, dall'inizio del 2016 è **direttore di ricerca presso il Parker Institute for Cancer Immunotherapy di San Francisco** e, insieme al suo team ha identificato la proteina Forkhead Box P3 (FOXP3) nei bambini affetti dalla sindrome IPEX, **una grave malattia autoimmune**, e determinato **il ruolo cruciale di tale proteina nello sviluppo delle cellule T regolatrici**.

Nel **2017**, **Ramsdell** ha ricevuto, insieme allo stesso **Shimon Sakaguchi** e **Alexander Rudensky**, il premio **Crafoord per la ricerca sulla poliartrite**, grazie alla sua "*scoperta di cellule T regolatrici che contrastano le risposte immunitarie dannose nell'artrite e in altre malattie autoimmuni*".

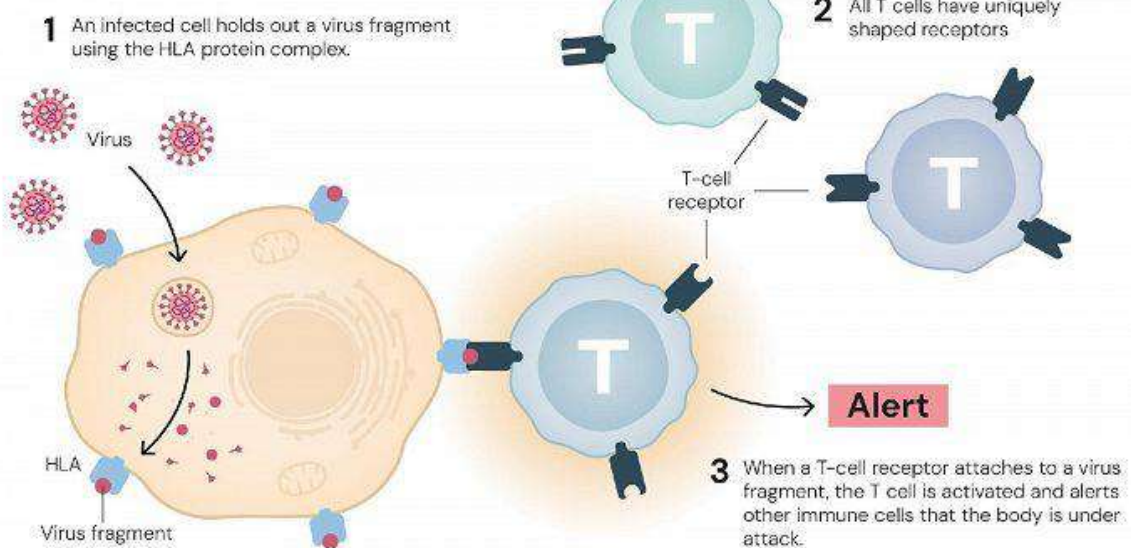
Sakaguchi, infine, è un **immunologo e professore emerito dell'Università di Osaka**. È conosciuto soprattutto per la scoperta delle **cellule T regolatrici insieme a Ramsdell e per aver descritto il loro ruolo nel sistema immunitario**. Questa scoperta viene utilizzata nel trattamento del cancro e delle malattie autoimmuni.

How harmful T cells are eliminated

T cells mature in the thymus. The ones that recognise the body's own proteins are sorted and removed. This process is called central tolerance.



How T cells discover a virus



The Nobel Prize in Physiology or Medicine 2025

The Nobel Assembly at Karolinska Institutet has decided to award the Nobel Prize in Physiology or Medicine 2025 to

Mary E. Brunkow

Institute for Systems Biology,
Seattle, USA

Fred Ramsdell

Sonoma Biotherapeutics,
San Francisco, USA

Shimon Sakaguchi

Osaka University,
Osaka, Japan

"for their discoveries concerning peripheral immune tolerance"

They discovered how the immune system is kept in check

The body's powerful immune system must be regulated, or it may attack our own organs. Mary E. Brunkow, Fred Ramsdell and Shimon Sakaguchi are awarded the Nobel Prize in Physiology or Medicine 2025 for their groundbreaking discoveries concerning *peripheral immune tolerance* that prevents the immune system from harming the body.

Every day, our immune system protects us from thousands of different microbes trying to invade our bodies. These all have different appearances, and many have developed similarities with human cells as a form of camouflage. So how does the immune system determine what it should attack and what it should defend?

Mary Brunkow, Fred Ramsdell and Shimon Sakaguchi are awarded the Nobel Prize in Physiology or Medicine 2025 for their fundamental discoveries relating to peripheral immune tolerance. The laureates identified the immune system's security guards, *regulatory T cells*, which prevent immune cells from attacking our own body.

"Their discoveries have been decisive for our understanding of how the immune system functions and why we do not all develop serious autoimmune diseases," says Olle Kämpe, chair of the Nobel Committee.

Shimon Sakaguchi was swimming against the tide in 1995, when he made the first key discovery. At the time, many researchers were convinced that immune tolerance only developed due to potentially harmful immune cells being eliminated in the thymus, through a process called *central tolerance*. Sakaguchi showed that the immune system is more complex and discovered a previously unknown class of immune

cells, which protect the body from autoimmune diseases.

Mary Brunkow and Fred Ramsdell made the other key discovery in 2001, when they presented the explanation for why a specific mouse strain was particularly vulnerable to autoimmune diseases. They had discovered that the mice have a mutation in a gene that they named *Foxp3*. They also showed that mutations in the human equivalent of this gene cause a serious autoimmune disease, IPEX.

Two years after this, Shimon Sakaguchi was able to link these discoveries. He proved that the *Foxp3* gene governs the development of the cells he identified in 1995. These cells, now known as regulatory T cells, monitor other immune cells and ensure that our immune system tolerates our own tissues.

The laureates' discoveries launched the field of peripheral tolerance, spurring the development of medical treatments for cancer and autoimmune diseases. This may also lead to more successful transplantations. Several of these treatments are now undergoing clinical trials.

Mary E. Brunkow, born 1961, Ph.D. from Princeton University, Princeton, USA. Senior Program Manager at the Institute for Systems Biology, Seattle, USA.

Fred Ramsdell, born 1960, Ph.D. 1987 from the University of California, Los Angeles, USA. Scientific Advisor, Sonoma Biotherapeutics, San Francisco, USA.

Shimon Sakaguchi, born 1951, M.D. 1975 and Ph.D. 1983 from Kyoto University, Japan. Distinguished Professor at the Immunology Frontier Research Center, Osaka University, Japan.

Prize amount: 11 million Swedish kronor, to be shared equally between the laureates.

Press contact: Pernilla Witt, +46 8 524 86 107, pernilawitt@nobelprizemedicine.org or Thomas Perlmann, thomas.perlmann@nobelprizemedicine.org, Secretary-General, The Nobel Assembly at Karolinska Institutet.

La “morte” del welfare in sanità

Lucio Mango, *Docente di Management Sanitario – Università UNINT, Roma*

Gentile Direttore,

leggo sul vostro giornale l'articolo “Sanità integrativa Zaffini (Fdl): “In arrivo una riforma con sistema misto e copertura Long Term Care”, del 30 settembre U.S. nel quale testualmente si riporta: “...tutela delle fasce più fragili della popolazione attraverso un modello sostenibile, costruito su base mutualistica e previdenziale”.

Si ricorda per la cronaca che Franco Zaffini è il presidente della Commissione Affari Sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale del Senato, un elemento della maggioranza; quindi chi governa questo Paese per migliorarlo e ammodernarlo. Beh, un bel salto indietro! C'erano voluti trent'anni per partorire una normativa che si avvicinasse al raggiungimento del dettato dell'Art. 32 della Costituzione, con la Legge 23 dicembre 1978 n. 833 che istituisce nel nostro Paese il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Una legge che creava un SSN che di lì a poco sarebbe diventato il migliore del mondo in quanto a servizi offerti alla copertura globale delle persone assistite! Cito dal mio libro (L. Mango “Le aziende sanitarie e la Clinical Governance” – Ed. EMSI, Roma 2021) “È la legge che permette il definitivo superamento del sistema di assistenza sanitaria su base assicurativa obbligatoria (sistema mutualistico)...”.

Erano infatti ben note le manchevolezze e le ingiustizie di tale sistema. Cito ancora “...era evidente una diversità di trattamento previsto tra i vari enti mutualistici per i propri assistiti e coesisteva una forte complessità dei rapporti amministrativi e finanziari tra enti mutualistici ed operatori sanitari”

In quel momento di felici intuizioni in campo di politica sanitaria si era raggiunto il traguardo di un vero ed efficiente Sistema Sanitario Nazionale “...eliminando così il sistema mutualistico a favore di un sistema di sicurezza sociale caratterizzato dalla universalità dell'assistenza per tutta la popolazione, attuato non più dai soppressi enti mutualistici, ma mediante il SSN e finanziato attraverso la fiscalità generale.”.

Tralascio, anche per non andare fuori tema rispetto all'argomento sanità, che questo governo millantava una riduzione delle imposizioni fiscali, creando di fatto l'esatto contrario, cioè un aumento generalizzato delle tasse. Ebbene che succede? Nella manifesta incapacità di rendere il SSN ancora più efficiente e ancora più pubblico, questo governo ammette che: “...il nostro sistema pubblico della sanità così come è non regge”.

Visto che negli ultimi anni il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha dovuto affrontare sfide crescenti, tra cui la riduzione delle risorse, le lunghe liste d'attesa e l'aumento delle patologie croniche, ci si attacca alla sanità integrativa per garantire un accesso equo e sostenibile alle cure. Ecco infine svelato il vero obiettivo di questa maggioranza di governo: “L'integrazione tra pubblico e privato è fondamentale per rafforzare il sistema sanitario territoriale e rispondere in maniera efficace alla crescente emergenza delle malattie croniche” (<https://www.tplsalute.it/>) dice il Sen Zaffini.

Con buona pace della Costituzione, della legge 833, del fatto che la spesa sanitaria delle famiglie italiane abbia superato i 40 miliardi di euro nel 2023, registrando un incremento del 26,8% tra il 2012 e il 2022, questo governo chiede ancora altri soldi ai cittadini, un altro balzello ai soliti noti, dipendenti e pensionati, mentre chi evade, non paga le tasse, ma usufruisce ugualmente del SSN al quale non ha contribuito! Anche la sanità integrativa cade sotto questa mannaia del privato: “...durante il periodo lavorativo il cittadino sarà chiamato ad accantonare una piccola quota destinata a coprire i bisogni sanitari della fase della vita in cui sarà in pensione...si tratta quindi di una proposta che mira a rafforzare l'integrazione tra pubblico e privato”.

E chissà cos'altro ancora...

https://www.quotidianosanità.it/stampa_articolo.php?articolo_id=132393

Il Nobel Parisi: “A cosa serve la scienza? Un’arma indispensabile per capire il mondo”

[Sandro Iannaccone](#)

Il Nobel Parisi, il professor Zerial (a sinistra) e Gabriele Beccaria al Festival di Salute

Davanti a un’opinione pubblica più divisa e polarizzata che mai, domandarsi a cosa serva davvero la ricerca diventa una priorità. Ne hanno parlato il premio Nobel Giorgio Parisi e il direttore di Human Technopole Marino Zerial ospiti del Festival di Salute, a Padova

Quante risposte riuscite a immaginare alla domanda: “A cosa serve la scienza?”. A questo interrogativo fondamentale, in parte provocazione ma in parte necessità, hanno cercato di dare un senso due figure di spicco del panorama scientifico italiano come Giorgio Parisi, Nobel per la Fisica, e Marino Zerial, direttore scientifico di Human Technopole, in un intenso dialogo al Festival di Salute 2025 a Padova.

La prima e più schietta risposta è proprio quella arrivata da Parisi: “La scienza – e in particolare il metodo scientifico – è l’approccio migliore per capire cosa succede nel mondo reale. Al cuore questo metodo, ha ribadito Parisi, sta il concetto di consenso scientifico, un processo dinamico e collettivo in cui ogni nuova pubblicazione viene vagliata, analizzata e criticata da decine, a volte centinaia, di altri scienziati. Un sistema robusto, che non può essere “comprato” facilmente”.

Dello stesso parere Marino Zerial, che ha descritto la scienza come “pratica fondamentale per aprirci delle finestre sul mondo che altrimenti rimarrebbero chiuse”. Di più: il metodo scientifico, secondo il direttore di Human Technopole, non dovrebbe essere appannaggio esclusivo degli addetti ai lavori, ma una competenza civica essenziale “per insegnarci a pensare, essere critici, analizzare, non accettare fideisticamente tutto quello che ci viene detto”.

Il suo è un invito al dubbio sistematico, perfino verso le proprie convinzioni: “Come prassi”, ha spiegato Zerial, “ciascuno di noi dovrebbe anzitutto cercare di provare di essere nel torto. Quello è il punto di partenza più ‘scientifico’”. È questo il rigore metodologico che Zerial e colleghi dello Human Technopole stanno cercando di tradurre in pratica.

La missione dell’istituto è infatti fare ricerca avanzata nel campo della salute umana, con l’obiettivo di sviluppare nuove strategie di prevenzione, diagnosi e terapia. Attraverso piattaforme tecnologiche all’avanguardia, Human Technopole non solo attrae i migliori ricercatori da oltre 40 nazioni, ma offre anche le sue infrastrutture ai ricercatori di tutta Italia, garantendo che le risorse pubbliche vengano impiegate per il bene comune.

Tra i numerosi progetti, Zerial ha citato quelli sulle malattie cardiovascolari, sul cancro e sulle patologie del sistema nervoso, studiati a livello “multiscala”, dalla singola mutazione molecolare fino alla manifestazione clinica della malattia.

I ricercatori e la politica

Un altro tema cruciale emerso dal dibattito è stato il complesso rapporto tra scienza, politica e società. Parisi ha evidenziato le profonde differenze tra l’Italia e altri Paesi, come gli Stati Uniti, dove la National Academy of Sciences mantiene un dialogo costante e influente con il Congresso, mentre in Italia, nonostante i tentativi dell’Accademia dei Lincei, questo legame stenta a decollare. E Zerial ha definito la comunicazione “la sfida delle sfide”, portando l’esempio virtuoso della Germania, dove il governo promuove attivamente eventi per raccontare ai contribuenti come vengono impiegati i loro soldi nella ricerca pubblica. Anche in questo si sta impegnando Human Technopole, sviluppando programmi educativi per le scuole e il grande pubblico in cui raccontare le meraviglie della ricerca e i suoi benefici concreti, dalla cura delle malattie all’allungamento della vita.

La ricerca che produce ricchezza

Per concludere, dal palco del Festival di Salute è stato lanciato un appello degli esperti a riconoscere il legame indissolubile tra scienza e sviluppo, e a vedere la ricerca come un obiettivo strategico fondamentale in grado di produrre un ritorno in termini di nuovi brevetti, nuovi prodotti, nuovi servizi, “restituendo” così gli

investimenti alla collettività. Perché la scienza può essere un buon investimento anche da un punto di vista economico.

https://www.repubblica.it/salute/dossier/festival-salute-2025/2025/10/11/news/il_nobel_parisi_la_scienza_indispensabile_per_capire_mondo-424906442/?ref=RHLF-BG-P12-S1-T1-i145t6



La previdenza sociale e il Medicare "scompariranno", avverte Donald Trump

Hollie Silverman

Martedì il presidente Donald Trump ha avvertito che se i democratici non approveranno i finanziamenti, il futuro della previdenza sociale e di Medicare sarà in pericolo.

Trump ha dichiarato in una conferenza stampa che quando ha chiesto ai democratici un feedback sui progetti di legge sui finanziamenti, uno di loro ha risposto: "Significa la morte".

"Non c'è niente che riguardi la morte", ha detto Trump. "La loro è morte perché perderanno Medicaid, perderanno la previdenza sociale, perderanno Medicare, tutte queste cose spariranno perché l'intero Paese andrebbe in bancarotta e non ci sarebbe più alcun tipo di assicurazione sanitaria".

Nel 2025, questi limiti e le relative riduzioni rifletteranno gli adeguamenti al costo della vita, come stabilito dalla SSA. Le riduzioni delle prestazioni si applicano solo prima del raggiungimento dell'età pensionabile completa, dopodiché non ci sono limiti di guadagno.

Perché è importante

Un punto di contesa che ha portato alla chiusura del governo è il rifiuto dei democratici di accettare un disegno di legge sui finanziamenti che taglierebbe le disposizioni in materia di assistenza sanitaria, che molti repubblicani sostengono finanzino l'assistenza medica per gli immigrati clandestini.

[La previdenza sociale](#) e Medicare rappresentano un supporto vitale per decine di milioni di americani, in particolare pensionati, anziani e persone con disabilità. Alla fine del 2024, [la previdenza sociale](#) forniva prestazioni mensili a circa 53 milioni di americani, pari a quasi il 16% della popolazione statunitense. Medicare e Medicaid sostengono allo stesso modo la disponibilità di un'assicurazione sanitaria per anziani, persone a basso reddito e molti gruppi vulnerabili.

Qualsiasi potenziale riduzione o modifica amministrativa di questi programmi avrebbe implicazioni di vasta portata per milioni di persone che dipendono da essi per il reddito di base o per le necessità sanitarie.

Secondo il Congressional Research Service, negli ultimi 30 anni i deficit nei finanziamenti federali sono diventati più frequenti, aggiungendo che i problemi sono spesso innescati da scontri sulla politica di bilancio e sulle richieste di spesa dei partiti.

Donald Trump lancia un avvertimento sulla previdenza sociale e Medicare: cosa sappiamo

Trump ha avvertito in conferenza stampa che se non si raggiungerà un accordo con i Democratici, programmi come la Previdenza Sociale, Medicaid e Medicare saranno a rischio. Attualmente non ci sono modifiche alla Previdenza Sociale, a Medicare o a Medicaid, mentre prosegue lo shutdown governativo, che ha appena raggiunto la terza settimana.

Il presidente ha aggiunto, riferendosi ai Democratici: "Non ci lasceremo estorcere nulla su questa assurdità. Non l'hanno mai fatto prima. Nessuno l'ha mai fatto. Si vota sempre per una proroga".

La portavoce della Casa Bianca Abigail Jackson ha dichiarato a *Newsweek* martedì: "I Democratici hanno scelto di chiudere il governo perché vogliono garantire l'assistenza sanitaria gratuita agli immigrati clandestini.

Possono scegliere di riaprire il governo in qualsiasi momento, sostenendo la riforma sanitaria bipartisan per la quale hanno votato solo sei mesi fa. L'amministrazione Trump sta lavorando giorno e notte per mitigare il dolore che i Democratici stanno causando".

È possibile lavorare e percepire la previdenza sociale?

Gli americani possono lavorare e percepire contemporaneamente i benefici pensionistici della previdenza sociale. Tuttavia, se un individuo non ha raggiunto l'età pensionabile completa, i suoi benefici potrebbero essere temporaneamente ridotti se guadagna più del limite di guadagno annuo stabilito dalla Social Security Administration.

Nel 2025, questi limiti e le relative riduzioni rifletteranno gli adeguamenti al costo della vita, come stabilito dalla SSA. Le riduzioni delle prestazioni si applicano solo prima del raggiungimento dell'età pensionabile completa, dopodiché non ci sono limiti di guadagno.

Non ci sono tasse sulla previdenza sociale?

[Il reddito della previdenza sociale](#) può essere soggetto all'imposta federale sul reddito, a seconda del reddito totale e dello stato di dichiarazione dei redditi di un individuo.

Se il reddito complessivo di un beneficiario, definito come reddito lordo rettificato più interessi non imponibili e metà delle prestazioni della previdenza sociale, supera le soglie stabilite annualmente, fino all'85 per cento delle prestazioni può essere imponibile.

L'Internal Revenue Service pubblica annualmente tabelle aggiornate.

Qual è il tetto massimo della previdenza sociale per il 2025?

Il limite massimo di base salariale della Previdenza Sociale determina l'importo massimo di reddito soggetto all'imposta sui salari della Previdenza Sociale ogni anno. Per il 2025, il limite massimo di base salariale pubblicato dalla Social Security Administration è di \$ 176.100.

I guadagni superiori al limite stabilito non sono soggetti all'imposta sulla previdenza sociale, sebbene tutti i guadagni coperti rimangano soggetti all'imposta Medicare.

Cosa dice la gente

Lo stratega democratico Doug Gordon ha dichiarato a *Newsweek*: "Nessuno 'vince' mai uno shutdown. Ma è certamente una brutta figura per i repubblicani che il Presidente Johnson abbia la Camera dei Rappresentanti in una vacanza di un mese finanziata dai contribuenti, mentre gli americani stanno per essere colpiti dal più grande aumento dei costi sanitari in oltre un decennio".

Lo stratega del Partito Repubblicano, Matt Klink, ha dichiarato martedì a *Newsweek* in merito alla chiusura del governo: "Questa è una battaglia che il Partito Repubblicano si sente a suo agio. I Democratici hanno esagerato cercando di far passare un importante cambiamento politico nonostante la scadenza per i finanziamenti".

Cosa succede dopo

Non è chiaro se e quando Democratici e Repubblicani raggiungeranno un compromesso e porranno fine alla chiusura del governo.

https://www.msn.com/en-us/news/other/social-security-medicare-are-going-to-be-gone-donald-trump-warns/ar-AA1OUOI0?ocid=nl_article_link

Nascite. Continua il calo in Italia: 369.944 nel 2024, il 2,6% in meno del 2023 (e il primo semestre 2025 segna già il -6,3%). I dati Istat

Il numero medio di figli per donna raggiunge il minimo storico: 1,18 nel 2024 (1,20 nel 2023). Diminuiscono sia i primi figli che i figli di ordine successivo al primo. La diminuzione dei figli (primi o successivi) riguarda tutte le aree del Paese, ma soprattutto il Sud. Stabile il numero dei nati da genitori in cui almeno uno dei partner è straniero (80.942 nel 2023 e 80.761). I nati da genitori entrambi stranieri sono stati 50.593 nel 2024 e 51.447 nel 2023.

21 OTT - Nascite in calo e fecondità ai minimi storici in Italia. Lo dicono i dati Istat pubblicati oggi. Nel 2024 sono state 369.944 le nascite, in calo del 2,6% sull'anno precedente (una contrazione di quasi 10mila unità). E i dati provvisori del 2025 non fanno ben sperare: da gennaio a luglio le nascite sono infatti state circa 13mila in meno rispetto allo stesso periodo del 2024 (-6,3%). Il numero medio di figli per donna raggiunge il minimo storico: nel 2024 si attesta a 1,18, in flessione sul 2023 (1,20). La stima provvisoria relativa ai primi 7 mesi del 2025 evidenzia una fecondità pari a 1,13.

La variazione relativa rispetto alle nascite nel 2024 sull'anno precedente (-2,6%) è in linea con la variazione percentuale media annua registrata dal 2008 al 2023 (-2,7%). Il tasso di natalità nel 2024 è pari a 6,3 per mille residenti (era 9,7 per mille nel 2008).

L'andamento decrescente delle nascite prosegue senza soste dal 2008, anno nel quale si è registrato il numero massimo di nati vivi degli anni Duemila (oltre 576mila). Da allora la perdita complessiva è stata di quasi 207mila nascite (-35,8%).

Il calo delle nascite, oltre a dipendere dalla bassa propensione ad avere figli (1,18 figli in media per donna nel 2024), è causato dalla riduzione nel numero dei potenziali genitori, appartenenti alle sempre più esigue generazioni nate a partire dalla metà degli anni Settanta, quando la fecondità cominciò a diminuire, scendendo da oltre 2 figli in media per donna al valore di 1,19 del 1995.

Nel 2024 continuano a diminuire sia i primi figli sia i figli di ordine successivo al primo. I primogeniti sono pari a 181.487 unità, in calo del 2,7% rispetto al 2023. I secondi figli (133.869) diminuiscono del 2,9% mentre quelli di ordine successivo dell'1,5%. La diminuzione dei primi figli riguarda tutte le aree del Paese, con una riduzione minore nel Centro-Nord (-1,8% per il Nord, -2,0% per Centro) e un calo più intenso nel Mezzogiorno (-4,3%). Anche la diminuzione dei figli di ordine successivo al primo interessa in misura maggiore il Mezzogiorno: -4,3% contro -1,7 del Centro e -1,4% del Nord (-2,5% la media Italia).

“Persistono, quindi - commenta l'Istat -, le difficoltà tanto ad avere il primo figlio quanto a passare dal primo al secondo. I fattori che contribuiscono alla contrazione della natalità sono molteplici: l'allungarsi dei tempi di formazione, le condizioni di precarietà del lavoro giovanile e la difficoltà di accedere al mercato delle abitazioni, che tendono a posticipare l'uscita dal nucleo familiare di origine, a cui si può affiancare la scelta di rinunciare alla genitorialità o di posticiparla”.

La diminuzione dei nati, spiega ancora l'Istat, è quasi completamente attribuibile al calo delle nascite da coppie di genitori entrambi italiani, che costituiscono oltre i tre quarti delle nascite totali (78,2%). Infatti, a fronte di un calo complessivo delle nascite di 9.946 unità, i nati da genitori italiani, pari a 289.183 nel 2024, sono diminuiti di 9.765 unità rispetto al 2023 (-3,3%). Le nascite da coppie in cui almeno uno dei genitori è straniero sono invece 80.761 (21,8%), sostanzialmente stabili rispetto al 2023, quando sono state 80.942 (-0,2%). Tra queste, la diminuzione registrata sui nati da genitori entrambi stranieri, pari al -1,7%, viene compensata dall'aumento dei nati in coppia mista (+2,3%).

La discesa delle nascite prosegue nel 2025

La denatalità prosegue nel 2025: secondo i dati provvisori riferiti al periodo gennaio-luglio, le nascite sono pari a 197.956, in diminuzione di circa 13mila unità (-6,3%) rispetto allo stesso periodo del 2024 (211.250 nati) (Prospetto 1). Il tasso di natalità, che nello stesso periodo del 2024 si attestava al 3,6 per mille, nel 2025 è pari al 3,4 per mille.

Dal 2008, ovvero dall'inizio del progressivo calo della natalità, una diminuzione della stessa entità, nei primi sette mesi dell'anno, si è già verificata nel 2013 (con 13mila nati in meno sul 2012, per una variazione del -4,3%), nel 2016 (-17mila nati e -6,2% sull'anno precedente) e nel 2019 (-13mila nati sul 2018 e un calo percentuale del 5,1%).

A livello sub-nazionale, secondo i dati provvisori riferiti al periodo gennaio-luglio 2025, le ripartizioni nelle quali si osserva la diminuzione maggiore rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, sono il Centro (-7,8%) e il Mezzogiorno (-7,2%); segue il Nord (-5,0%).

Le regioni che hanno registrato il calo più intenso sono l'Abruzzo (-10,2%) e la Sardegna (-10,1%). In entrambe, nello stesso periodo dell'anno, la diminuzione del 2024 sul 2023 era stata decisamente meno intensa (rispettivamente, -1,0% e -0,1%). Tra le altre regioni che presentano una diminuzione del numero delle nascite, si rilevano l'Umbria (-9,6%), il Lazio (-9,4%) e la Calabria (-8,4%). Le diminuzioni meno intense si sono osservate in Basilicata (-0,9%), nelle Marche e in Lombardia (rispettivamente -1,6% e -3,9%).

Le sole regioni a registrare un aumento sono, secondo i dati provvisori, la Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste (+5,5%) e le Province autonome di Bolzano/Bozen (+1,9%) e di Trento (+0,6%). Nel 2024, nei primi sette mesi dell'anno, le stesse regioni avevano invece registrato un decremento delle nascite rispetto al 2023 (-7,5% la Valle d'Aosta/ Vallée d'Aoste, -3,7% la Provincia autonoma di Bolzano/Bozen e -1,6% quella di Trento).

Stabile la natalità delle coppie con almeno un partner straniero

Nel 2024 il numero dei nati da genitori in cui almeno uno dei partner è straniero resta sostanzialmente stazionario rispetto all'anno precedente. Queste nascite, che costituiscono il 21,8% del totale, sono infatti passate da 80.942 nel 2023 a 80.761. Dal 2012, ultimo anno in cui si è osservato un aumento sull'anno precedente, il calo è stato di oltre 27mila unità.

I nati da coppie miste (padre italiano e madre straniera oppure padre straniero e madre italiana) rappresentano l'8,1% del totale dei nati e registrano un lieve aumento sul 2023 (+2,3%), attestandosi a 30.168 unità (contro 29.495 dell'anno precedente). In particolare, l'aumento è dell'1,3% per i nati da coppie miste in cui è la madre a essere straniera e del 4,5% per i nati da padre straniero e madre italiana. I nati da genitori entrambi stranieri, che costituiscono il 13,7% del totale dei nati, sono nel 2024 pari a 50.593 (erano 51.447 nel 2023). Nell'ultimo anno registrano un calo dell'1,7%, significativo ma inferiore a quello riscontrato tra i nati da coppie italiane (-3,3%).

La quota di nati da coppie in cui almeno un genitore è straniero è più elevata nel Centro-Nord, dove la presenza straniera è più stabile e radicata. Nel Nord la percentuale di nati da almeno un genitore straniero sul totale è pari nel 2024 al 30,6%, nel Centro è pari al 24%, quindi al di sopra del valore nazionale (21,8%). Nel Mezzogiorno l'incidenza è invece molto più bassa, pari al 9,3%.

Restrungendo l'analisi ai soli nati da genitori entrambi stranieri, la geografia rimane analoga. Le quote dei nati stranieri, nel 2024, sono pari al 19,1% nel Nord e al 15,3% nel Centro. Nel Mezzogiorno, la quota è pari al 5,7%, molto distante dal valore nazionale pari al 13,7%.

L'Emilia-Romagna si conferma tra le regioni con la più alta incidenza di nati stranieri rispetto al totale (21,9%), seguita dalla Liguria (21,3%). Tra le altre regioni del Nord quasi un nato su cinque è straniero: in Lombardia il 19,3%, seguono il Friuli-Venezia Giulia (18,5%), il Veneto (18,4%) e il Piemonte (17,9%). Al Centro spicca la Toscana (17,5%), mentre nel Mezzogiorno la percentuale è decisamente più contenuta, con un minimo in Sardegna del 4,1% e un massimo in Abruzzo del 10,1%.

Per il complesso dei nati con almeno un genitore straniero, al primo posto ci sono i nati da coppie in cui almeno uno dei genitori è rumeno (10.532 nati nel 2024), seguono quelli con almeno un genitore marocchino (9.448) e albanese (9.115) (Figura 1). In riferimento a queste tre cittadinanze, mediamente, circa il 60% dei genitori sono entrambi stranieri, il 40% sono in coppia mista. In particolare, esaminando le singole cittadinanze, la quota più elevata di nati da genitori entrambi stranieri sul totale dei nati con almeno un genitore straniero, si osserva per la cittadinanza nigeriana (91,1% dei casi). Con riferimento alla quota di nati in coppia mista, la percentuale più alta si registra per la cittadinanza ucraina (52,9%, di cui il 48,0% composta da madre ucraina e padre italiano). Per quanto riguarda le coppie miste in cui il padre è straniero, la percentuale risulta più elevata per la cittadinanza tunisina (17,1%).

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=132786

Natalità e fecondità della popolazione residente - Anno 2024

Nascite in calo e fecondità ai minimi storici. Continua la diminuzione delle nascite: nel 2024 sono state 369.944, in calo del 2,6% sull'anno precedente (una contrazione di quasi 10mila unità).

Nel 2025 in base ai dati provvisori relativi a gennaio-luglio le nascite sono circa 13mila in meno rispetto allo stesso periodo del 2024 (-6,3%). Il numero medio di figli per donna raggiunge il minimo storico: nel 2024 si attestava 1,18, in flessione sul 2023 (1,20). La stima provvisoria relativa ai primi 7 mesi del 2025 evidenzia una fecondità pari a 1,13.

Meno di 370mila nascite nel 2024

Nel 2024 i nati residenti in Italia sono 369.944, quasi 10mila in meno rispetto al 2023. La variazione relativa sull'anno precedente (-2,6%) è in linea con la variazione percentuale media annua registrata dal 2008 al 2023 (-2,7%). Il tasso di natalità nel 2024 è pari a 6,3 per mille residenti (era 9,7 per mille nel 2008).

L'andamento decrescente delle nascite prosegue senza soste dal 2008, anno nel quale si è registrato il numero massimo di nati vivi degli anni Duemila (oltre 576mila). Da allora la perdita complessiva è stata di quasi 207mila nascite (-35,8%).

Il calo delle nascite, oltre a dipendere dalla bassa propensione ad avere figli (1,18 figli in media per donna nel 2024), è causato dalla riduzione nel numero dei potenziali genitori, appartenenti alle sempre più esigue generazioni nate a partire dalla metà degli anni Settanta, quando la fecondità cominciò a diminuire, scendendo da oltre 2 figli in media per donna al valore di 1,19 del 1995.

Nel 2024 continuano a diminuire sia i primi figli sia i figli di ordine successivo al primo. I primogeniti sono pari a 181.487 unità, in calo del 2,7% rispetto al 2023. I secondi figli (133.869) diminuiscono del 2,9% mentre quelli di ordine successivo dell'1,5%. La diminuzione dei primi figli riguarda tutte le aree del Paese, con una riduzione minore nel Centro-Nord (-1,8% per il Nord, -2,0% per Centro) e un calo più intenso nel Mezzogiorno (-4,3%). Anche la diminuzione dei figli di ordine successivo al primo interessa in misura maggiore il Mezzogiorno: -4,3% contro -1,7 del Centro e -1,4% del Nord (-2,5% la media Italia).

Persistono, quindi, le difficoltà tanto ad avere il primo figlio quanto a passare dal primo al secondo. I fattori che contribuiscono alla contrazione della natalità sono molteplici: l'allungarsi dei tempi di formazione, le condizioni di precarietà del lavoro giovanile e la difficoltà di accedere al mercato delle abitazioni, che tendono a posticipare l'uscita dal nucleo familiare di origine, a cui si può affiancare la scelta di rinunciare alla genitorialità o di posticiparla.

La diminuzione dei nati è quasi completamente attribuibile al calo delle nascite da coppie di genitori entrambi italiani, che costituiscono oltre i tre quarti delle nascite totali (78,2%). Infatti, a fronte di un calo complessivo delle nascite di 9.946 unità, i nati da genitori italiani, pari a 289.183 nel 2024, sono diminuiti di 9.765 unità rispetto al 2023 (-3,3%). Le nascite da coppie in cui almeno uno dei genitori è straniero sono invece 80.761 (21,8%), sostanzialmente stabili rispetto al 2023, quando sono state 80.942 (-0,2%). Tra queste, la diminuzione registrata sui nati da genitori entrambi stranieri, pari al -1,7%, viene compensata dall'aumento dei nati in coppia mista (+2,3%).

La discesa delle nascite prosegue nel 2025

La denatalità prosegue nel 2025: secondo i dati provvisori riferiti al periodo gennaio-luglio, le nascite sono pari a 197.956, in diminuzione di circa 13mila unità (-6,3%) rispetto allo stesso periodo del 2024 (211.250 nati) (Prospetto 1). Il tasso di natalità, che nello stesso periodo del 2024 si attestava al 3,6 per mille, nel 2025 è pari al 3,4 per mille.

Dal 2008, ovvero dall'inizio del progressivo calo della natalità, una diminuzione della stessa entità, nei primi sette mesi dell'anno, si è già verificata nel 2013 (con 13mila nati in meno sul 2012, per una variazione del -4,3%), nel 2016 (-17mila nati e -6,2% sull'anno precedente) e nel 2019 (-13mila nati sul 2018 e un calo percentuale del 5,1%).

A livello sub-nazionale, secondo i dati provvisori riferiti al periodo gennaio-luglio 2025, le ripartizioni nelle quali si osserva la diminuzione maggiore rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, sono il Centro (-7,8%) e il Mezzogiorno (-7,2%); segue il Nord (-5,0%).

Le regioni che hanno registrato il calo più intenso sono l'Abruzzo (-10,2%) e la Sardegna (-10,1%). In entrambe, nello stesso periodo dell'anno, la diminuzione del 2024 sul 2023 era stata decisamente meno intensa (rispettivamente, -1,0% e -0,1%). Tra le altre regioni che presentano una diminuzione del numero delle nascite, si rilevano l'Umbria (-9,6%), il Lazio (-9,4%) e la Calabria (-8,4%). Le diminuzioni meno intense si sono osservate in Basilicata (-0,9%), nelle Marche e in Lombardia (rispettivamente -1,6% e -3,9%).

Le sole regioni a registrare un aumento sono, secondo i dati provvisori, la Valle d'Aosta/*Vallée d'Aoste* (+5,5%) e le Province autonome di Bolzano/*Bozen* (+1,9%) e di Trento (+0,6%). Nel 2024, nei primi sette mesi dell'anno, le stesse regioni avevano invece registrato un decremento delle nascite rispetto al 2023 (-7,5% la Valle d'Aosta/*Vallée d'Aoste*, -3,7% la Provincia autonoma di Bolzano/*Bozen* e -1,6% quella di Trento).

Stabile la natalità delle coppie con almeno un partner straniero

Nel 2024 il numero dei nati da genitori in cui almeno uno dei *partner* è straniero resta sostanzialmente stazionario rispetto all'anno precedente. Queste nascite, che costituiscono il 21,8% del totale, sono infatti passate da 80.942 nel 2023 a 80.761. Dal 2012, ultimo anno in cui si è osservato un aumento sull'anno precedente, il calo è stato di oltre 27mila unità.

I nati da coppie miste (padre italiano e madre straniera oppure padre straniero e madre italiana) rappresentano l'8,1% del totale dei nati e registrano un lieve aumento sul 2023 (+2,3%), attestandosi a 30.168 unità (contro 29.495 dell'anno precedente). In particolare, l'aumento è dell'1,3% per i nati da coppie miste in cui è la madre a essere straniera e del 4,5% per i nati da padre straniero e madre italiana. I nati da genitori entrambi stranieri, che costituiscono il 13,7% del totale dei nati, sono nel 2024 pari a 50.593 (erano 51.447 nel 2023). Nell'ultimo anno registrano un calo dell'1,7%, significativo ma inferiore a quello riscontrato tra i nati da coppie italiane (-3,3%).

La quota di nati da coppie in cui almeno un genitore è straniero è più elevata nel Centro-Nord, dove la presenza straniera è più stabile e radicata. Nel Nord la percentuale di nati da almeno un genitore straniero sul totale è pari nel 2024 al 30,6%, nel Centro è pari al 24%, quindi al di sopra del valore nazionale (21,8%). Nel Mezzogiorno l'incidenza è invece molto più bassa, pari al 9,3%.

Restringendo l'analisi ai soli nati da genitori entrambi stranieri, la geografia rimane analoga. Le quote dei nati stranieri, nel 2024, sono pari al 19,1% nel Nord e al 15,3% nel Centro. Nel Mezzogiorno, la quota è pari al 5,7%, molto distante dal valore nazionale pari al 13,7%.

L'Emilia-Romagna si conferma tra le regioni con la più alta incidenza di nati stranieri rispetto al totale (21,9%), seguita dalla Liguria (21,3%). Tra le altre regioni del Nord quasi un nato su cinque è straniero: in Lombardia il 19,3%, seguono il Friuli-Venezia Giulia (18,5%), il Veneto (18,4%) e il Piemonte (17,9%). Al Centro spicca la Toscana (17,5%), mentre nel Mezzogiorno la percentuale è decisamente più contenuta, con un minimo in Sardegna del 4,1% e un massimo in Abruzzo del 10,1%.

PRINCIPALI INDICATORI DI NATALITÀ E FECONDITÀ

Anni 2008, 2013 e 2018-2024

	2008	2013	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Nati	576.659	514.308	439.747	420.084	404.892	400.249	393.333	379.890	369.944
Tasso di natalità	9,7	8,5	7,3	7,0	6,8	6,8	6,7	6,4	6,3 (a)
Nati del primo ordine (a) %	49,4	48,9	46,6	47,7	47,5	46,6	48,9	49,1	49,1
Nati da almeno un genitore straniero (%)	16,8	20,4	22,0	22,0	21,8	21,5	20,9	21,3	21,8
Nati da genitori entrambi stranieri (%)	12,6	15,1	14,9	15,0	14,8	14,2	13,5	13,5	13,7
Nati da coppie miste (%)	4,2	5,3	7,1	7,0	7,0	7,3	7,4	7,8	8,1
Nati da genitori entrambi italiani (%)	83,2	79,6	78,0	78,0	78,2	78,5	79,1	78,7	78,2
Nati fuori dal matrimonio (%)	19,7	26,0	32,3	33,4	35,8	39,9	41,5	42,4	43,2
Tasso di fecondità totale	1,44	1,39	1,31	1,27	1,24	1,25	1,24	1,20	1,18 (a)

Tasso di fecondità donne italiane	1,33	1,29	1,22	1,18	1,17	1,18	1,18	1,14	1,11 (a)
Tasso di fecondità donne straniere	2,53	2,09	2,03	1,99	1,89	1,87	1,86	1,82	1,79 (a)
Età media al parto madri	31,0	31,4	32,0	32,1	32,2	32,4	32,4	32,5	32,6 (a)
Età media al parto madri italiane	31,6	32,1	32,5	32,6	32,7	32,8	32,9	33,0	33,1 (a)
Età media al parto madri straniere	27,5	28,5	29,0	29,1	29,3	29,7	29,5	29,6	29,7 (a)

PROSPETTO 1. NATI NEL PERIODO GENNAIO-LUGLIO, VARIAZIONI SULL'ANNO PRECEDENTE E TASSI DI NATALITÀ

Anni 2023, 2024 e 2025, valori assoluti, variazioni percentuali e tassi per 1.000 residenti

Ripartizioni	Nati			Variazioni %		Tassi di natalità		
	2023	2024	2025	2024-2023	2025-2024 (a)	2023	2024 (a)	2025 (a)
Nord-ovest	56.642	56.520	53.901	-0,2	-4,6	3,6	3,6	3,4
Nord-est	42.436	42.217	39.893	-0,5	-5,5	3,7	3,6	3,4
Centro	39.420	38.865	35.817	-1,4	-7,8	3,4	3,3	3,1
Sud	52.437	50.809	47.202	-3,1	-7,1	3,9	3,8	3,5
Isole	23.472	22.839	21.143	-2,7	-7,4	3,7	3,6	3,3
ITALIA	214.407	211.250	197.956	-1,5	-6,3	3,6	3,6	3,4

Per il complesso dei nati con almeno un genitore straniero, al primo posto ci sono i nati da coppie in cui almeno uno dei genitori è rumeno (10.532 nati nel 2024), seguono quelli con almeno un genitore marocchino (9.448) e albanese (9.115) (Figura 1). In riferimento a queste tre cittadinanze, mediamente, circa il 60% dei genitori sono entrambi stranieri, il 40% sono in coppia mista. In particolare, esaminando le singole cittadinanze, la quota più elevata di nati da genitori entrambi stranieri sul totale dei nati con almeno un genitore straniero, si osserva per la cittadinanza nigeriana (91,1% dei casi). Con riferimento alla quota di nati in coppia mista, la percentuale più alta si registra per la cittadinanza ucraina (52,9%, di cui il 48,0% composta da madre ucraina e padre italiano). Per quanto riguarda le coppie miste in cui il padre è straniero, la percentuale risulta più elevata per la cittadinanza tunisina (17,1%).

PROSPETTO 2. NUMERO MEDIO DI FIGLI PER DONNA, DATI ANNUALI (anni 2023-2024) E STIME RELATIVE AL PERIODO GENNAIO-LUGLIO (anni 2023-2025).

Regioni	Dati annuali		Periodo gennaio-luglio			Regioni	Dati annuali		Periodo gennaio-luglio		
	2023	2024	2023	2024	2025 (a)		2023	2024	2023	2024	2025 (a)
Piemonte	1,17	1,14	1,18	1,19	1,09	Abruzzo	1,14	1,12	1,15	1,16	1,04
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	1,17	1,05	1,15	1,11	1,15	Molise	1,10	1,05	1,14	1,08	1,03
Liguria	1,17	1,17	1,17	1,21	1,11	Campania	1,29	1,26	1,30	1,30	1,22
Lombardia	1,21	1,19	1,22	1,22	1,16	Puglia	1,20	1,16	1,21	1,19	1,12
Prov. Aut.di Bolzano/Bozen	1,57	1,51	1,60	1,53	1,55	Basilicata	1,09	1,09	1,12	1,08	1,09
Prov. Aut. di Trento	1,28	1,27	1,27	1,26	1,27	Calabria	1,28	1,24	1,29	1,29	1,19
Veneto	1,21	1,20	1,23	1,25	1,15	Sicilia	1,32	1,27	1,33	1,31	1,23
Friuli-Venezia Giulia	1,21	1,19	1,24	1,22	1,13	Sardegna	0,91	0,91	0,91	0,94	0,86

Emilia-Romagna	1,22	1,19	1,24	1,23	1,13	Nord-ovest	1,20	1,18	1,20	1,21	1,14
Toscana	1,12	1,12	1,13	1,16	1,06	Nord-est	1,24	1,21	1,25	1,25	1,17
Umbria	1,11	1,11	1,12	1,17	1,05	Centro	1,12	1,11	1,14	1,14	1,04
Marche	1,17	1,11	1,16	1,13	1,12	Sud	1,24	1,21	1,25	1,24	1,16
Lazio	1,11	1,10	1,14	1,12	1,01	Isole	1,23	1,19	1,24	1,23	1,15
						ITALIA	1,20	1,18	1,21	1,21	1,13

(a) stime su dati provvisori

<https://www.istat.it/comunicato-stampa/natalita-e-fecondita-della-popolazione-residente-anno-2024/#:~:text=Meno%20di%20370mila%20nascite%20nel,in%20meno%20rispetto%20al%202023.>

Manovra 2025 e la sanità

quotidiano**sanità**.it

Manovra. “Alla Sanità 8 miliardi in tre anni, ma il Ssn resta in crisi. Fondo al 5,9% del Pil, briciole per i professionisti e gap da 6,8 miliardi”. Il rapporto di Gimbe

Nonostante l'aumento del Fondo Sanitario a 145 miliardi nel 2028, la sua quota sul Pil scenderà al 5,9%. Persiste un grave divario tra finanziamenti e fabbisogni reali, che ricade sulle Regioni. Gli aumenti per il personale sono definiti "briciole" e le assunzioni dipendono dal reclutamento estero. La manovra, frammentata in micro-misure, delude le aspettative di un rilancio strutturale del Servizio sanitario nazionale.

23 OTT -

Secondo il disegno di Legge di Bilancio 2026, il Fondo Sanitario Nazionale (FSN) raggiungerà € 143,1 miliardi nel 2026, € 144,1 miliardi nel 2027 e € 145 miliardi nel 2028.

"Va riconosciuto al Governo – afferma **Nino Cartabellotta**, Presidente della Fondazione Gimbe – il merito di aver ottenuto un rilevante incremento del FSN dal 2025 al 2026: ben € 6,6 miliardi, di cui € 4,2 miliardi già stanziati nelle precedenti manovre. Complessivamente, la Manovra 2026 assegna alla sanità € 7,7 miliardi per il triennio 2026-2028: tuttavia, in rapporto al PIL, la quota di ricchezza del Paese destinata alla sanità, dopo un lieve aumento nel 2026, scenderà sotto la soglia “psicologica” del 6% nel 2028. Inoltre, la frammentazione di misure e investimenti sembra più orientata a soddisfare i diversi attori che a delineare una strategia di rilancio di un Servizio sanitario nazionale in grave affanno. Un sistema in cui regnano inaccettabili disuguaglianze e dove, nel 2024, i cittadini hanno speso di tasca propria oltre € 41 miliardi per curarsi e 5,8 milioni di persone hanno rinunciato a prestazioni sanitarie".

Per offrire un quadro basato su dati oggettivi e contribuire al dibattito pubblico in vista della discussione parlamentare sul DdL Bilancio 2026, la Fondazione Gimbe ha condotto sul testo bollinato dalla Ragioneria Generale dello Stato un’analisi indipendente sulle risorse assegnate alla sanità. "L’obiettivo – precisa il Presidente – è verificare se, al di là delle cifre assolute, la Manovra 2026 rappresenti davvero un’inversione di tendenza, con un rilancio progressivo e strutturale del Fsn, oppure se si tratti dell’ennesima illusione contabile, che abbaglia con numeri altisonanti abilmente combinati".

Fondo sanitario nazionale. La Manovra 2026 stanziava complessivamente € 7,7 miliardi: € 2,4 miliardi nel 2026, € 2,65 miliardi nel 2027 e € 2,65 miliardi nel 2028. Considerando anche gli stanziamenti già previsti dalle precedenti manovre, il FSN raggiungerà € 143,1 miliardi nel 2026, € 144,1 miliardi nel 2027 e € 145 miliardi nel 2028. In particolare, nel 2026 il FSN crescerà di ben € 6,6 miliardi (+4,8%) rispetto al 2025: infatti, ai € 4,2 miliardi già previsti (da € 136,5 miliardi nel 2025 a € 140,7 miliardi nel 2026), la Manovra 2026 aggiunge ulteriori € 2,4 miliardi, portando il FSN totale a € 143,1 miliardi (tabella 1, figura 1). "In termini assoluti – commenta il Presidente – l'aumento di risorse per il triennio 2026-2028 risulta sostanzialmente uniforme, senza alcun segnale di rilancio progressivo del FSN. L'auspicata inversione di rotta, ancora una volta, è rimandata alla prossima Legge di Bilancio". Dopo l'incremento del 2026, infatti, il FSN in termini assoluti si stabilizza: cresce di soli € 995 milioni (+0,7%) nel 2027 e di € 867 milioni (+0,6%) nel 2028. In rapporto al PIL, il FSN la quota destinata alla sanità passa dal 6,04% del 2025 al 6,16% del 2026, per poi ridursi al 6,05% nel 2027 e al 5,93% nel 2028 (figura 2). "In sintesi – spiega Cartabellotta – le cifre assolute per il 2026 appaiono consistenti perché includono risorse già stanziate dalle precedenti manovre, ma la quota di ricchezza del Paese investita in sanità, dopo il lieve rialzo del 2026, torna a diminuire".

Finanziamento assegnato Vs previsioni di spesa. Rimane un netto divario tra l'entità del FSN e le previsioni di spesa sanitaria fissate dal Documento Programmatico di Finanza Pubblica: in rapporto al PIL, le proiezioni di spesa si attestano al 6,4% per gli anni 2025, 2027 e 2028 e al 6,5% per il 2026. In valori assoluti, il gap tra spesa prevista e risorse assegnate ammonta a € 6,8 miliardi nel 2026, € 7,6 miliardi nel 2027 e € 10,7 miliardi nel 2028 (figura 3). "Questo gap – avverte Cartabellotta – finirà inevitabilmente per pesare sui bilanci delle Regioni che, come recentemente documentato dalla Corte dei Conti, presentano conti sempre più in rosso. Per evitare il Piano di Rientro, le Regioni saranno costrette a scelte dolorose che ricadranno sui cittadini: ridurre i servizi o aumentare le tasse". Peraltro, le risorse assegnate dalla Legge di Bilancio 2025 risultano già interamente impegnate per il rinnovo dei contratti 2025-2027 del personale sanitario. "In altre parole – chiosa Cartabellotta – considerato che i fondi della Manovra 2026 sono destinati a finanziare nuove misure, le Regioni, già in affanno, dovranno gestire con risorse proprie il divario tra fabbisogni sanitari e risorse disponibili, con una coperta che ogni anno si accorcia sempre di più".

Misure previste. L'art. 63 della Manovra, dedicato al "Rifinanziamento del Servizio Sanitario Nazionale", individua le misure da finanziare (tabella 2). "Rispetto ai reali bisogni del Ssn – commenta Cartabellotta – appare evidente che i fondi vengono distribuiti tra una molteplicità di destinatari, ma con importi così limitati da rischiare di non produrre effetti concreti, né benefici tangibili per cittadini e pazienti".

Personale sanitario. La Manovra prevede un piano straordinario di assunzioni a partire dal 2026, autorizzando – in deroga al tetto di spesa – € 450 milioni per assumere circa 1.000 medici dirigenti e oltre 6.000 professionisti sanitari, in particolare infermieri. Nel triennio 2026-2028 l'investimento complessivo ammonta a € 1.350 milioni, di cui € 875 milioni previsti dalla Manovra 2026 e € 475 milioni già stanziati dalla precedente. "Pur riconoscendo la volontà di rafforzare gli organici – commenta Cartabellotta – il concetto di "piano assunzioni" appare contraddittorio finché resta in vigore il tetto di spesa per il personale sanitario. A ciò si aggiunge la scarsa attrattività di alcune specialità mediche e, soprattutto, della professione infermieristica. Nel breve periodo, l'unica ipotesi realistica per colmare la carenza di infermieri è un piano straordinario di reclutamento dall'estero: in Italia, infatti, la riduzione del numero di laureati e le numerose cancellazioni dagli albi testimoniano la perdita di attrattività di una professione essenziale ma oggi poco valorizzata e determinano scarsa disponibilità di figure professionali fondamentali".

Sul fronte delle retribuzioni, la Manovra introduce un incremento dell'indennità di specificità – un riconoscimento economico aggiuntivo rispetto allo stipendio base – pari a € 280 milioni annui a partire dal 2026: € 85 milioni per i medici, € 195 milioni per gli infermieri, € 8 milioni per i dirigenti sanitari non medici e € 58 milioni per altre professioni sanitarie (riabilitazione, prevenzione, tecnico-sanitarie, ostetrica, assistente sociale) e gli operatori socio-sanitari nelle attività finalizzate alla tutela del malato e alla promozione della salute. L'aumento stimato della retribuzione lorda annua è di € 3.000 per i medici, € 1.630 per gli infermieri e € 490 per i dirigenti sanitari non medici. "Se l'obiettivo è restituire attrattività alla carriera nel Ssn per arginare

le fughe e attirare i giovani verso la professione infermieristica – osserva Cartabellotta – si tratta solo di briciole. Importi di tale entità non saranno sufficienti ad arrestare l'emorragia di medici dal pubblico né a rendere più appetibile la professione infermieristica per le nuove generazioni".

Nel 2026 le Regioni potranno inoltre aumentare di € 143,5 milioni la spesa per le prestazioni aggiuntive: € 101,9 milioni destinati ai medici e € 41,6 al personale sanitario del comparto. Si tratta però di fondi già assegnati dalla precedente Legge di Bilancio. "Pur comprendendo la necessità di garantire un maggiore impegno orario – aggiunge Cartabellotta – la logica del “più lavori, più ti pago”, nonostante l'imposta agevolata del 15%, appare difficilmente sostenibile per un personale già stremato da turni massacranti e da livelli di burnout sempre più elevati".

Potenziamento offerta di servizi. A partire dal 2026, la Manovra destina € 238 milioni a interventi di prevenzione articolati in quattro macro-obiettivi: estendere lo screening per il tumore della mammella alle fasce di età 45-49 anni e 70-74 anni; ampliare lo screening del tumore del colon-retto alla fascia 70-74 anni; proseguire il programma di prevenzione del tumore polmonare nell'ambito della rete italiana screening polmonare; concorrere al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei vaccini previsti nel calendario vaccinale. Per il solo 2026, vengono inoltre stanziati ulteriori € 120 milioni, che si aggiungono ai € 127 milioni della precedente Manovra, per potenziare le misure di prevenzione. "Investire in prevenzione – commenta Cartabellotta – è fondamentale per ridurre l'impatto delle malattie e i costi per il Ssn. Tuttavia, l'ampliamento delle fasce di età negli screening oncologici rischia di restare solo sulla carta, soprattutto nelle Regioni del Mezzogiorno, dove le coperture standard degli screening organizzati restano ancora molto lontane dai target raccomandati, in particolare per il tumore del colon-retto". Particolare attenzione viene riservata al Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale, finanziato con € 80 milioni nel 2026, € 85 milioni nel 2027 e € 90 milioni a decorrere dal 2028. Il 30% delle risorse sarà destinato ad attività di prevenzione, mentre fino a € 30 milioni potranno essere utilizzati dalla Regioni per l'assunzione di personale sanitario e socio-sanitario nei servizi di salute mentale. Aumentano infine di € 20 milioni l'anno le risorse per le cure palliative.

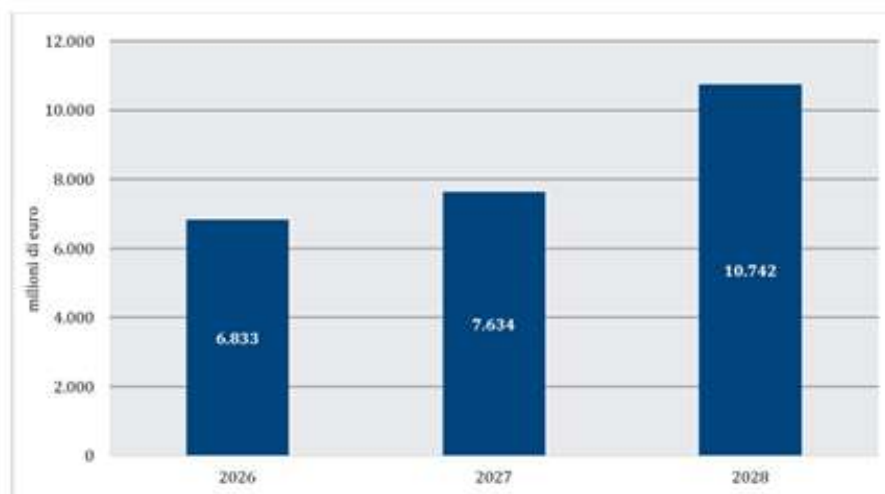
Tariffe di rimborso delle prestazioni. Vengono stanziare nuove risorse per le tariffe dei ricoveri per acuti (€ 350 milioni a decorrere dal 2026) e per l'adeguamento delle tariffe di specialistica ambulatoriale e protesica (€ 100 milioni di risorse vincolate nel 2026 e € 183 milioni a decorrere dal 2027).

Risorse assegnate a imprese e soggetti privati. Oltre € 900 milioni vengono destinati a soggetti privati: € 50 milioni l'anno vincolati per la stabilizzazione della farmacia dei servizi; € 350 milioni per la rideterminazione dei tetti della spesa farmaceutica, sia per gli acquisiti diretti (+0,20%) sia per la spesa convenzionata (+0,05%); € 280 milioni l'anno per l'aumento del tetto di spesa per i dispositivi medici; € 123 milioni a decorrere dal 2026 per l'ampliamento del tetto di spesa relativo all'acquisto di prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera dagli erogatori privati accreditati.

Altre misure a valere sul Fondo sanitario nazionale. Sono previste risorse destinate agli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (€ 10 milioni a decorrere dal 2026) e all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (€ 50 milioni a decorrere dal 2026).

"Nonostante gli annunci e le cifre altisonanti – conclude Cartabellotta – la Legge di Bilancio delude le legittime aspettative di professionisti sanitari e cittadini, oggi alle prese con un Ssn che fatica sempre più a rispondere ai bisogni di salute della popolazione. L'analisi delle risorse destinate alla sanità evidenzia alcune criticità estremamente rilevanti. Innanzitutto, il boom di risorse riguarda solo il 2026, quando il Fsn aumenta di € 6,6 miliardi, di cui quasi due terzi derivano da stanziamenti precedenti e destinati ai rinnovi contrattuali del personale sanitario. Per il biennio 2027-2028, invece, gli importi assegnati sono esigui, senza alcun segnale di rilancio progressivo del finanziamento pubblico, come conferma la riduzione della quota di Pil destinata al Fsn. In secondo luogo, le risorse risultano disperse in numerosi rivoli: una scelta che mira a non scontentare nessuno, ma che priva la Manovra di una visione strategica per il rilancio del Ssn: le Regioni, già in difficoltà, si trovano così a operare con margini di bilancio sempre più stretti e a dover attingere a risorse proprie per colmare il gap tra le previsioni di spesa sanitaria e i fondi effettivamente assegnati.

Figura 3. GAP tra Fabbisogno Sanitario Nazionale e previsioni di spesa 2026-2028
(dati da DdL Bilancio 2026 e DPFP 2025)



Infine, la Manovra non prevede interventi strutturali per restituire attrattività alle carriere nel Ssn: gli incrementi contrattuali sono limitati, le misure per le assunzioni degli infermieri si scontrano con la grave carenza di professionisti disponibili – se non tramite reclutamenti dall'estero – e la formula “più lavori, più ti pago”, pur defiscalizzata, appare difficilmente sostenibile in un contesto di burnout diffuso.

Nonostante la sanità pubblica rappresenti oggi la vera emergenza del Paese, le scelte politiche appaiono in continuità con quelle degli ultimi 15 anni. Anni in cui tutti i Governi hanno defanziato il Ssn e nessuno ha avviato un piano strutturale di rilancio del finanziamento pubblico, accompagnato da una coraggiosa stagione di riforme per ammodernare e riorganizzare la più grande opera pubblica mai costruita in Italia: quel Servizio Sanitario Nazionale istituito per tutelare la salute di tutte le persone.

Un dato resta difficile da accettare: la capacità del Governo di trovare le risorse per altri settori strategici, come la difesa, non trova un corrispettivo impegno nel rafforzamento del Ssn, pilastro della nostra democrazia, strumento di coesione sociale e leva di sviluppo.

Tabella 1. Rideterminazione del Fabbisogno Sanitario Nazionale

	2025	2026	2027	2028
Legge di Bilancio 2026	136.533	143.098	144.093	144.960
Incremento vs anno precedente	-	6.565	995	867
	-	4,8%	0,7%	0,6%
Dati in milioni di euro				

Tabella 2. Misure per la sanità previste dall'art. 63 del DdL della Manovra 2026

Rifinanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (art. 63)	2026	2027	2028
	€ 2.400	€ 2.650	€ 2.650
Alzheimer e altre patologie di demenza senile (art 63, c. 2)	€ 100	€ 100	€ 100
Obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale (art 63, c. 5)	€ 206	€ 17	€ 60
Misure di prevenzione (art. 64, c.1)	€ 238	€ 238	€ 238
Ulteriore potenziamento delle misure di prevenzione (art. 64, c. 2)	€ 120 ¹	-	-
Campagne di comunicazione istituzionale sulla prevenzione (art. 64, c. 3)	€ 1	€ 1	€ 1
Piano nazionale di azioni per la salute mentale (art. 65, c. 1)	€ 80	€ 85	€ 90
Funzionamento degli Istituti zooprofilattici sperimentali (art. 66)	€ 10	€ 10	€ 10
Tariffe DRG per acuti (art. 67, c. 1)	-	€ 350	€ 350
Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica (art. 67, c. 2)	€ 100	€ 183	€ 183
Farmacia dei servizi (art. 68, c. 2)	€ 50	€ 50	€ 50
Indennità del personale del SSN (art. 69)			
Dirigenza medica e veterinaria (c.1)	€ 85	€ 85	€ 85
Infermieri (c.2)	€ 195	€ 195	€ 195
Dirigenza sanitaria non medica (c. 3)	€ 8	€ 8	€ 8
Tutela del malato per la promozione della salute (c.4)	€ 58	€ 58	€ 58
Prestazioni aggiuntive (art. 69, c.5)			
Medici dirigenti	€ 101,9	-	-
Personale sanitario del comparto	€ 41,6	-	-
Assunzioni personale sanitario (art. 70) ²	€ 207	€ 328	€ 340
Valorizzazione del personale operante nei servizi di pronto soccorso (art. 71)	N.D.	N.D.	N.D.
Cure palliative (art. 72)	€ 20	€ 20	€ 20
Adeguamento piattaforme informatiche INPS (art. 75)	€ 0,2	€ 0,2	€ 0,2
Dematerializzazione della ricetta per l'erogazione dei prodotti per celiaci (art. 76)	€ 2	€ 1	€ 1
Misure per il finanziamento dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù (art. 78)	€ 50	€ 50	€ 50
Spesa per l'acquisto di dispositivi medici (art. 80)	€ 280	€ 280	€ 280
Acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati (art. 81)	€ 123	€ 123	€ 123
Ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione (art. 82)	€ 20	-	-
Servizi di scambio transfrontaliero (art. 83)	€ 1	€ 0,8	€ 0,8
Potenziamento dei servizi di telemedicina (art. 85)	€ 20	-	-
Fondo destinato ai bambini affetti da malattie oncologiche e misure in materia di epilessia farmacoresistente (art. 90)	€ 2	€ 2	€ 2

Dati in milioni

Figura 1. Fabbisogno Sanitario Nazionale: trend 2010-2028

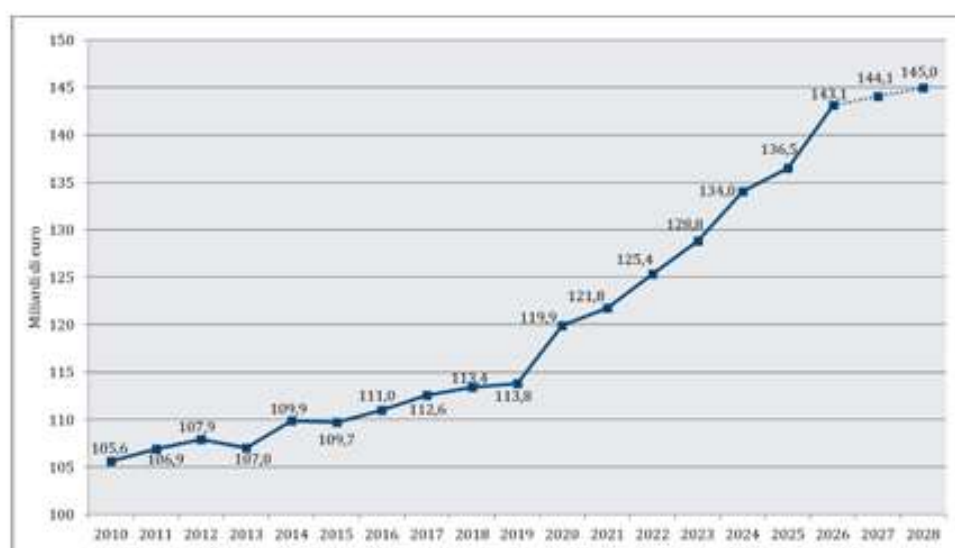
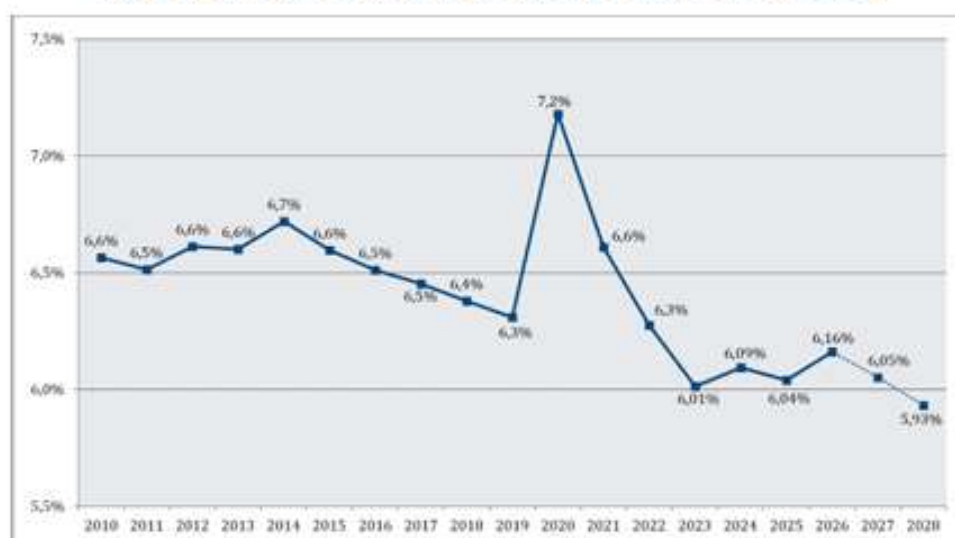


Figura 2. Fabbisogno Sanitario Nazionale in % sul PIL: trend 2010-2028



<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1761152735.pdf>

quotidiano**sanità**.it

Manovra. Per la sanità 6 miliardi in più. In arrivo fondi per assunzioni e indennità, nuovi screening, medicina territoriale e ricerca. Ma resta fuori, almeno per ora, la farmaceutica

G. Rodriguez.

La manovra 2026 stanZIA 6 miliardi aggiuntivi per la sanità (circa 3,7 già previsti dalla precedente manovra) destinati a personale, indennità, prevenzione, assistenza territoriale e ricerca. Previsto anche un piano straordinario di assunzioni con oltre 12mila nuove unità nel 2026. Rafforzati gli screening oncologici esistenti

e introdotto quello per il tumore del polmone. Potenziate diverse misure a sostegno di malattie rare, salute mentale e cure palliative. Al momento resta escluso l'aumento del tetto di spesa farmaceutica.

14 OTT -

È ormai pronto il testo della legge di Bilancio che approderà nelle prossime ore a Palazzo Chigi per l'esame del Consiglio dei Ministri. Secondo quanto risulta a *Quotidiano Sanità*, nel provvedimento per la sanità trovano conferma le risorse aggiuntive per il comparto sanitario, già anticipate nei giorni scorsi. Per il 2026, il Fondo sanitario nazionale dovrebbe essere incrementato di ulteriori 2,3 miliardi di euro, che si sommano ai 3,7 miliardi già previsti dalla manovra dello scorso anno. In totale, quindi, la sanità potrà contare su **6 miliardi in più il prossimo anno**. Un trend di crescita che dovrebbe proseguire anche negli anni successivi, con ulteriori aumenti: +3,5 miliardi nel 2027 e +5 miliardi nel 2028 (che andranno anche qui a sommarsi a quanto già previsto nella precedente manovra).

Le nuove risorse saranno indirizzate a diversi ambiti. Una prima destinazione (700 mln per il 2026, 1,05 mld per il 2027 e 1,05 mld per il 2028) riguarda il **potenziamento della prevenzione**, con l'aumento della quota del Fondo per lo sviluppo della prevenzione sanitaria dal 5% al 5,5%. L'obiettivo è rafforzare i programmi di screening già esistenti, come quelli per la mammella, l'utero e il colon, e introdurre uno nuovo dedicato al tumore del polmone.

Una parte consistente della manovra andrà poi a finanziare il **piano straordinario di assunzioni nel Servizio sanitario nazionale**. Un piano annunciato lo scorso anno ma rimasto finora sulla carta per mancanza di fondi: nel triennio si prevedono circa 30 mila assunzioni. Con uno stanziamento di 841 milioni, nel 2026 si prevede l'assunzione di circa 2.300 dirigenti sanitari e 9.700 professionisti (soprattutto infermieri) del ruolo sanitario non dirigente. Per il 2027 le risorse saliranno a 1,084 mld e il per il 2028 i fondi saliranno a 1,998 mld. Sul fronte delle retribuzioni, la manovra interviene su diverse **indennità per il personale**. Quella di specificità sarà incrementata per un totale di 180 milioni rispettivamente all'anno per il triennio 2026-2028: 60 milioni per i medici, ai quali dovrebbe corrispondere un aumento mensile lordo medio di 220 euro, e 120 milioni per gli infermieri, con un incremento stimato di circa 110 euro lordi al mese.

Previsto anche un aumento dell'indennità di esclusività, pari a 110 milioni: 100 milioni destinati alla dirigenza medica e veterinaria e 10 milioni alla dirigenza sanitaria. Gli aumenti, in questo caso, variano in base all'anzianità e agli incarichi, partendo da circa 246 euro annui lordi fino ad arrivare a 1.825 euro per il personale con incarichi apicali. Per i dirigenti sanitari non medici, l'incremento dell'indennità di specificità sarà di circa 30 euro lordi mensili.

Cresce anche l'indennità di tutela del malato e per la promozione della salute, che nel 2026 arriverà a una dotazione complessiva di 300 milioni, con un aumento stimato di circa 130 euro lordi al mese rispetto al 2025.

Altri capitoli di spesa includono, per il 2026:

- 80 milioni per l'attuazione del Piano salute mentale e l'introduzione dello psicologo di famiglia;
- 36 milioni per il finanziamento degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali;
- 60 milioni per il Piano di sostegno ai pazienti affetti da malattie rare;
- 150 milioni per il rafforzamento dell'assistenza territoriale e domiciliare;
- 70 milioni per la stabilizzazione della farmacia dei servizi;
- 20 milioni per l'avvio della sperimentazione della rete ospedaliera di terzo livello;
- 10 milioni per l'integrazione del fondo per le cure palliative.

Previsti poi per il 2027 circa 550 mln per le tariffe dell'assistenza ospedaliera.

Infine, il testo prevede una serie di interventi diretti a enti e istituti del Ministero della Salute, tra cui, per il 2026:

- 10 milioni per il fondo One Health dedicato ai disturbi dell'alimentazione;
- 20 milioni per l'Istituto Superiore di Sanità;
- 100 milioni per la ricerca corrente negli Irccs;

- 60 milioni per l'assunzione di personale sanitario negli Irccs;
- 40 milioni per la ricerca finalizzata;
- 8,17 milioni per la stabilizzazione del personale Agenas assunto con fondi PNRR;
- 3,6 milioni per le assunzioni in Aifa;
- 81,3 milioni per spese in conto capitale riservate al Ministero della Salute.

Tuttavia, in attesa della pubblicazione ufficiale dei testi, **si rileva per ora una significativa assenza: la farmaceutica**. Al momento non risulta infatti presente l'atteso innalzamento dello 0,5% del tetto di spesa farmaceutica (pari a circa 700 milioni di euro). Una misura considerata urgente dalle aziende del settore (che chiedono che il tetto si alzi dell'1%) per ridurre l'impatto del meccanismo del payback, soprattutto alla luce delle nuove misure commerciali adottate dagli Stati Uniti con l'introduzione di dazi.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=132623

la Repubblica

Gimbe: più risorse alla sanità ma nel 2028 il contributo scende al 5,9% del Pil

Redazione Salute

Secondo il disegno di Legge di Bilancio 2026, il Fondo Sanitario Nazionale (FSN) raggiungerà 143,1 miliardi nel 2026 e 145 miliardi nel 2028. Ma in rapporto al Pil, la quota di ricchezza del Paese destinata alla sanità, dopo un lieve aumento nel 2026, scenderà sotto la soglia "psicologica" del 6% nel 2028

Secondo il disegno di Legge di Bilancio 2026, il Fondo Sanitario Nazionale (FSN) raggiungerà 143,1 miliardi nel 2026, 144,1 miliardi nel 2027 e 145 miliardi nel 2028. «Va riconosciuto al Governo – afferma Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione GIMBE – il merito di aver ottenuto un rilevante incremento del FSN dal 2025 al 2026: ben 6,6 miliardi, di cui 4,2 miliardi già stanziati nelle precedenti manovre. Complessivamente, la Manovra 2026 assegna alla sanità 7,7 miliardi per il triennio 2026-2028: tuttavia, in rapporto al PIL, la quota di ricchezza del Paese destinata alla sanità, dopo un lieve aumento nel 2026, scenderà sotto la soglia "psicologica" del 6% nel 2028.

Inoltre, la frammentazione di misure e investimenti sembra più orientata a soddisfare i diversi attori che a delineare una strategia di rilancio di un Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in grave affanno. Un sistema in cui regnano inaccettabili disuguaglianze e dove, nel 2024, i cittadini hanno speso di tasca propria oltre 41 miliardi per curarsi e 5,8 milioni di persone hanno rinunciato a prestazioni sanitarie».

Per offrire un quadro basato su dati oggettivi e contribuire al dibattito pubblico in vista della discussione parlamentare sul DdL Bilancio 2026, la Fondazione GIMBE ha condotto sul testo bollinato dalla Ragioneria Generale dello Stato un'analisi indipendente sulle risorse assegnate alla sanità. «L'obiettivo – precisa il presidente – è verificare se, al di là delle cifre assolute, la Manovra 2026 rappresenti davvero un'inversione di tendenza, con un rilancio progressivo e strutturale del FSN, oppure se si tratti dell'ennesima illusione contabile, che abbaglia con numeri altisonanti abilmente combinati».

Il Fondo nazionale

La Manovra 2026 stanZIA quindi complessivamente 7,7 miliardi: 2,4 miliardi nel 2026, 2,65 miliardi nel 2027 e 2,65 miliardi nel 2028. Considerando anche gli stanziamenti già previsti dalle precedenti manovre, il FSN raggiungerà 143,1 miliardi nel 2026, 144,1 miliardi nel 2027 e 145 miliardi nel 2028. In particolare, nel 2026 il FSN crescerà di ben 6,6 miliardi (+4,8%) rispetto al 2025: infatti, ai 4,2 miliardi già previsti (da 136,5 miliardi nel 2025 a 140,7 miliardi nel 2026), la Manovra 2026 aggiunge ulteriori 2,4 miliardi, portando il FSN totale a € 143,1 miliardi.

«In termini assoluti – commenta il Presidente – l'aumento di risorse per il triennio 2026-2028 risulta sostanzialmente uniforme, senza alcun segnale di rilancio progressivo del FSN. L'auspicata inversione di rotta, ancora una volta, è rimandata alla prossima Legge di Bilancio». Dopo l'incremento del 2026, infatti, il FSN in termini assoluti si stabilizza: cresce di soli 995 milioni (+0,7%) nel 2027 e di 867 milioni (+0,6%) nel 2028. In rapporto al PIL, il FSN la quota destinata alla sanità passa dal 6,04% del 2025 al 6,16% del 2026, per poi ridursi al 6,05% nel 2027 e al 5,93% nel 2028 (figura 2).

“In sintesi – spiega Cartabellotta – le cifre assolute per il 2026 appaiono consistenti perché includono risorse già stanziolate dalle precedenti manovre, ma la quota di ricchezza del Paese investita in sanità, dopo il lieve rialzo del 2026, torna a diminuire”.

Le previsioni di spesa

Rimane un netto divario tra l'entità del FSN e le previsioni di spesa sanitaria fissate dal Documento Programmatico di Finanza Pubblica: in rapporto al PIL, le proiezioni di spesa si attestano al 6,4% per gli anni 2025, 2027 e 2028 e al 6,5% per il 2026. In valori assoluti, il gap tra spesa prevista e risorse assegnate ammonta a 6,8 miliardi nel 2026, 7,6 miliardi nel 2027 e € 10,7 miliardi nel 2028 (figura 3).

“Questo gap – avverte Cartabellotta – finirà inevitabilmente per pesare sui bilanci delle Regioni che, come recentemente documentato dalla Corte dei Conti, presentano conti sempre più in rosso. Per evitare il Piano di Rientro, le Regioni saranno costrette a scelte dolorose che ricadranno sui cittadini: ridurre i servizi o aumentare le tasse”.

Cartabellotta (Gimbe): "Investire in sanità ma serve una visione. Il Ssn un pilastro della democrazia"

Peraltro, le risorse assegnate dalla Legge di Bilancio 2025 risultano già interamente impegnate per il rinnovo dei contratti 2025-2027 del personale sanitario. «In altre parole – chiosa Cartabellotta – considerato che i fondi della Manovra 2026 sono destinati a finanziare nuove misure, le Regioni, già in affanno, dovranno gestire con risorse proprie il divario tra fabbisogni sanitari e risorse disponibili, con una coperta che ogni anno si accorcia sempre di più”.

L'art. 63 della Manovra, dedicato al “Rifinanziamento del Servizio Sanitario Nazionale”, individua le misure da finanziare “Rispetto ai reali bisogni del SSN – commenta Cartabellotta – appare evidente che i fondi vengono distribuiti tra una molteplicità di destinatari, ma con importi così limitati da rischiare di non produrre effetti concreti, né benefici tangibili per cittadini e pazienti”.

Il nodo del personale sanitario

La Manovra prevede un piano straordinario di assunzioni a partire dal 2026, autorizzando – in deroga al tetto di spesa – 450 milioni per assumere circa 1.000 medici dirigenti e oltre 6.000 professionisti sanitari, in particolare infermieri. Nel triennio 2026-2028 l'investimento complessivo ammonta a 1.350 milioni, di cui 875 milioni previsti dalla Manovra 2026 e 475 milioni già stanziati dalla precedente.

«Pur riconoscendo la volontà di rafforzare gli organici – commenta Cartabellotta – il concetto di “piano assunzioni” appare contraddittorio finché resta in vigore il tetto di spesa per il personale sanitario. A ciò si aggiunge la scarsa attrattività di alcune specialità mediche e, soprattutto, della professione infermieristica. Nel breve periodo, l'unica ipotesi realistica per colmare la carenza di infermieri è un piano straordinario di reclutamento dall'estero: in Italia, infatti, la riduzione del numero di laureati e le numerose cancellazioni dagli albi testimoniano la perdita di attrattività di una professione essenziale ma oggi poco valorizzata e determinano scarsa disponibilità di figure professionali fondamentali”.

Sul fronte delle retribuzioni, la Manovra introduce un incremento dell'indennità di specificità – un riconoscimento economico aggiuntivo rispetto allo stipendio base – pari a 280 milioni annui a partire dal 2026: 85 milioni per i medici, 195 milioni per gli infermieri, 8 milioni per i dirigenti sanitari non medici e 58 milioni per altre professioni sanitarie (riabilitazione, prevenzione, tecnico-sanitarie, ostetrica, assistente sociale) e gli operatori socio-sanitari nelle attività finalizzate alla tutela del malato e alla promozione della salute.

L'aumento stimato della retribuzione lorda annua è di 3.000 per i medici, 1.630 per gli infermieri e 490 per i dirigenti sanitari non medici. «Se l'obiettivo è restituire attrattività alla carriera nel SSN per arginare le fughe e attirare i giovani verso la professione infermieristica – osserva Cartabellotta – si tratta solo di briciole. Importi

di tale entità non saranno sufficienti ad arrestare l'emorragia di medici dal pubblico né a rendere più appetibile la professione infermieristica per le nuove generazioni».

Nel 2026 le Regioni potranno inoltre aumentare di 143,5 milioni la spesa per le prestazioni aggiuntive: € 101,9 milioni destinati ai medici e € 41,6 al personale sanitario del comparto. Si tratta però di fondi già assegnati dalla precedente Legge di Bilancio. «Pur comprendendo la necessità di garantire un maggiore impegno orario – aggiunge Cartabellotta – la logica del “più lavori, più ti pago”, nonostante l'imposta agevolata del 15%, appare difficilmente sostenibile per un personale già stremato da turni massacranti e da livelli di burnout sempre più elevati».

I servizi

A partire dal 2026, la Manovra destina 238 milioni a interventi di prevenzione articolati in quattro macro-obiettivi: estendere lo screening per il tumore della mammella alle fasce di età 45-49 anni e 70-74 anni; ampliare lo screening del tumore del colon-retto alla fascia 70-74 anni; proseguire il programma di prevenzione del tumore polmonare nell'ambito della rete italiana screening polmonare; concorrere al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei vaccini previsti nel calendario vaccinale.

Per il solo 2026, vengono inoltre stanziati ulteriori 120 milioni, che si aggiungono ai 127 milioni della precedente Manovra, per potenziare le misure di prevenzione. «Investire in prevenzione – commenta Cartabellotta – è fondamentale per ridurre l'impatto delle malattie e i costi per il SSN.

Tuttavia, l'ampliamento delle fasce di età negli screening oncologici rischia di restare solo sulla carta, soprattutto nelle Regioni del Mezzogiorno, dove le coperture standard degli screening organizzati restano ancora molto lontane dai target raccomandati, in particolare per il tumore del colon-retto».

Particolare attenzione viene riservata al Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale, finanziato con 80 milioni nel 2026, € 85 milioni nel 2027 e 90 milioni a decorrere dal 2028. Il 30% delle risorse sarà destinato ad attività di prevenzione, mentre fino a 30 milioni potranno essere utilizzati dalla Regioni per l'assunzione di personale sanitario e socio-sanitario nei servizi di salute mentale. Aumentano infine di 20 milioni l'anno le risorse per le cure palliative.

Tariffe di rimborso delle prestazioni.

Vengono stanziati nuove risorse per le tariffe dei ricoveri per acuti (€ 350 milioni a decorrere dal 2026) e per l'adeguamento delle tariffe di specialistica ambulatoriale e protesica (€ 100 milioni di risorse vincolate nel 2026 e € 183 milioni a decorrere dal 2027).

Risorse assegnate a imprese e soggetti privati.

Oltre € 900 milioni vengono destinati a soggetti privati: € 50 milioni l'anno vincolati per la stabilizzazione della farmacia dei servizi; € 350 milioni per la rideterminazione dei tetti della spesa farmaceutica, sia per gli acquisiti diretti (+0,20%) sia per la spesa convenzionata (+0,05%); € 280 milioni l'anno per l'aumento del tetto di spesa per i dispositivi medici; € 123 milioni a decorrere dal 2026 per l'ampliamento del tetto di spesa relativo all'acquisto di prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera dagli erogatori privati accreditati.

Altre misure a valere sul fondo sanitario nazionale.

Sono previste risorse destinate agli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (€ 10 milioni a decorrere dal 2026) e all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (€ 50 milioni a decorrere dal 2026).

«Nonostante gli annunci e le cifre altisonanti – conclude Cartabellotta – la Legge di Bilancio delude le legittime aspettative di professionisti sanitari e cittadini, oggi alle prese con un SSN che fatica sempre più a rispondere ai bisogni di salute della popolazione. L'analisi delle risorse destinate alla sanità evidenzia alcune criticità estremamente rilevanti. Innanzitutto, il boom di risorse riguarda solo il 2026, quando il FSN aumenta di € 6,6 miliardi, di cui quasi due terzi derivano da stanziamenti precedenti e destinati ai rinnovi contrattuali del personale sanitario.

Per il biennio 2027-2028, invece, gli importi assegnati sono esigui, senza alcun segnale di rilancio progressivo del finanziamento pubblico, come conferma la riduzione della quota di PIL destinata al FSN. In secondo luogo, le risorse risultano disperse in numerosi rivoli: una scelta che mira a non scontentare nessuno, ma che priva

la Manovra di una visione strategica per il rilancio del SSN: le Regioni, già in difficoltà, si trovano così a operare con margini di bilancio sempre più stretti e a dover attingere a risorse proprie per colmare il gap tra le previsioni di spesa sanitaria e i fondi effettivamente assegnati. Infine, la Manovra non prevede interventi strutturali per restituire attrattività alle carriere nel SSN: gli incrementi contrattuali sono limitati, le misure per le assunzioni degli infermieri si scontrano con la grave carenza di professionisti disponibili – se non tramite reclutamenti dall'estero – e la formula “più lavori, più ti pago”, pur defiscalizzata, appare difficilmente sostenibile in un contesto di burnout diffuso. Nonostante la sanità pubblica rappresenti oggi la vera emergenza del Paese, le scelte politiche appaiono in continuità con quelle degli ultimi 15 anni.

Anni in cui tutti i Governi hanno defanziato il SSN e nessuno ha avviato un piano strutturale di rilancio del finanziamento pubblico, accompagnato da una coraggiosa stagione di riforme per ammodernare e riorganizzare la più grande opera pubblica mai costruita in Italia: quel Servizio Sanitario Nazionale istituito per tutelare la salute di tutte le persone. Un dato resta difficile da accettare: la capacità del Governo di trovare le risorse per altri settori strategici, come la difesa, non trova un corrispettivo impegno nel rafforzamento del SSN, pilastro della nostra democrazia, strumento di coesione sociale e leva di sviluppo economico del Paese».

https://www.repubblica.it/salute/2025/10/23/news/gimbe_piu_risorse_sanita_ma_2028_contributo_scende_59_pil-424931673/



Nel giorno dei dati sulla povertà, il governo chiude i conti della manovra

Oggi il Cdm, la manovra prevede un avanzo primario in crescita e tagli alla spesa sociale, le opposizioni denunciano “austerità e disuguaglianze”

er una coincidenza, il giorno in cui l'Istat ha pubblicato i nuovi dati sulla povertà in Italia — quasi sei milioni di persone vivono in condizioni di povertà assoluta — il governo si riunisce per il primo dei due Consigli dei ministri dedicati alla manovra economica per il 2026.

Nella riunione di oggi si discutono il **Documento programmatico di bilancio (Dpb)** e il **Decreto legge Economia**, mentre la **legge di Bilancio vera e propria** sarà illustrata e approvata nella prossima riunione,

prevista per giovedì. «Oggi chiudiamo i numeri, poi le norme si perfezioneranno giovedì o venerdì», ha detto il ministro dell'Economia **Giancarlo Giorgetti**.

Una manovra in linea con l'Europa

Il Documento programmatico di finanza pubblica recepisce le linee guida del nuovo **Patto di Stabilità e Crescita europeo**, firmato a fine 2023, e segna l'inizio del percorso di rientro strutturale dell'Italia dagli alti deficit degli anni passati.

Secondo il piano, l'**avanzo primario** — la differenza tra entrate e spese al netto degli interessi — è destinato ad essere dello 0,9% del Pil quest'anno e a crescere negli anni a venire: 1,2% nel 2026, 1,8% nel 2027, 2,2% nel 2028. Meloni e Giorgetti mirano, dunque, a riportare nel 2028 il saldo primario al livello più alto dal 2012, quando per effetti delle politiche di austerità del governo di Mario Monti, toccò il 2,3% del Pil. Parallelamente, il governo si impegna ad aumentare le **spese militari** di 12 miliardi di euro, fino a raggiungere il 2,5% del PIL.

Trovare le risorse

La manovra dovrà coprire circa **16 miliardi di euro**, destinati a finanziare il taglio dell'IRPEF, gli interventi sulle pensioni e la cosiddetta "**pace fiscale**", oltre ad altri provvedimenti minori. Per farlo, il governo prevede un aumento della **pressione fiscale al 42,2%** e **tagli alla spesa sociale**, soprattutto alla sanità.

Un aiuto arriverà dalle banche: l'**ABI** (Associazione bancaria italiana) ha annunciato all'unanimità la prosecuzione dei propri **contributi poliennali al Bilancio dello Stato**, in linea con quanto concordato lo scorso anno.

Le critiche dell'opposizione

La ricetta dell'austerità a tutti i costi è stigmatizzata dalle opposizioni.

Il presidente dei senatori del **Partito Democratico**, **Francesco Boccia**, ha definito la 'questione sociale' la principale emergenza del paese: "Un lavoro non basta più per vivere dignitosamente. Il potere d'acquisto dei lavoratori e delle famiglie deve diventare la nostra priorità". Più duro **Peppe De Cristofaro**, capogruppo dell'**Alleanza Verdi e Sinistra**: "Sei milioni di persone vivono in povertà, questa è l'Italia della destra, questo è il drammatico fallimento della Meloni. E con le politiche di austerità della prossima manovra economica le cose peggioreranno verso la stagnazione e la recessione. La destra è talmente poco 'sociale' che non vede l'emergenza povertà che c'è nel paese".

Le posizioni dei sindacati

Anche dal fronte sindacale, diviso al suo interno per la 'neutralità' della Cisl, continuano le critiche di inefficacia: lo aveva fatto il segretario della Cgil Landini dopo l'incontro sindacati-governo, lo ripete oggi il suo omologo della Uil, **Pierpaolo Bombardieri**, che ha contestato la riforma fiscale: "Si parla di un condono per chi non ha pagato le tasse, permettendo di saldare i debiti in dieci anni e con 108 rate. È un insulto a chi le paga regolarmente". Bombardieri chiede invece di usare quelle risorse per **detassare gli aumenti contrattuali** e sostenere i redditi da lavoro.

[Nel giorno dei dati sulla povertà, il governo chiude i conti della manovra](#)

quotidianosanità.it

Verso la Manovra. 2,5 mld in più nel 2026 oltre ai 4 già previsti. Arriva Piano assunzioni per 2 mila medici e 25 mila infermieri e misure sulla farmaceutica. Ecco cosa bolle in pentola

Luciano Fassari

Iniziano a prendere forma gli interventi per la sanità da inserire nella prossima Legge di Bilancio. Due miliardi e mezzo in più rispetto ai 4 già stanziati, piano assunzioni, investimenti in prevenzione, aumento del tetto di spesa per la farmaceutica e stabilizzazione per la farmacia dei servizi. Ecco le prime indiscrezioni.

02 OTT -

Due miliardi e mezzo in più rispetto ai 4 già stanziati, piano assunzioni, investimenti in prevenzione, aumento del tetto di spesa per la farmaceutica e stabilizzazione per la farmacia dei servizi. Iniziano a prendere forma gli interventi per la sanità da inserire nella prossima Legge di Bilancio.

Partiamo dalle risorse. Secondo quanto si apprende oltre ai 4 mld già stanziati nella scorsa Legge di Bilancio il Governo dovrebbe aggiungere altri 2,5 miliardi, per un totale di 6,5 mld, al Fondo sanitario nazionale che dovrebbe quindi nel 2026 arrivare così all'incirca a quota 143 miliardi. In un momento in cui di risorse non ce ne sono parecchie pare che direttamente da Palazzo Chigi sia arrivato l'input di finanziare il Ssn anche per fare in modo che la percentuale di spesa sul Pil non scenda sotto la soglia del 6,4%.

Ma per cosa si utilizzeranno queste risorse? Il menù appare ricco. In primis vedrà la luce il Piano straordinario di assunzioni che l'anno scorso il Ministro della Salute, **Orazio Schillaci** non era riuscito a inserire in manovra per mancanza di coperture. Il Piano avrà una durata triennale e prevede tra il 2026 e il 2028 l'assunzione di 2.000 medici e 25 mila infermieri per fermare la carenza di personale che attanaglia il Ssn. Il costo stimato è di 400 mln per il 2026, 840 mln per 2027 e circa 1,5 miliardi a regime dal 2028.

Inoltre, secondo i rumors dell'ultim'ora circa 1 miliardo verrà dedicato per spingere ancora di più sulla prevenzione e circa 700 milioni per l'assistenza domiciliare. Attenzione sarà poi dedicata alla farmacia dei servizi che proprio quest'anno termina la sperimentazione. Il progetto verrà quindi stabilizzato a tutti gli effetti e sono previsti fondi per circa 70 mln. Sempre sulla farmaceutica è previsto l'innalzamento del tetto di spesa di uno 0,5% (circa 700 mln) per dare supporto alle aziende (alleviandole dall'impatto del payback) anche alla luce dei dazi Usa.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=132351

Scenario SSN



Sud in affanno su salute e welfare: le leve della transizione industriale e della sanità integrativa

Da progetti come la Zes Unica che danno ossigeno al tessuto economico e sociale del Meridione e dalla diffusione del Secondo pilastro il possibile contrasto della rinuncia alle cure e della fragilità della popolazione

Barbara Gobbi

La transizione industriale individuata da progetti come la Zes Unica può costituire una leva decisiva per il Mezzogiorno, non solo in termini di sviluppo economico ma anche in quanto capace di migliorare indirettamente lo stato di salute e benessere della popolazione, inducendo una maggiore diffusione degli strumenti di welfare sanitario integrativo che possono ridurre di due punti percentuali la rinuncia alle cure per motivi economici. Strumenti che rientrano in quel "Secondo Pilastro" della sanità in Italia - accanto al Servizio sanitario nazionale - che da decenni è in attesa di riforma ma che nell'arco di due anni potrebbe conoscere una svolta.

Perché questo "balzo" in termini di salute e benessere socioeconomico sia possibile occorre però perseguire tre priorità, capaci di attenuare e per gradi superare la fragilità e la disomogeneità territoriale che al Sud ha tra le sue conseguenze più onerose il fenomeno della migrazione sanitaria. A mettere in fila una possibile strategia è l'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza della Fondazione Ries Ets, nel Paper "Fragilità

economica, Welfare integrativo e Mezzogiorno”, presentato in Senato con la partecipazione di attori cruciali nello scenario economico e sociale del Paese - da Confindustria a Federmanager a Banca d'Italia alle istituzioni sanitarie nazionali e internazionali come Oms Europa - su iniziativa di Francesco Zaffini, presidente della X Commissione Sanità di Palazzo Madama e promotore del progetto di riforma della sanità integrativa. Che, ha annunciato, «dovrebbe vedere la luce entro fine Legislatura».

Le proposte

«Le nostre proposte di policy si articolano su tre elementi - avvisa il coordinatore dell'Osservatorio Ries Duilio Carusi -: innanzitutto, al Sud va promossa la formazione tecnica e manageriale a supporto dello sviluppo produttivo, contrastando la dispersione del capitale umano verso le aree più sviluppate del Paese. Contestualmente, vanno create le condizioni per permettere ai cittadini di sviluppare il proprio percorso di vita vicino al nucleo familiare di origine. Un elemento fondamentale - avvisa - per migliorare a livello esponenziale le condizioni di salute e benessere di anziani ma anche di giovani adulti, contrastando l'isolamento e la disgregazione che condizionano pesantemente anche le scelte in termini di natalità». Terza proposta, lo sviluppo del welfare sanitario integrativo a supporto del Ssn come strumento di accessibilità alle cure. Lo ha certificato l'Inapp: il ricorso ai “fondi” taglia dal 5,3% al 3,3% la rinuncia alle cure per motivi economici. Un fenomeno che è in aumento in Italia e che più attanaglia proprio il Sud. «Si profilano tre linee di intervento - spiega a questo proposito Carusi - legate alla promozione di modelli solidaristici e non profit, così da massimizzare la restituzione in termini di servizi, ma anche all'ampliamento della platea eleggibile, estendendo l'accesso ai lavoratori autonomi e ai dipendenti pubblici, con particolare attenzione alle aree del Mezzogiorno dove la presenza di occupazione pubblica è più rilevante. E infine, legate al rafforzamento delle tutele in ambito Long Term Care, non solo per i lavoratori attivi ma anche per anziani e pensionati».

Conta la dimensione delle imprese

La diffusione del Welfare integrativo va però di pari passo con la dimensione aziendale e proprio l'area più svantaggiata del Paese è caratterizzata da un tessuto industriale in cui a prevalere sono le microimprese. Il paper di Fondazione Ries inquadra un vero e proprio circolo vizioso: la debolezza del sistema produttivo locale alimenta la fragilità occupazionale e di conseguenza limita l'accesso al welfare integrativo, contribuendo alla marginalizzazione sociale ed economica delle aree più svantaggiate.

E' qui che si concentrano le fasce di povertà e fragilità, che in Italia superano nel complesso il 40% della popolazione secondo i dati inediti presentati da Andrea Brandolini, Vice Capo Dipartimento Economia e Statistica Banca d'Italia. Al 2022, il quadro della fragilità economica e della povertà in Italia si componeva di un 3,8% di “solo poveri”, di un 17,9% di “poveri e fragili” e di un 22,2% di “solo fragili” - cioè persone comunque a rischio di scivolare nel mix povertà-fragilità magari per una spesa sanitaria “catastrofica”, a fronte di un 56,1% di “né poveri né fragili”.

Nel Meridione l'incidenza della povertà assoluta è al 12% a fronte di una media nazionale del 9,7% e in cui la rinuncia alle cure - cresciuta dal 6,3% del 2019 al 9,9% del 2024 - incide maggiormente, colpendo per lo più disoccupati, lavoratori precari e soggetti con bassi livelli di istruzione. La sanità integrativa potrebbe dare una mano importante, ma risente della distribuzione geografica dei Fondi sanitari i cui iscritti sono concentrati nelle regioni del Centro-Nord secondo una dinamica che va di pari passo con quella delle imprese, sia per numerosità che per dimensione. Il fatto che al Sud prevalgano le microimprese, si riflette direttamente sul livello di welfare erogato, che cresce proporzionalmente all'aumentare della dimensione aziendale.

I vantaggi della Zes Unica

Da qui l'importanza di un'esperienza come la Zes Unica che dal 2024, rilevano da Fondazione Ries, “costituisce un'opportunità strategica per il rilancio economico e la valorizzazione del Mezzogiorno, con un moltiplicatore economico stimato pari a 2,6” e con una ricaduta di “rigenerazione territoriale” anche su qualità della vita e coesione intergenerazionale per quell'area del Paese

A certificarne i vantaggi è il direttore generale di Confindustria Maurizio Tarquini: «La Zes Unica con la semplificazione che prevede è un esperimento di successo e non possiamo perderlo: gli investimenti sono la chiave di volta per contrastare e potenzialmente superare anche le fragilità socioeconomiche. Ne abbiamo la prova con la Zes Unica che consente con uno stanziamento di 4,8 miliardi di intervento di ottenere 35mila

posti di lavoro e 28 miliardi di investimento». Occorre andare avanti su questa strada». Ma va messa in campo una strategia ad ampio raggio, avvisa ancora Tarquini: «Facciamo crescere le dimensioni delle imprese, facciamo pagare le tasse a chi non le paga e mettiamo in campo tutti gli strumenti per affrontare la sfida Paese di crescere dallo “zero virgola” al 2%. Altrimenti i nostri figli se ne andranno dall’Italia».

Il cantiere Welfare integrativo

«La riforma della sanità integrativa - promette il presidente della X Commissione Sanità del Senato Zaffini - sarà fatta a legislazione vigente per traguardare a regime l’obiettivo di includere anche quella parte della popolazione che non lavora più e che è la prima portatrice di bisogni socio-sanitari. L’idea è di mettere in piedi un sistema misto in cui intervenga lo Stato a sostituire la parte contributiva del datore di lavoro mentre il cittadino accantonerà nel periodo lavorativo una piccola quota a beneficio della fase della vita in cui si troverà in pensione. Analogamente a quanto avviene in altri Paesi». Ma quali prestazioni andrà a coprire il Secondo pilastro? «Di sicuro - spiega Zaffini - la Long term care, le cronicità, i follow-up, la diagnostica, parte della specialistica ambulatoriale e in generale la prevenzione primaria e secondaria dagli stili di vita all’invecchiamento attivo, dagli screening all’immunizzazione».

Sud in affanno su salute e welfare: le leve della transizione industriale e della sanità integrativa - Il Sole 24 ORE



Nasce la mini fabbrica che produce terapie geniche a costi ridotti

Un progetto tutto italiano, sostenuto dal Pnrr, promette di rivoluzionare la produzione delle cure genetiche, rendendole più accessibili e sicure

Nataschia Ronchetti

È come una piccola fabbrica farmaceutica in miniatura, completamente robotizzata. Produce più terapie cellulari e geniche: fino a quattro simultaneamente. Abbattendo potenzialmente fino al 70% gli attuali costi di produzione, che oggi avviene in camere bianche autorizzate dall’ente regolatore nazionale (Aifa) con l’intervento di una equipe di almeno cinque professionisti. Si va infatti dalla riduzione dei costi elettrici e di manutenzione al risparmio che si ottiene sulla spesa per il personale. Si chiama CFBox ed è una innovazione tutta italiana.

Il primo isolatore robotizzato al mondo è made in Italy

È il primo isolatore al mondo personalizzato e automatizzato per la produzione delle terapie geniche. Il frutto della partnership tra PBL, azienda hi-tech di Rubbiano, in provincia di Parma, e i ricercatori dell’Ospedale pediatrico Bambin Gesù di Roma. Con il supporto anche economico – 3,8 milioni di fondi Pnrr – del Centro nazionale di ricerca “Sviluppo di terapia genica e farmaci con tecnologia Rna”, finanziato dal programma europeo Next Generation e dal Mur e al quale fanno capo 32 tra università e centri di ricerca e 13 aziende affiliate (tra le quali la stessa PBL).

Se la nuova macchina otterrà il via libera dagli enti regolatori – Ema in Europa, Aifa in Italia – il prototipo potrà essere sviluppato su larga scala industriale a livello nazionale ed europeo, dando un impulso decisivo alle terapie avanzate, che costituiscono la nuova frontiera della medicina. Basti pensare infatti che attualmente costano, ognuna, da alcune centinaia di migliaia di euro a circa due milioni.

Semplifica e facilita il processo

«La macchina non diminuisce i tempi di produzione, che oscillano tra i 12 e i 14 giorni, ma semplifica e facilita il processo perché controlla meglio l’ambiente, riducendo il rischio di contaminazioni da parte dell’operatore

- dice Concetta Quintarelli, responsabile del laboratorio di Terapia genica dei tumori del Bambin Gesù - Inoltre non richiede l'intervento di più professionisti. Parliamo di uno strumento versatile che consente di produrre più terapie personalizzate differenti tra loro con il primo beneficio di una estrema standardizzazione, essendo robotizzato. Oggi le terapie geniche consentono di agire nell'ambito della lotta a malattie congenite o acquisite, dai tumori alle patologie autoimmuni. La macchina ne favorisce la diffusione sia in ambito accademico che industriale».

CFBox sarà presentata domani nella sede dell'azienda emiliana che, fondata nel 2019 da Franco e Marco Serventi, progetta e sviluppa impianti farmaceutici customizzati per farmaci infusionali e radioattivi. «La macchina è pronta per essere collocata sul mercato – spiega Filippo Begarani, responsabile del centro R&S e innovazione di PBL -. Per metterla a punto sono stati necessari tre anni di lavoro. E' dotata di due robot che replicano le stesse operazioni che attualmente vengono svolte manualmente dagli operatori sanitari all'interno delle camere bianche».

Tutto parte dal sangue del paziente, per trattare una patologia iniziando direttamente dalle sue basi genetiche e fornendo all'organismo una copia "corretta" del gene difettoso. Difficilmente una terapia genica oggi può costare meno di mezzo milione di euro.

Un design modulare scalabile

«Con questa mattina riduciamo i costi – aggiunge Begarani – a partire da quello dell'energia elettrica, dato che il consumo richiesto equivale alla metà di quello attualmente necessario per azionare i macchinari adibiti alla preparazione. Inoltre lo strumento può essere programmato dai medici e dai biotecnologi per adattarlo alla produzione delle diverse terapie personalizzate».

«Bracci robotici, telecamere, sistemi di trasferimento dei liquidi e nastri trasportatori permettono un monitoraggio continuo delle colture – osserva Marco Serventi, ceo di PBL -. Inoltre un design modulare consente la personalizzazione e la scalabilità di un sistema che può essere gestito direttamente dal personale medico, senza il supporto di tecnici e ingegneri».

L'ospedale Bambin Gesù, è il più grande policlinico e centro di ricerca pediatrico in Europa ed è dotato di una officina farmaceutica dedicata alle terapie avanzate. «Attualmente - dice Quintarelli - abbiamo attivato otto trial clinici per patologie oncologiche ematologiche, tumori solidi e malattie autoimmuni».

https://www.ilsole24ore.com/art/nasce-mini-fabbrica-che-produce-terapie-geniche-costi-ridotti-AH4Jt68C?cmpid=nl_sanita24

quotidianosanità.it

Corte dei Conti: la sanità italiana “in cammino per il cambiamento”, ma restano squilibri strutturali, ritardi e bilanci che scricchiolano

Nel nuovo Quaderno del Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica, la Corte dei Conti fotografa il sistema sanitario a pochi anni dalla pandemia: crescita della spesa ma anche forti diseguaglianze territoriali, difficoltà nel reclutamento del personale e lentezze nell'attuazione delle riforme PNRR. Migliora il monitoraggio dei LEA, ma persistono gap Nord-Sud su prevenzione, assistenza domiciliare e infrastrutture territoriali.

13 OTT -

La sanità italiana “è in cammino per il cambiamento”, ma procede tra contraddizioni e squilibri strutturali. È questa la sintesi del **Quaderno n. 4 della Corte dei Conti**, approvato dalle Sezioni riunite in sede di controllo il 22 settembre 2025 e dedicato all'analisi dello stato del Servizio sanitario nazionale e delle sue prospettive di riforma. Il documento analizza spesa, livelli essenziali di assistenza, attuazione del PNRR e sostenibilità del

sistema, mettendo in luce i progressi reali ma anche le criticità che rischiano di compromettere la tenuta del modello universalistico.

La spesa sanitaria: cresce ma non abbastanza

Nel 2024 la spesa sanitaria pubblica ha raggiunto **138,3 miliardi di euro**, pari al **6,3% del PIL**, con un aumento del 4,9% rispetto all'anno precedente. Tuttavia, la Corte segnala che si tratta di una crescita inferiore alle attese e fortemente disomogenea sul territorio. Le regioni in piano di rientro hanno registrato un incremento pro capite del 6,4% contro il 4,2% delle altre, segno di uno sforzo maggiore nel recupero post-pandemico ma anche di strutturali differenze nei costi e nei modelli organizzativi.

La quota di spesa privata resta elevata, soprattutto nell'assistenza ambulatoriale, dove **oltre il 37% dei costi è sostenuto direttamente dalle famiglie**, aggravando la regressività del sistema e i divari di accesso tra Nord e Sud.

Bilanci regionali: disavanzi in crescita e gestione disomogenea

Uno dei capitoli centrali del Quaderno riguarda la finanza sanitaria regionale, tema che la Corte definisce "cruciale per la tenuta del sistema".

Crescono nel 2024 le regioni che presentano disavanzi di bilancio prima delle coperture. La crescita dei disavanzi è imputabile nel complesso prevalentemente alle regioni non in Piano: degli 1,5 miliardi complessivi 1.337 milioni sono riconducibili a quest'ultime. Nel complesso le regioni in Piano pur registrando un netto peggioramento (da un avanzo di 269 milioni ad un disavanzo di 176) contribuiscono marginalmente al dato complessivo.

Un dato che deve essere valutato con attenzione, giacché si basa su un risultato particolare riconducibile alla regione Lazio. Al netto del risultato di tale regione, pur mantenendosi su livelli più contenuti, anche le regioni in Piano di rientro segnano una crescita continua nel triennio: dai 244,4 milioni del 2022 a circa 297 milioni del 2024. Ma ciò che caratterizza l'ultimo esercizio è che il fenomeno si estende ora anche a quelle regioni che finora avevano sempre garantito una elevata qualità dei servizi e un equilibrio economico. Sono ad oggi solo quattro le regioni del Centro Nord che non presentano disavanzi consistenti prima delle coperture. Registrano perdite (circa il 2,3 per cento dei costi) Piemonte, Liguria, Toscana e Umbria, che nel complesso vedono aumentare il disavanzo da 367 milioni ad oltre 580 nel 2024, a cui si aggiunge nell'esercizio appena concluso l'Emilia, portando il disavanzo delle regioni a statuto ordinario del Centro nord ad oltre 774 milioni." La Corte sottolinea che "la sostenibilità economica regionale resta fragile" e invita a "rafforzare il coordinamento nazionale per evitare nuove crisi di liquidità".

Personale e servizi: carenze e disaffezione

Il Quaderno dedica ampio spazio al tema del personale sanitario, descritto come uno dei punti più critici del sistema. La Corte segnala disaffezione verso il servizio pubblico, carenza di nuove adesioni ai corsi per le professioni sanitarie e fuga all'estero dei medici giovani. Fenomeni che aggravano il problema del ricambio generazionale e rendono urgente un ripensamento delle politiche di formazione e incentivazione.

LEA e prevenzione: migliorano i dati, ma resta il gap territoriale

Il monitoraggio del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) mostra progressi nei livelli essenziali di assistenza, ma permangono ritardi significativi negli screening oncologici e nelle vaccinazioni, soprattutto nelle regioni meridionali. Gli indicatori 2023 confermano che, mentre il Nord consolida buoni risultati, il Sud continua a inseguire, anche se con segnali di miglioramento.

PNRR e riforma dell'assistenza territoriale: luci e ombre

Il rapporto dedica ampio spazio allo stato di attuazione della riforma territoriale prevista dal PNRR, evidenziando ritardi significativi nella realizzazione di Case della comunità, Ospedali di comunità e Centrali operative territoriali. A metà 2025 risultano attivate solo parte delle strutture programmate, con forte disparità regionale: solo la Calabria rispetta lo standard di un Ospedale di comunità ogni 100mila abitanti, mentre altre regioni restano ben al di sotto dei target previsti dal D.M. 77/2022.

La Corte dei Conti riconosce gli sforzi compiuti per la modernizzazione del SSN, ma avverte che **il cambiamento non può dirsi compiuto**. La sostenibilità del sistema — economica, organizzativa e sociale — dipenderà dalla capacità di colmare i divari territoriali, investire sul capitale umano e completare le riforme del PNRR con una governance più efficace.

“È necessario — sottolinea la Corte — chiarire le caratteristiche del percorso su cui si intende muovere la sanità italiana, garantendo una qualità dell’assistenza omogenea sul territorio e preservando al contempo le specificità locali”.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=132602



I quaderni del Rapporto sul Coordinamento della finanza pubblica



Quaderno n. 4 La Sanità in cammino per il cambiamento

2025

LA SANITÀ IN CAMMINO PER IL CAMBIAMENTO

ABSTRACT

Il 2026 si presenta come un anno decisivo per la sanità pubblica.

Sono molti i fronti ancora aperti per il settore su cui si dovrà arrivare ad una definizione organica. Passi impegnativi per i quali è importante poter contare su un disegno chiaro del sistema sanitario che si vuole perseguire.

Di qui, l’urgenza di un Nuovo Piano sanitario nazionale che potrebbe contribuire a chiarire il ruolo dei diversi soggetti.

Ciò a completamento degli importanti piani, quello delle cronicità e della salute mentale già annunciati ma non ancora operativi, oltre alla riforma dei Fondi integrativi, oggetto di una recente indagine conoscitiva. Una importanza particolare ha, innanzitutto, il completamento della riforma prevista con il PNRR.

Finora i target previsti sono stati rispettati ma ora si tratta di portare a compimento le realizzazioni effettive e, nonostante che alcuni risultati sia più avanzati rispetto a quanto desumibile dal solo dato della spesa, l'impegno che questo richiede è certamente grande.

Strettamente connesso, anche se a carattere più generale, è il tema del personale sanitario. La trattativa per il rinnovo del contratto 2022-2024 del Comparto si è chiusa e si è in attesa della firma definitiva; devono essere predisposti gli Atti d'indirizzo per i contratti della Dirigenza medica e sanitaria e per le convenzioni di medici di famiglia, pediatri e specialisti ambulatoriali.

Appuntamenti importanti, ma che non sembrano potersi dire risolutivi per rendere più attrattivo il lavoro in sanità, interrompere la fuga da quella pubblica, che si continua ad esprimere in diverse forme: limitato interesse per procedure concorsuali, mancate coperture di specializzazioni cardine per l'assistenza sia sul fronte medico che infermieristico, dimissioni anticipate, fuga all'estero.

Se sono stati da poco avviati a soluzione temi importanti che dovevano confluire nella riforma delle professioni, come la nascita della specializzazione in medicina generale e la stabilizzazione dello 'scudo penale', sul fronte della riorganizzazione di ospedali e territorio andrà compreso il ruolo che avranno i medici di medicina generale, nonché quale sarà l'impatto sulle strutture dello stop ai "gettonisti".

Temi da cui dipende l'inversione di una tendenza negativa nella qualità della assistenza, che in alcune aree del Paese va anche oltre alla già deprecabile emergenza sul fronte delle liste d'attesa, al calo delle somministrazioni vaccinali e alla limitata copertura degli screening e che sta ripercuotendosi su un aumento di fenomeni preoccupanti, come la rinuncia alle cure e l'aumento della spesa a carico dei cittadini.

Problematiche che non sembrano poter trovare ampi margini di intervento sul fronte delle risorse disponibili: i conti del 2024 segnalano un peggioramento dei risultati economici regionali anche in quelle realtà che fino ad ora avevano accompagnato ad una buona performance dei servizi un risultato economico in equilibrio.

La crescita dei costi, soprattutto sul fronte dei beni, è alla base di tali andamenti. Rimane in attesa di soluzione il nodo del payback, sia sui farmaci che sui dispositivi medici, mentre la spesa continua ad aumentare.

Il settore dovrà poi competere nell'assorbimento di risorse con altri fronti caldi del fabbisogno di intervento pubblico: le difficoltà dei settori più interessati dai dazi (tra cui quello dei farmaci) e dalle crisi economiche e geopolitiche, l'aumento dei fondi per la difesa, il permanere delle incertezze sul fronte dell'energia, nonché la necessità di intervenire sulle capacità di acquisto delle fasce con redditi medio bassi più toccate dalla riduzione del potere di acquisto registrata negli ultimi anni.

INDICE

LA SANITÀ IN CAMMINO PER IL CAMBIAMENTO

INTRODUZIONE.....	3
LA SPESA PER LA SANITÀ NEI CONTI PUBBLICI.....	4
LA SPESA PER L'ASSISTENZA SANITARIA.....	6
UN PRIMO SGUARDO AI RISULTATI DEI BILANCI REGIONALI DEL 2019-2024.....	12
I risultati dal lato dei costi.....	16
I risultati dal lato delle entrate.....	20
I RISULTATI DEL MONITORAGGIO DEI LEA.....	33
La qualità dell'assistenza secondo gli indicatori NSG.....	34
IL PERSONALE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.....	46
L'ATTUAZIONE DELLA MISSIONE "6" DEL PNRR: UNA VISIONE D'INSIEME.....	57
LE CASE DELLA COMUNITÀ.....	67
LE CURE DOMICILIARI INTEGRATE.....	73
LE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI.....	76
GLI OSPEDALI DELLA COMUNITÀ.....	80
<i>Riquadro 1 – Il tetto sui dispositivi medici.....</i>	<i>23</i>
<i>Riquadro 2 – I tetti sulla spesa farmaceutica nel 2024.....</i>	<i>30</i>
<i>Riquadro 3 – Rinuncia alle cure: quale evoluzione?.....</i>	<i>43</i>
<i>Riquadro 4 – Le grandi apparecchiature sanitarie.....</i>	<i>85</i>
APPENDICE 1 – EVOLUZIONE DELLA MOBILITÀ SANITARIA OSPEDALIERA INTERREGIONALE.....	89

TAVOLA 1

LA SPESA SANITARIA

(in milioni)

	2013	2014	2015	2016
DPP 2025	117.042	118.133	143.172	149.820
variazione su anno prec	0,44	0,20	3,99	4,52
in % Pil	6,09	6,31	6,35	6,45
in % spesa corrente primaria	15,03	15,28	15,36	15,66
L.R. 2025	117.119	117.834	142.891	149.132
variazione su anno prec	-0,42	0,20	3,99	4,52
in % Pil	6,16	6,30	6,22	6,40
in % spesa corrente primaria	15,03	15,27	15,34	15,71
Piano strutturale di bilancio	117.119	117.834	142.829	149.869
variazione su anno prec	-0,42	0,20	2,90	2,14
in % Pil	6,16	6,30	6,29	6,34
in % spesa corrente primaria	15,03	15,27	15,27	15,35
Dif. 2024	117.119	118.778	141.894	149.760
variazione su anno prec	-0,42	0,84	2,09	2,08
in % Pil	6,29	6,42	6,34	6,28
in % spesa corrente primaria	14,88	15,28	15,30	15,46
L.R. 2024	116.734	118.868	140.787	143.172
variazione su anno prec	2,77	0,90	3,50	1,76
in % Pil	6,57	6,38	6,29	6,30
in % spesa corrente primaria	15,31	15,08	15,33	15,45
Nadef 2023	116.734	112.866	118.787	118.972
variazione su anno prec	2,77	-1,33	2,82	1,66
in % Pil	6,57	6,24	6,21	6,11
in % spesa corrente primaria	15,31	14,83	15,07	15,15
Dif. 2023	116.643	112.737	118.694	118.139
variazione su anno prec	3,77	-2,43	1,73	2,45
in % Pil	6,74	6,31	6,21	6,17
in % spesa corrente primaria	15,33	14,93	15,01	15,13
L.R. 2023	116.348	117.699	112.693	
variazione su anno prec	0,41	-2,61	0,81	
in % Pil	6,36	6,31	6,14	
in % spesa corrente primaria	15,46	14,74	14,67	
Nadef 2022	117.734	118.788	118.428	
variazione su anno prec	-1,70	-2,29	0,56	
in % Pil	6,82	6,20	6,02	
in % spesa corrente primaria	15,14	14,45	14,37	
Dif. 2022	118.734	118.072	118.318	
variazione su anno prec	-0,74	-1,42	0,20	
in % Pil	6,85	6,32	6,15	
in % spesa corrente primaria	15,08	14,78	14,66	
Nadef 2021	123.884	124.428		
variazione su anno prec	-1,71	0,71		
in % Pil	6,33	6,14		
in % spesa corrente primaria	14,93	14,89		
Dif. 2021	126.231	124.410		
variazione su anno prec	2,08	-1,44		
in % Pil	6,83	6,33		
in % spesa corrente primaria	15,15	14,83		

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Istat e MEF vari anni

TAVOLA 2

IL FINANZIAMENTO DEI FABBISOGNI SANITARI STANDARD

(in milioni)

Anni	Finanziamento sanitario corrente	Incrementi annui in %	Finanziamento in % Pil	Spesa sanitaria in CE	Spesa in % del Pil
2019	114.474	0,94	6,39	114.936	6,42
2020	120.337	5,11	7,26	122.468	7,17
2021	122.061	1,23	6,70	128.383	7,08
2022	125.980	3,21	6,42	130.708	6,66
2023	128.874	2,10	6,05	131.842	6,17
2024	134.017	3,99	6,11	138.333	6,31
2025	138.316	1,86	6,05	143.172	6,15
2026	140.483	2,91	6,05	149.820	6,43
2027	141.210	0,53	5,92	151.633	6,16

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Istat e MEF

TAVOLA 3.A

SPESA PER L'ASSISTENZA SANITARIA - TUTTE LE FONTI ANNI 2012 – 2024

valori in milioni	Tutti i regimi di finanziamento					Pa				
	2012	2009	2012	2013	2014	2012	2009	2012	2013	2014
Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione	88.363	84.149	93.849	93.187	180.176	63.969	66.396	76.497	75.921	79.617
Assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione	42.381	41.177	46.408	47.048	49.662	40.647	39.402	44.616	45.189	47.418
Assistenza ospedaliera in regime di day hospital per cura e riabilitazione	6.659	4.925	4.718	4.889	5.611	6.056	4.424	4.255	4.489	4.625
Assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione	39.964	37.379	43.881	44.482	45.768	19.062	22.278	24.861	25.647	26.875
Assistenza domiciliare per cura e riabilitazione	419	668	842	888	923	294	492	618	665	699
Assistenza (sanitaria) di lunga durata (LTD)	15.165	16.544	17.814	18.352	18.522	11.215	11.921	13.864	13.385	14.654
Assistenza (sanitaria) residenziale e ospedaliera di lunga durata	8.239	10.011	10.497	10.707	10.517	5.689	5.880	6.212	6.382	6.694
Assistenza (sanitaria) ospedaliera di lunga durata	978	797	862	929	976	978	797	862	929	976
Assistenza (sanitaria) ambulatoriale di lunga durata	2.869	2.784	3.129	3.207	3.358	2.512	2.428	2.650	2.762	2.698
Assistenza (sanitaria) domiciliare di lunga durata	2.139	2.952	3.446	3.489	3.658	2.045	2.916	3.287	3.321	3.484
Servizi sanitari (non specificati per funzione)	13.633	12.338	13.813	13.294	15.799	8.915	9.328	12.817	12.135	12.724
Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (non specificati per funzione)	28.139	32.732	35.694	36.486	37.688	13.165	16.377	20.116	20.781	21.862
Prodotti farmaceutici e altri prodotti medici non duraturi (non specificati per funzione)	24.107	28.257	30.684	31.281	32.425	14.338	17.481	19.377	19.850	20.469
Apparecchi terapeutici ed altri prodotti medici duraturi (non specificati per funzione)	4.032	4.475	5.010	5.205	5.263	875	896	754	851	893
Servizi per la prevenzione delle malattie	6.313	7.246	10.245	8.122	8.718	3.718	6.349	9.303	3.307	7.694
Gestione e amministrazioni del sistema sanitario e del finanziamento	2.035	2.418	2.879	3.185	3.619	1.172	1.069	1.313	1.402	1.595
Tutte le funzioni	143.668	135.427	176.814	178.156	185.116	108.264	113.580	130.345	128.921	137.456

I COSTI DELLA SANITÀ - ANNI 2023 -2024
(PER REGIONI IN PIANO E NON - PER AREE TERRITORIALI)

(film original)

[illegible]

DPFP. Rifinanziamento del Fondo sanitario e una spesa che si attesta nel 2026 al 6,5% del Pil

Giovanni Rodriguez

Il Documento programmatico di finanza pubblica 2025 conferma il rifinanziamento del Fondo sanitario nazionale. Resta da chiarire se, trattandosi di una fotografia a legislazione vigente, il documento si limiti a recepire il finanziamento aggiuntivo di 4 miliardi già previsto dalla precedente manovra, oppure se intenda anticipare ulteriori interventi, come recentemente dichiarato dal ministro Schillaci. La spesa sanitaria, in rapporto al Pil, è prevista al 6,5% nel 2026, anche per effetto della revisione al ribasso delle stime di crescita.

03 OTT -

"Confermiamo la linea di ferma e prudente responsabilità che tiene conto della necessità della tenuta della finanza pubblica nel rispetto delle nuove regole europee ma nel quadro delle misure imprescindibili a favore della crescita economica e sociale", ha dichiarato il ministro dell'Economia **Giancarlo Giorgetti** dopo l'approvazione del Documento programmatico di finanza pubblica (Dpfp). In questo scenario, la sanità si conferma come una delle priorità strategiche, con un quadro che resta tuttavia definito a legislazione vigente e che dunque riflette le misure già adottate con le precedenti manovre.

Il Dpfp ribadisce l'impegno a sostenere il Fondo sanitario nazionale (Fsn). Nel documento si legge infatti che "si garantirà un ulteriore rifinanziamento del fondo sanitario nazionale". È importante in tal senso sottolineare che un incremento di 4 miliardi per il 2026 era già stato programmato con la legge di bilancio precedente. Si dovrà capire se Giorgetti parlava di un ulteriore impegno economico, così come annunciato in questi giorni dal ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, o se semplicemente si limitava a confermare quella traiettoria già tracciata da Governo e Parlamento nei mesi scorsi, visto che il documento è una fotografia della situazione a legislazione vigente.

TAVOLA II.1.1A CONTO DELLA PA A LEGISLAZIONE VIGENTE (in milioni)

	2024	2025	2026	2027	2028
SPESE					
Redditi da lavoro dipendente	197.169	202.163	206.142	207.909	211.412
Consumi intermedi	179.406	184.810	189.210	189.602	191.598
Prestazioni sociali	445.739	460.640	471.680	482.470	494.640
di cui: Pensioni	337.006	343.910	354.140	363.500	374.470
Altre prestazioni sociali	108.733	116.730	117.540	118.970	120.170
Altre spese correnti	83.913	85.734	90.864	89.859	89.565
Totale spese correnti al netto di interessi	906.227	933.347	957.897	969.839	987.215
Interessi passivi	85.621	88.284	91.729	98.473	104.522
Totale spese correnti	991.848	1.021.631	1.049.626	1.068.312	1.091.737
di cui: Spesa sanitaria	138.335	144.021	149.931	151.727	155.702
Totale spese in conto capitale	117.306	122.333	124.685	120.788	114.059
Investimenti fissi lordi	78.345	83.264	87.353	90.983	86.576
Contributi in c/capitale	30.959	31.705	30.229	23.641	20.827
Altri trasferimenti	8.002	7.364	7.103	6.164	6.656
Totale spese finali al netto di interessi	1.023.533	1.055.680	1.082.582	1.090.627	1.101.274
Totale spese finali	1.109.154	1.143.964	1.174.311	1.189.100	1.205.796

Secondo i dati del Dpfp, la spesa sanitaria crescerà progressivamente dai circa 138 miliardi del 2024 fino a oltre 155 miliardi nel 2028. In rapporto al Pil, essa rappresentava il 6,3% nel 2024 e salirà al 6,5% nel 2026, un valore più elevato rispetto alle previsioni precedenti a causa della revisione al ribasso delle stime di crescita economica.

TAVOLA II.1.1B CONTO DELLA PA A LEGISLAZIONE VIGENTE (in percentuale del PIL)

	2024	2025	2026	2027	2028
SPESE					
Redditi da lavoro dipendente	9,0	8,9	8,9	8,7	8,7
Consumi intermedi	8,2	8,2	8,1	8,0	7,8
Prestazioni sociali	20,3	20,4	20,3	20,3	20,2
di cui: Pensioni	15,3	15,2	15,2	15,3	15,3
Altre prestazioni sociali	4,9	5,2	5,1	5,0	4,9
Altre spese correnti	3,8	3,8	3,9	3,8	3,7
Totale spese correnti al netto di interessi	41,2	41,3	41,2	40,7	40,4
Interessi passivi	3,9	3,9	3,9	4,1	4,3
Totale spese correnti	45,1	45,2	45,2	44,9	44,7
di cui: Spesa sanitaria	6,3	6,4	6,5	6,4	6,4
Totale spese in conto capitale	5,3	5,4	5,4	5,1	4,7
Investimenti fissi lordi	3,6	3,7	3,8	3,8	3,5
Contributi in c/capitale	1,4	1,4	1,3	1,0	0,9
Altri trasferimenti	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3
Totale spese finali al netto di interessi	46,5	46,7	46,6	45,8	45,1
Totale spese finali	50,4	50,6	50,6	49,9	49,3

Questa dinamica conferma come la sanità sia una delle voci più rilevanti della spesa pubblica italiana. Il Documento sottolinea che le pressioni derivanti dall'incremento della spesa sanitaria si collocano accanto a quelle per pensioni e difesa, imponendo una gestione attenta delle risorse in un quadro di sostenibilità dei conti pubblici.

Il Documento richiama inoltre il ruolo della Missione Salute del Pnrr, dotata di 15,63 miliardi. Gli obiettivi restano invariati: rafforzare la rete dell'assistenza territoriale e rinnovare le dotazioni tecnologiche del Servizio sanitario nazionale. Tra i risultati già conseguiti, spicca il superamento del target delle Centrali operative territoriali (Cot): a fronte delle 480 previste entro il 2026, a fine 2024 ne erano già attivate oltre 600.

A queste si affiancano gli interventi del programma "Casa come primo luogo di cura", che punta a rafforzare assistenza domiciliare e telemedicina, con l'obiettivo di raggiungere oltre 1,5 milioni di pazienti a domicilio entro il 2026.

Si conferma l'impegno per la digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale e la valorizzazione del ruolo delle farmacie di prossimità, chiamate a erogare televisite e telemonitoraggi, alleggerendo il carico sugli ospedali. Si richiama inoltre le valutazioni in corso sulla revisione dei tetti di spesa farmaceutica e dei meccanismi di payback, per trovare un equilibrio tra sostenibilità e accesso ai farmaci.

Sul piano del finanziamento regionale, infine, il Documento apre alla possibilità di modificare i criteri di riparto delle risorse per i fabbisogni standard, in coerenza con il Nuovo Sistema di Garanzia e con i nuovi sistemi di monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=132388

Cau, filtri e realtà: perché il reale problema dei Pronto soccorso è (ancora) la capacità Snami Emilia-Romagna

06 OTT -

Gentile Direttore,

abbiamo la sua analisi su [Quotidiano Sanità](#) relativa ai dati Agenas: oltre metà degli accessi in PS sono “verdi e bianchi” e quindi, si conclude, se il territorio non filtra, il PS va in affanno. Vero che la quota di bassa priorità è alta; ma l’esperienza emiliano-romagnola con i CAU dimostra che il nodo non è (solo) il filtro: è che Pronto soccorso ed Emergenza-Urgenza italiana sono in realtà sottodimensionati. La prova? Quando il filtro lo si è costruito davvero secondo quella filosofia, portando la medicina generale h24/7 nei CAU, si è nei fatti prodotto un aumento netto dei contatti complessivi e—complice la riconversione/chiusura di PS e PPI rei di rispondere ad accessi “inadeguati” secondo alcuni —una pressione paradossalmente più concentrata su meno presidi.

Cosa ci dicono i numeri (e la slide regionale)

- La Regione Emilia-Romagna ha rivendicato più volte l’“effetto CAU”: nei primi mesi 2024, -15,5% di codici bianchi e -9% di verdi afferenti ai PS, con una previsione di ~400.000 accessi ai CAU nell’anno. La stessa Regione ammette però che il totale PS+CAU è in aumento (circa 2 milioni a fine 2024, “in costante crescita”). Tradotto: si sposta flusso dal PS, ma la domanda complessiva cresce. ([Regione Emilia-Romagna](#))
- La slide regionale allegata a questa risposta (foto) aggiorna quel quadro: nel 2024 i PS scendono di 148.720 accessi (-8,1%) sul 2023, ma i CAU registrano 545.550 accessi. Risultato aritmetico: quasi +400mila contatti complessivi nell’area EMURG. Il “filtro” c’è, funziona su una parte degli arrivi... ma non alleggerisce il sistema, lo espande *senza aumentare* la capacità ospedaliera a valle.

La variabile che cambia tutto: meno presidi, stessa (o più) domanda

Non è solo una questione di “educare” i cittadini. La stessa Regione ha dichiarato che molti CAU sostituiscono Punti di Primo Intervento o Pronto soccorso dove l’inappropriatezza era ritenuta elevata. È una scelta politica legittima, ma significa meno PS/PPI a cui rivolgersi. Se gli accessi PS diminuiscono un po’, ma i presidi sono di meno, sugli ospedali rimasti la pressione si concentra, non evapora. ([Salute](#))

Il fenomeno è visibile sul campo: tra aperture, rimodulazioni orarie e sostituzioni con CAU, i flussi “non differibili” che comunque necessitano di diagnostica, osservazione o ricovero finiscono sugli stessi PS con boarding in crescita in molte strutture per carenza di posti letto e personale. È quanto emerge dai [report e dalle rilevazioni dei direttori di PS nel 2024](#).

Cosa ci insegna davvero l’esperienza dei CAU

1. Il filtro territoriale da solo non basta. Anche con decine di CAU attivi e campagne informative, la Regione ha riconosciuto che il volume totale PS+CAU cresce. Se il denominatore (domanda) sale e il numeratore critico (le risposte ospedaliere) non cresce, il sistema resta sotto stress. ([Regione Emilia-Romagna](#))
2. La riconversione di PS/PPI in CAU ha effetti collaterali. Dove si sostituisce un presidio d’urgenza con un ambulatorio per bisogni minori, si crea un “vuoto” per i casi più complessi che vengono dirottati più lontano, concentrandosi su pochi PS e spesso con maggiore consumo di tempo-ambulanza. Lo ha scritto nero su bianco la Regione, spiegando l’architettura a “tre tipologie” di CAU e ammettendo risultati “non univoci” vicino ai PS DEA. ([Salute](#))
3. La narrativa “colpa dei bianchi e verdi” è incompleta. Agenas misura un’ampia quota di bassa priorità; ma le società scientifiche e le indagini sul campo ricordano che il problema strutturale è la capacità a valle: posti letto, personale, percorsi di ricovero/OBI, tempi di consulenza e dimissione protetta. Il sovraffollamento è un problema di output almeno quanto di input.

La posizione (coerente) di SNAMI Emilia-Romagna

SNAMI ER lo dice da tempo: i CAU, così come implementati, non risolvono la crisi dei PS; rischiano anzi di diventare un “fast-food” sanitario che amplifica la domanda e sposta l’attenzione senza aumentare la capacità critica dove serve (PS, 118 medicalizzato, posti letto, osservazione breve, diagnostica rapida). E soprattutto: non si può garantire un medico con infermiere nei CAU per le urgenze minori e contestualmente negarlo o ritardarlo al paziente critico sul territorio per via della progressiva ulteriore riduzione dei Mezzi di Soccorso Avanzato (quelli veri, con Medico e Infermiere a bordo). ([SNAMI - Sezione Provinciale di Bologna](#))

Che fare davanti a tutto ciò?

- Aumentare la capacità ospedaliera dell’emergenza: posti letto “a valle” (riducendo il boarding), OBI strutturate, personale stabilizzato e trattato dignitosamente. Sono i driver che gli stessi direttori di PS indicano come determinanti per ridurre l’affollamento. ([Quotidiano Sanità](#))
- Rete 118 e PS non negoziabile: mantenere/riattivare presidi e mezzi medicalizzati in aree critiche; i CAU non possono sostituire la medicina dell’emergenza. ([SNAMI - Sezione Provinciale di Bologna](#))
- Territorio sì, ma integrato: continuità assistenziale, 116117, presa in carico reale nelle Cure Primarie— non “ambulatori filtro” lasciati a gestire il surplus della domanda.

In breve Direttore, ha ragione nel dire che il territorio deve funzionare. Ma i dati regionali e l’esperienza sul campo in Emilia-Romagna dicono che il filtro, da solo, non risolve: se contestualmente si riduce/riconverte la rete di PS e PPI e non si aumenta la capacità ospedaliera, la pressione non cala: si sposta e si concentra. È qui che oggi si gioca la necessità di una vera riforma con visione ampia, non atta a cercare colpevoli teorici da additare, ma a proporre reali e armoniche soluzioni pratiche complessive.

Dati di attività

Regione Emilia Romagna

Numero di accessi in strutture di emergenza-urgenza (EMURG) nel periodo 2020-2024 e numero di accessi CAU, periodo 2023-2024



SNAMI Emilia-Romagna

(Nota: i valori riportati nella slide allegata – PS 2024: **1.686.458**; CAU 2024: **545.550**; **-148.720** PS vs 2023) sono estratti da una presentazione regionale ufficiale: numeri che confermano, più delle previsioni iniziali, l’aumento netto dei contatti totali e la natura “espansiva” del fenomeno CAU.)

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=132418

Arrivano i nuovi LEA: più screening, nuove tecnologie e ampliamento delle esenzioni

Ester Maragò

Dopo otto anni il Servizio Sanitario Nazionale si aggiorna. Il documento sui nuovi Lea è stato approvato dalla Conferenza Stato Regioni: arriva lo screening neonatale per la SMA e i tumori BRCA-correlati, nuovi test genetici e diagnostici, terapie innovative e ampliamento delle patologie esenti. Impatto economico stimato in 150 milioni di euro.

A distanza di otto anni dall'ultimo aggiornamento, il Servizio Sanitario Nazionale compie un passo decisivo verso la modernizzazione dell'offerta assistenziale. Raggiunta l'intesa oggi in Conferenza Stato-Regioni, sui nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA): un pacchetto di interventi che ridefinisce il diritto alle prestazioni sanitarie garantite a tutti i cittadini, introducendo nuovi screening, aggiornando le esenzioni e ampliando l'accesso a tecnologie diagnostiche e terapeutiche di ultima generazione.

Non c'è ancora un testo definitivo, ma *Quotidiano Sanità* è in grado di confermare le anticipazioni del Dpcm già [annunciate ad aprile scorso](#).

“Il provvedimento - spiegano le Regioni in una nota -, che ha richiesto un lungo lavoro tecnico e di confronto istituzionale, comprende misure sia a impatto finanziario – per un totale di circa 149,5 milioni di euro annui già coperti da risorse stanziate – sia interventi a costo zero, ma di grande rilevanza clinica e organizzativa. Tra questi, l'inclusione definitiva dello screening neonatale per l'Atrofia Muscolare Spinale (SMA). L'obiettivo dell'intervento è quello di eliminare prestazioni ormai obsolete, migliorare l'appropriatezza organizzativa e clinica e favorire una maggiore razionalizzazione prescrittiva, in linea con la riduzione degli oneri per il Servizio sanitario nazionale”.

In particolare, le Regioni si sono espresse favorevolmente sul Dpcm con impatto economico che prevede, a titolo esemplificativo, l'inserimento di:

- due nuove prestazioni relative alla terapia psicoeducazionale per disturbi dell'alimentazione e della nutrizione, sia per sedute individuali sia collettive;
- tre nuove malattie croniche esenti dalla partecipazione del paziente al costo delle prestazioni, con l'indicazione della durata minima dell'attestato di esenzione: sindrome fibromialgica, idrosadenite cronica suppurativa e malattia polmonare da micobatteri non tubercolari;
- prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica.

Parere favorevole delle Regioni anche sul secondo provvedimento, il Decreto del Ministro della Salute “isorisorse”, a neutralità finanziaria, che aggiorna, tra gli altri:

- gli elenchi delle malattie rare che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni correlate alla malattia;
- le prestazioni di assistenza termale;
- i Diagnosis Related Group (DRG) per i ricoveri in regime di degenza ordinaria ad alto rischio di non appropriatezza.

La Conferenza della Regioni, inoltre, ha ricordato la necessità di garantire un'interlocuzione diretta e continuativa con la Commissione LEA del Ministero della Salute anche al fine di poter condividere tematiche e quesiti relativi all'aggiornamento e all'inserimento di altre prestazioni, ancora non previste.

Condivisa, infine, l'osservazione relativa ai tempi di entrata in vigore dei due provvedimenti, che le Regioni chiedono siano portati a un termine non inferiore ai 30 giorni dalla pubblicazione in Gazzetta ufficiale, in modo da consentire anche l'adeguamento di tutti i sistemi centrali e regionali”.

Prevenzione oncologica e genetica: nasce il programma per i tumori mammari e ovarici BRCA-correlati Una delle innovazioni di maggiore rilievo è rappresentata dall'introduzione di un programma di sorveglianza attiva per le donne con predisposizione genetica ereditaria al tumore della mammella e dell'ovaio. Il nuovo percorso

prevede l'identificazione delle varianti patogene dei geni BRCA1 e BRCA2 nelle pazienti già affette da tumore, seguita da uno screening regolare per le familiari sane risultate portatrici della mutazione.

Nel pacchetto di prestazioni entrano visite senologiche, mammografie, ecografie, risonanze e consulenze oncologiche e ginecologiche. Si stima un target potenziale di oltre 10mila donne l'anno. L'obiettivo è anticipare la diagnosi, ridurre la mortalità e potenziare il counselling genetico, portando la medicina di precisione predittiva e personalizzata nel cuore del SSN. L'impatto economico previsto è di circa 11 milioni di euro annui.

Screening neonatale esteso: 8 nuove malattie genetiche rare Il nuovo Dpcm amplia lo Screening Neonatale Esteso (SNE) includendo otto ulteriori patologie metaboliche e rare: immunodeficienze combinate gravi (SCID), mucopolisaccaridosi di tipo I (MPS I), adrenoleucodistrofia legata all'X (X-ALD), malattia di Pompe, malattia di Fabry, malattia di Gaucher e altre glicogenosi.

Si tratta di malattie rare ma gravi, che beneficiano in modo determinante della diagnosi precoce. Il programma interesserà oltre 390mila neonati l'anno, con un impatto stimato di quasi 15 milioni di euro. Le risorse saranno coperte in parte attraverso fondi già disponibili.

Screening per la SMA: da sperimentazione a standard nazionale Tra le novità a costo invariato c'è l'ingresso ufficiale nei LEA dello screening neonatale per l'Atrofia Muscolare Spinale (SMA). Dopo una fase di sperimentazione avviata nel 2019, il test viene ora stabilmente inserito nel pacchetto di prestazioni garantite, senza nuovi oneri per la finanza pubblica. La misura rappresenta un esempio di integrazione virtuosa tra innovazione tecnologica e sostenibilità economica, frutto di valutazioni di Health Technology Assessment (HTA) che ne hanno dimostrato l'efficacia clinica e organizzativa.

Diagnostica e terapie: prestazioni nuove e aggiornate Il nuovo elenco dei LEA amplia il ventaglio delle prestazioni ambulatoriali e diagnostiche. Tra le principali novità: test prenatale non invasivo (NIPT) su DNA fetale per le principali trisomie (13, 18, 21), con un target di oltre 90mila donne l'anno; elastografia epatica (Fibroscan), metodica non invasiva alternativa alla biopsia epatica nelle epatopatie croniche. E ancora, reintrodotta il dosaggio della Luteotropina (LH), precedentemente omissa nel Dpcm del 2017; test genetico CYP2C9 per l'ottimizzazione farmacogenomica delle terapie nella sclerosi multipla; nuovi dispositivi protesici per non vedenti e un dispositivo intraorale per la sindrome di Lesch-Nyhan.

Ampio spazio è riservato anche alla psichiatria e ai disturbi del comportamento alimentare, con l'ingresso nei LEA della terapia psicoeducazionale, individuale e di gruppo, destinata a pazienti affetti da anoressia, bulimia e disturbi misti dell'alimentazione.

Esenzioni: nuove patologie croniche e invalidanti Sul fronte delle esenzioni, il Dpcm introduce un ampliamento significativo delle patologie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria. Tra le new entry figurano:

- Sindrome fibromialgica (forme gravi, FIQR > 82);
- Idrosadenite suppurativa (stadio III di Hurley);
- Malattia polmonare da micobatteri non tubercolari.

Sono inoltre aggiornati gli elenchi di prestazioni per patologie già incluse, come asma grave, psicosi, colite ulcerosa, epatite cronica e cirrosi epatica, con nuovi test diagnostici, percorsi di follow-up più accurati e criteri di appropriatezza terapeutica rafforzati.

Appropriatezza e razionalizzazione: più valore, meno sprechi Il nuovo aggiornamento dei LEA non si limita a introdurre prestazioni, ma interviene anche sulla loro razionalizzazione. Vengono rivisti numerosi codici di prestazioni ambulatoriali, eliminati esami obsoleti, aggiornate le definizioni tecniche e precisati i criteri di erogabilità.

STIMA DI IMPATTO FINANZIARIO

Allegato dPCM	Aggiornamento	Impatto
Allegato 1 Prevenzione collettiva e sanità pubblica	Programma di screening e di sorveglianza dei soggetti a rischio credo familiare per tumore della mammella c/o ovaio	11.089.098
	Screening neonatale Immunodeficienze combinate gravi (SCID)	13.525.505
	Screening neonatale Deficit di adenosina deaminasi (ADA-SCID) e deficit di purina nucleoside fosforilasi (PNP-SCID)	
	Screening neonatale dell'Iperplasia Surrenalica Congenita da deficit della 21-Ildrossilasi	
	Screening neonatale Mucopolisaccaridosi tipo 1 (MPS I)	
	Screening neonatale Adrenoleucodistrofia legata all'X (X-ALD)	
	Screening neonatale Malattia di Fabry	
	Screening neonatale Malattia di Gaucher – Deficit di glucocerebrosidasi	
	Screening neonatale Malattia di Pompe (Glicogenosi tipo 2)	
Allegato 4 Nomenclatore prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale	Elastografia transiente epatica. Non associabile a 88.74.1 ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE e 88.76.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO	8.955.000,00
	VIRUS EPATITE D [HDV] ANALISI QUANTITATIVA DI HDV RNA. Incluso: estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, rilevazione	447.750,00
	RICERCA DI MUTAZIONI NOTE/POLIMORFISMI NOTI. Farmacogenetica dei geni del metabolismo dei farmaci: CYP2C9	1.170.000,00
	Pannello standard di fattori prognostici e predittivi di risposta alla terapia per patologia tumorale maligna. Qualsiasi metodo.	28.484.599,56
	Pannello allargato di fattori prognostici e predittivi di risposta alla terapia per patologia tumorale maligna. Qualsiasi metodo.	13.584.729,18
	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE DELLA MAMMELLA SUSCETTIBILE DI TRATTAMENTO CON FARMACI INIBITORI DEL CHECKPOINT IMMUNITARIO. Biomarcatori delle categorie: anti-PD-L1, anti-CTLA-4.	329.600
	Dosaggio dell'attività funzionale ADAMTS13 (proteasi clivante il fattore von Willebrand).	2.942.970,00
	Test cfDNA / NIPT (test DNA fetale su plasma materno)	34.670.060,00
	Dispositivo mobile intraorale (S. di Lesch Nyan)	9.600,00
	Luteotropina	1.724.263,40
	Applicazione di microinfusore sottocute (escluso: costo del manufatto)	1.300.000,00
	Depilazione elettrochirurgica della palpebra	14.300,00
	TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE. Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute, massimo 20 sedute all'anno.	63.386,40

	TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE. Per seduta collettiva. Ciclo di 10 sedute, massimo 20 sedute all'anno.	25.210,50
	allegato 4 GENETICA COLONNA "E" (Anatomia Patologica) nuovo gene di riferimento da indagare (BRAF) per il Carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC)	2.570.000,00
Allegato 5 Ausili su misura e ausili di serie (elenchi 1, 2A e 2B)	classe 06 "Ortesi e protesica" (elenco 1)	402.181,00
	classe 22 "Ausili per comunicazione e informazione" (elenco 2B)	modalità erogazione gara pubblica
Allegato 8 Elenco malattie e condizioni croniche e invalidanti	068 SINDROME FIBROMIALGICA limitatamente alle forme molto severe (FIQR>82)	10.792.500,00
	069 IDROSADENITE CRONICA SUPPURATIVA limitatamente allo stadio III di Hurley	603.163,05
	070 MALATTIA POLMONARE DA MICOBATTERI NON TUBERCOLARI (NTM-LD)	325.082,00
	005 ANORESSIA NERVOSA, BULIMIA	1.094.856,40
	007 ASMA	997.823,20
	009 COLITE ULCEROSA E MALATTIA DI CROHN	7.639.510,88
	044 PSICOSI	1.720.224,00
Allegato 10B Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, escluse dalla partecipazione al costo	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie ed eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS. Da ripetere ogni 4-6 settimane fino al II trimestre in caso di negatività	5.000.000,00
TOTALE		149.481.413

La normativa in materia di finanziamento per l'aggiornamento dei LEA ha reso disponibili per gli anni 2025 e ss. le seguenti risorse:

- 200 milioni di euro previsti dalla Legge n. 234/2021 (art. 1, c. 288)
- 200 milioni di euro previsti dalla Legge n. 213/2023 (art. 1, c. 235)
- 50 milioni di euro previsti dalla Legge n. 207/2024 (art. 1, c. 302).

A valere sulle disponibilità provenienti dalla Legge n. 234/2021 sono stati già utilizzati circa 170 milioni di euro per finanziare i contenuti del DM 25 novembre 2024 di aggiornamento delle tariffe massime di specialistica ambulatoriale e assistenza protesica (che si aggiungono alle risorse già preordinate per tale aggiornamento, pari a 380,7 mln di euro).

Ne consegue che restano disponibili per gli anni le restanti 2025 e ss. risorse pari a complessivi 280 milioni di euro a valere sul fabbisogno sanitario nazionale standard che garantiscono, pertanto, copertura alle previsioni contenute nel DPCM in oggetto di aggiornamento del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 in materia di livelli essenziali di assistenza.

Si riporta di seguito un prospetto riepilogativo delle nuove prestazioni previste con la tariffa associata.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=132879

Continuità, integrazione Ospedale-Territorio e Integrated Care: un approccio multidisciplinare per il futuro della Sanità

Fabrizio d'Alba, (Presidente Federsanità, Direttore Generale AOU Policlinico Umberto I di Roma)

Lucia Mitello, (Coordinatrice Forum delle Professioni Sanitarie Federsanità-ANCI, Direttore del Dipartimento delle Professioni Sanitarie Az. Osp. San Camillo-Forlanini di Roma)

La Monografia di Federsanità-Anci dedica un'analisi approfondita al tema dell'integrazione tra ospedale e territorio, evidenziando l'urgenza di un modello di "cure integrate" capace di garantire continuità assistenziale, efficienza e centralità del paziente. Attraverso esperienze e progetti delle aziende sanitarie, viene delineato un approccio multidisciplinare e tecnologico che punta a superare la frammentazione dei servizi, migliorare la gestione delle cronicità e rendere la sanità più equa, moderna e vicina ai cittadini

22 OTT -

La tematica dell'integrazione tra ospedale e territorio è stata al centro dell'attenzione di Federsanità-Anci negli ultimi 30 anni, eppure permane ancora un elemento critico e sostanzialmente irrisolto nel sistema sanitario italiano. Ciò nonostante la transizione epidemiologica, caratterizzata dalla prevalenza di patologie croniche e dal progressivo invecchiamento della popolazione, renda ormai imprescindibile la continuità delle cure e la presa in carico globale dei pazienti che necessitano di differenti intensità di cure e assistenza.

In tale contesto, la Monografia che dà il titolo a questo articolo affronta il tema dell'Integrated Care e emerge chiaramente, dai progetti delle molteplici aziende sanitarie, come un approccio innovativo e olistico, mirato a integrare servizi sanitari e sociali per fornire un'assistenza più coordinata e centrata sul paziente.

Questo modello si focalizza su alcuni elementi chiave:

- **Coordinamento dei Servizi:** rafforzando la collaborazione tra i vari attori del sistema sanitario e sociale, mira a evitare duplicazioni di interventi e a garantire la continuità assistenziale lungo l'intero percorso di cura.
- **Centralità del Paziente:** il paziente è posto al centro del processo decisionale, con il pieno rispetto delle sue esigenze, preferenze e dell'unicità del suo profilo.
- **Approccio Multidisciplinare:** l'utilizzo di team multidisciplinari consente di affrontare in maniera completa e integrata le necessità complesse dei pazienti, specialmente di quelli affetti da patologie croniche o multiple, attraverso la sinergia di competenze professionali diverse.
- **Integrazione Tecnologica:** l'ampio ricorso a sistemi digitali e soluzioni di telemedicina facilita la comunicazione tra i professionisti e migliora la condivisione delle informazioni, ottimizzando i processi e migliorando la qualità dell'assistenza.
- **Orientamento ai Risultati:** l'obiettivo principale è il miglioramento della qualità di vita del paziente, la riduzione dei ricoveri ospedalieri non necessari e l'ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse, al fine di rendere l'assistenza più efficiente ed efficace, con ricadute positive sui costi complessivi del sistema sanitario.

Le Cure integrate in sanità rappresentano un approccio per migliorare l'assistenza e la qualità della vita, mirano a garantire un'assistenza coordinata, continua e personalizzata per i pazienti, in particolare per coloro che soffrono di malattie croniche o complesse. Questo approccio si basa sull'integrazione dei diversi livelli di assistenza sanitaria e sociale, riducendo la frammentazione dei servizi e migliorando la qualità delle cure.

L'Integrated Care prevedono il coordinamento tra tutti gli attori coinvolti nel percorso di cura del paziente, tra cui:

- Medici di medicina generale
- Specialisti ospedalieri
- Infermieri di comunità e di famiglia
- Servizi sociali
- Caregiver familiari

L'obiettivo principale è fornire un'assistenza personalizzata che tenga conto delle esigenze mediche, psicologiche e sociali del paziente, eliminando sovrapposizioni o lacune nei servizi.

L'integrated Care è un modello strategico perché tiene conto dell'invecchiamento della popolazione e dell'aumento delle malattie croniche come il diabete, l'ipertensione e le patologie cardiovascolari. Il modello tradizionale, basato principalmente su interventi episodici, non è più sufficiente. Le cure integrate rispondono a ulteriori e diverse esigenze:

- Gestione delle cronicità: il 40% della popolazione italiana soffre di almeno una malattia cronica. Le cure integrate aiutano a prevenire complicanze e a migliorare la qualità della vita.
- Continuità assistenziale: evitano interruzioni nei percorsi di cura, soprattutto nei passaggi tra ospedale e territorio.
- Riduzione dei costi: un modello integrato permette di utilizzare le risorse in modo più efficiente, riducendo ricoveri ospedalieri inutili e duplicazioni diagnostiche.

Le componenti principali delle cure integrate sono:

1. centralità del paziente: il paziente è al centro del sistema, con un piano di cura personalizzato e condiviso tra i diversi attori.
2. coordinamento multidisciplinare: medici, infermieri, tecnici, fisioterapisti, assistenti sociali e altri operatori collaborano attivamente per offrire un'assistenza completa.
3. tecnologie digitali: strumenti come la telemedicina, le piattaforme di condivisione delle cartelle cliniche e le app per la gestione della salute facilitano il monitoraggio e la comunicazione.
4. formazione e supporto: sia gli operatori sanitari che i caregiver ricevono formazione continua per garantire competenze aggiornate e supporto adeguato.

L'adozione di un modello di cure integrate comporta numerosi vantaggi:

- Miglioramento della qualità della vita dei pazienti, grazie a un'assistenza centrata sui loro bisogni.
- Riduzione della pressione sugli ospedali, con una gestione più efficace delle cure sul territorio.
- Maggiore soddisfazione per gli operatori sanitari, grazie a processi più chiari e a una migliore collaborazione interdisciplinare.
- Efficienza economica, con una riduzione degli sprechi e un uso ottimale delle risorse.

In sintesi, l'integrazione delle cure si configura come un elemento fondamentale per migliorare l'efficacia e l'efficienza dei servizi sanitari, riunendo professionisti di diverse discipline in un approccio collaborativo e orientato all'innovazione. Questo approccio olistico e multidisciplinare rappresenta una strategia cruciale per rispondere in maniera adeguata ai bisogni di salute di una popolazione in continua evoluzione; rappresentano il futuro della sanità, rispondendo alle sfide poste dall'evoluzione demografica e dalle nuove esigenze di salute. Investire in formazione, infrastrutture e tecnologie è essenziale per costruire un sistema sanitario più efficiente, equo e orientato al paziente.

Il lungo percorso d'innovazione intrapreso nell'ambito delle organizzazioni sanitarie e sociali sia pubbliche che accreditate, deve guidare le scelte operative verso nuovi modelli organizzativi centrati su una forte interazione dei gruppi di lavoro in cui il coinvolgimento dei professionisti è fondamentale per garantire la realizzazione dei progetti. Tale percorso richiede l'utilizzo di approcci multi e interdisciplinari finalizzati a incidere sui processi valorizzando le persone, la leadership, la motivazione, la resilienza, lo sviluppo delle competenze nonché la cura e l'attenzione nei confronti dei team le cui performance devono avere valenza strategica per fare la differenza.

La strada è tracciata: ora è necessario un impegno collettivo per rendere l'integrazione delle cure una realtà diffusa e consolidata.

L'integrazione ospedale-territorio in Italia è sempre stata una sfida cruciale per la sanità pubblica e il territorio rappresenta uno dei pilastri fondamentali per garantire una sanità equa e sostenibile. Con l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle malattie croniche e la necessità di ottimizzare le risorse, il rafforzamento del legame tra strutture ospedaliere e servizi territoriali è diventato un obiettivo strategico prioritario.

Ancora nel contesto attuale il Servizio Sanitario Nazionale italiano, istituito nel 1978, si basa sui principi di universalità, uguaglianza e solidarietà. Tuttavia, dobbiamo sottolineare che negli ultimi decenni, il sistema ha mostrato alcune criticità, tra cui: frammentazione dell'assistenza, sovente manca una comunicazione efficace tra ospedali e servizi territoriali, con conseguenti discontinuità nei percorsi di cura; ospedali in overcrowding in Pronto soccorso, l'accesso inappropriato al pronto soccorso e ai reparti ospedalieri è dovuto anche alla carenza di servizi territoriali adeguati; differenze regionali, la qualità e l'accessibilità dei servizi variano significativamente tra le diverse regioni italiane.

Anche le politiche per l'integrazione nell'ultimo decennio con diverse riforme e iniziative hanno cercato di promuovere una maggiore integrazione tra ospedale e territorio. Tra queste il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che destina risorse significative alla creazione di Case della Comunità (poliambulatori territoriali che offrono servizi sanitari e socio-assistenziali integrati, riducendo il ricorso inappropriato agli ospedali), Ospedali di Comunità (strutture intermedie che forniscono cure a bassa intensità per pazienti che non necessitano di un ricovero in ospedale ma non possono essere assistiti a domicilio) e Centrali Operative Territoriali (piattaforme che coordinano i percorsi di cura e garantiscono continuità assistenziale).

Queste strutture mirano a rafforzare l'assistenza territoriale, facilitando la gestione delle cronicità e la continuità assistenziale; la riorganizzazione dell'assistenza primaria con il ruolo dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli infermieri di famiglia è stato rivalutato come elemento chiave per la gestione delle cure sul territorio; una figura introdotta nei nuovi modelli di integrazione socio-assistenziale è l'infermiere di comunità che svolge un ruolo di raccordo tra ospedale, territorio e famiglia, garantendo assistenza domiciliare e supporto alla gestione delle cronicità; le tecnologie digitali con l'introduzione della telemedicina e dei sistemi di interoperabilità tra cartelle cliniche ospedaliere e territoriali favorisce una maggiore continuità e tempestività nei percorsi di cura.

I benefici attesi in una integrazione efficace ospedale-territorio possono portare numerosi vantaggi:

- Riduzione della pressione sugli ospedali, con una diminuzione degli accessi evitabili al pronto soccorso.
- Miglioramento della qualità della vita dei pazienti cronici e anziani, grazie a un'assistenza personalizzata e prossima al domicilio (la casa come primo luogo di cura).
- Ottimizzazione delle risorse, con una riduzione dei costi legati ai ricoveri ospedalieri non necessari.

Le sfide da affrontare per un cambio di passo sono molteplici nonostante i progressi da registrare nelle varie famiglie professionali:

- Mancanza di personale sanitario, la carenza di medici, infermieri, tecnici, ostetriche e altri operatori è un ostacolo alla piena attuazione delle riforme.
- Resistenza al cambiamento, è necessaria una formazione continua per gli operatori sanitari, affinché possano adottare nuovi approcci e strumenti.
- Disomogeneità regionale, le regioni devono collaborare per ridurre le disuguaglianze nell'accesso ai servizi e garantire standard di qualità uniformi.

L'integrazione tra ospedale e territorio è un elemento fondamentale per costruire una sanità moderna e sostenibile. Investire su infrastrutture, tecnologie e risorse umane è essenziale per superare le sfide attuali e rispondere alle esigenze di salute della popolazione italiana. Un sistema sanitario integrato non solo migliora l'efficienza, ma soprattutto garantisce cure più umane e vicine ai cittadini.

Il Coordinamento delle Professioni Sanitarie di Federsanità-Anci, con i contributi contenuti nella Monografia intende diffondere al fine della loro implementazione, i progetti innovativi proposti dai vari professionisti della salute volti a rafforzare la continuità e l'integrazione delle cure e dell'assistenza tra ospedale e territorio.

I progetti affrontano in modo olistico e multidisciplinare le seguenti tematiche chiave:

Temi principali della Monografia:

1. Modelli di Integrazione delle Cure:

1. Analisi di casi di studio di successo.
2. Implementazione di team multidisciplinari.

2. Comunicazione Interprofessionale:

- Tecniche per migliorare la comunicazione tra professionisti.
- Utilizzo della tecnologia per facilitare la collaborazione.

3. Ruolo della Tecnologia nell'Integrazione delle Cure e nei progetti di continuità ospedale-territorio:

- Telemedicina e strumenti digitali per il coordinamento delle cure.
- Sicurezza dei dati e privacy nel contesto sanitario integrato.

4. Aspetti Etici e Legali:

- Navigazione delle complessità legali nei team multidisciplinari.
- Etica nelle decisioni condivise sul paziente.

5. Esperienze dei Pazienti e Risultati sulle cure integrate e continuità ospedale -territorio:

- Metodi per misurare e migliorare l'esperienza del paziente.
- Indicatori di successo nell'integrazione delle cure.

Le tematiche indicate rappresentano solo una base di riferimento rispetto alle proposte progettuali contenute nel testo. Le aziende coinvolte nel progetto editoriale sono state le Aziende sanitarie pubbliche e private accreditate, Enti di ricerca e istituzioni/organizzazioni pubbliche e private accreditate, Università, Associazioni e organizzazioni non profit operanti nel settore sanitario e sociale.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=132816

Sanità integrativa

quotidianosanità.it

Riforma dell'assistenza integrativa? Ambiguità, rischi e il passaggio all'assistenza sostitutiva

Ivan Cavicchi

06 OTT - Gentile Direttore,

ho letto con grande curiosità la proposta di “riforma di assistenza integrativa” dell’onorevole **Francesco Zaffini**, il presidente della X commissione del Senato (Fratelli d’Italia). D’ora in avanti per metonimia FDI. Si tratta di una proposta concepita (attenzione) a normativa vigente, quindi a leggi invariante. Il che vuol dire che di sicuro è una proposta che sviluppa o estende le controriforme precedenti fatte dal governo Prodi con lo scopo di privatizzare ulteriormente la sanità.

La riforma della seconda gamba

Come ho già scritto valutando le tendenze in atto a scala di sistema, la proposta avanzata è molto probabilmente una “privatizzazione della seconda generazione” o, come a me piace dire, “una privatizzazione del secondo ordine”.

Per me è significativo che essa sia spiegata, dai suoi autori, come una “riforma della seconda gamba”. Se potessi anche io, considerando i 6 milioni di cittadini senza assistenza e il fenomeno pesante dell’out of pocket,

farei la riforma della seconda gamba. Ma dubito fortemente che questa sia l'intenzione politica dei suoi proponenti.

Ma potrei sbagliare (non si sa mai): in questo caso lo dico sinceramente, sarei felice di essere corretto.

Arrivano le controriforme della destra

Il dato politico di fondo che vorrei non sfuggisse a nessuno è che con questa proposta in sanità, dopo le controriforme della sinistra che sono in vigore ormai da quasi 30 anni, oggi arrivano le controriforme della destra.

È già in corso di approvazione l'autonomia differenziata voluta dalla Lega e fatta propria dal governo e ora abbiamo la proposta di riforma sull'assistenza integrativa, presumo condivisa con il governo. Mi sembrerebbe strano che il presidente di una commissione parlamentare di FDI proponesse una qualsiasi riforma senza prima avere il via libera dal suo governo di riferimento.

Quindi la domanda che ci dobbiamo porre si impone da sola: la sanità avrebbe dovuto essere pubblica, gratuita, solidale ed equa, ma – suo malgrado – è diventata neoliberista. Oggi, con un governo e una maggioranza parlamentare di destra, cosa altro dovrà ingoiare? Cioè: quale altra pena, dopo tutte quelle che ha dovuto sopportare sino ad ora, le sarà inflitta?

Per rispondere a questa domanda vale la pena esaminare per bene la proposta di FDI. Di sicuro essa da qualche parte vorrà pur andare. Cerchiamo di capire dove.

Integrare o sostituire?

La proposta di FDI è stata definita “riforma dell'assistenza integrativa”. Io credo che questa definizione contenga una grave ambiguità e nasconda un equivoco che bisognerebbe chiarire e che, mi auguro proprio per non dare adito a dubbi di sorta, i suoi proponenti vorranno chiarire.

La questione riguarda la confusione, non casuale secondo me, tra assistenza integrativa e assistenza sostitutiva.

Chiariamo i termini della questione:

- La “sanità integrativa” è stata definita dalla legge di riforma 833 nel 1978 (art. 44).
- La sanità sostitutiva è il risultato della controriforma dell'articolo 44 fatta con la legge 229 (art. 9).

Secondo me confondere una “riforma” con una “controriforma” è un equivoco che va chiarito. La confusione è nemica della chiarezza.

Allora viva la chiarezza.

La sanità integrativa è una forma di assistenza sanitaria privata:

- alla quale lo Stato ricorre per garantire ai cittadini gratuitamente le coperture sanitarie dovute per legge (LEA)
- essa in genere è regolata per mezzo delle convenzioni
- le convenzioni sono subordinate al rispetto di criteri definiti di accreditamento, per mezzo dei quali il cittadino è curato come se fosse curato sostanzialmente in un servizio pubblico

La sanità sostitutiva è anch'essa una forma di assistenza privata:

- alla quale però il cittadino ricorre a pagamento in alternativa al servizio pubblico
- e per mezzo della quale sempre il cittadino sostituisce la tutela garantita dalla sanità pubblica con l'assistenza sanitaria garantita dal privato

La sanità sostitutiva, a sua volta, si avvale di intermediari finanziari quali le mutue, i fondi sanitari, le assicurazioni sanitarie, il terzo settore. Essa alla fine funziona come quel sistema che una volta si chiamava “assistenza indiretta”, dove il cittadino per le prestazioni di cui fruisce riceve dei rimborsi dal proprio intermediario finanziario o riceve da esso direttamente le prestazioni per mezzo di propri servizi.

Principi antitetici

Ebbene, nel primo caso abbiamo una “sanità integrativa”; nel secondo caso, invece, una “sanità sostitutiva” o una “sanità surrogata”. Nel primo caso vale il principio della centralità del servizio pubblico, del quale il servizio privato è gregario e quindi ad esso afferisce; nel secondo caso, vale il principio di sussidiarietà, in ragione del quale il servizio privato entra in aperta competizione con il servizio pubblico fino a sostituirlo.

Coesistenza ambigua di significati complementari

La mia impressione, leggendo la proposta di FDI, è che in realtà non si abbia a che fare con una riforma dell'assistenza integrativa, ma con una riforma pensata per implementare l'assistenza sostitutiva. Ovviamente potrei sbagliarmi; in questo caso spero che qualcuno mi correggerà. Ma, in attesa di un qualche chiarimento, resta fermo un dato incontrovertibile: riformare l'assistenza integrativa o riformare l'assistenza sostitutiva sono due cose completamente diverse, dal momento che i loro presupposti sono evidentemente antitetici, così come sono diverse le loro possibili conseguenze:

- nel primo caso si rafforzerebbe la sanità pubblica e la sanità privata resterebbe complementare;
- nel secondo caso sarebbe il contrario, e la sanità privata, nel tempo, con una sanità pubblica sempre più debole, prenderebbe il sopravvento.

A me sembra di poter dire in “scienza e coscienza” che la proposta definita di riforma dell'assistenza integrativa in realtà appare come una norma pensata per accelerare la sostituzione del pubblico con il privato; quindi essa, a normativa invariante, sembrerebbe senz'altro essere una privatizzazione della seconda generazione o una privatizzazione del secondo ordine.

Oltre le convenzioni

Se fosse così, come io credo, per forza, quindi necessariamente, la proposta di riforma di FDI dovrebbe prevedere un'estensione degli strumenti giuridici in grado di regolare in modo più esteso i rapporti tra pubblico e privato, cioè la sanità sostitutiva.

Cioè continuare, se è il caso, a usare le convenzioni ma anche altro, ossia andare oltre le convenzioni. Ma in questo caso cosa vorrebbe dire “andare oltre la convenzione”?

Una convenzione in sanità, sostanzialmente, è un accordo tra pubblico e privato pensato prima di tutto per rispettare i diritti dei cittadini e dei malati, attraverso un sistema accreditante, quindi un sistema di requisiti di qualità ma anche di affidabilità, di competenza tecnica, di professionalità.

Per mezzo di questo sistema la sanità privata convenzionata con il pubblico ottiene dalla Regione un riconoscimento formale che attesta la sua idoneità a svolgere determinate attività o a erogare specifici servizi in luogo del soggetto pubblico.

Senza questa idoneità, in sanità, almeno fino ad ora a nessuno è stato permesso di toccare un malato con un dito.

L'appalto della sanità

Oltre le convenzioni gli unici strumenti utili per dare le gambe alla riforma dell'assistenza sostitutiva proposta da FDI sono gli appalti.

L'appalto, diversamente dalle convenzioni, è un contratto in cui il privato – sia esso speculativo o sociale – si impegna a fornire un servizio organizzato autonomamente per conto dello Stato, in cambio di un corrispettivo in denaro.

Quindi l'appalto, per sua natura, non è più subordinato ai diritti del malato e, meno che mai, a criteri di qualità o di affidabilità del servizio prestato, ma è subordinato, come vuole anche la prassi, soprattutto all'entità dei costi relativi alle obbligazioni prestazionali.

Cioè mentre con la convenzione i diritti dei malati restano l'oggetto principale dell'obbligazione, con l'appalto l'oggetto principale dell'obbligazione diventa il costo della prestazione.

È noto che, in una gara di appalto, il criterio principale per la sua aggiudicazione è “il prezzo più basso” (lowest price), che è principalmente un criterio di semplice convenienza economica.

Il rischio di subordinare i diritti alla convenienza economica

Ebbene, se in sanità dovessero subentrare gli appalti, il rischio che potrebbero correre i malati, gli anziani e gli anziani non autosufficienti potrebbe essere quello di essere curati non secondo diritti e necessità, ma in ragione del prezzo più basso.

Cioè il rischio sarebbe quello di subordinare le necessità dei malati al criterio della convenienza economica. In questo caso l'assistenza sostitutiva sarebbe pericolosa perché in sanità assistere le persone al prezzo più

basso significa solo sfruttare i malati senza dare loro in cambio nessuna seria garanzia, ma anche – come dimostra l’esperienza delle cooperative – sfruttare gli operatori con contratti a ribasso.

Per questo mi auguro che chi propone la riforma dell’assistenza sostitutiva ci pensi bene e valuti bene le conseguenze sui malati, in particolare chi, come FDI, rientrerebbe in quell’ambito ideologico-politico definito “destra sociale”, nel quale – se non ricordo male – non si sono mai avute grandi simpatie né per il liberalismo né per il liberismo, ma al contrario si sono sempre preferite idee comprese tra l’economia sociale di mercato e la socializzazione dell’economia (Calderón).

Sanità e metodo

A dir la verità, il passaggio dalle convenzioni all’appalto che io temo nella proposta di FDI non è esplicito, ma è implicito; sebbene, secondo me, esso sarebbe inevitabile.

Del resto è ovvio che se la sanità sostitutiva fosse regolata solo con le convenzioni smetterebbe di essere sostitutiva. Resterebbe integrativa.

Vale la pena citare Kant ma anche Heisenberg, per i quali la conoscenza dell’oggetto dipende dal metodo con cui lo si conosce. Se la sanità è convenzionata essa è una cosa; ma se è appaltata essa diventa un’altra cosa. Alla fine sono gli strumenti contrattuali che si usano che “costruiscono” il genere e il tipo di sanità, quindi le sue qualità reali. Quindi un conto è la sanità che nasce da un contratto sociale tra Stato e cittadini, regolato dall’articolo 32 della Costituzione e dalla 833; un altro conto è la sanità appaltata dallo Stato al privato, regolata con gli strumenti contrattuali degli appalti.

Oltre i diritti

Se in sanità dovessero affermarsi gli appalti, in particolare per l’assistenza degli anziani, entrerebbero in campo nuove forme contrattuali, tutte per loro natura estranee, purtroppo, all’idea dell’interesse sovrano del malato che invece resta tutto intero nell’idea di assistenza integrativa.

Queste nuove forme contrattuali sono diverse:

- l’outsourcing (approvvigionamento esterno)
- l’esternalizzazione (trasferimento di funzioni pubbliche a fornitori esterni)
- l’affidamento in house providing

Lowest price e low quality

Tutte queste forme di affidamento del servizio pubblico al privato hanno in comune il fatto che il privato autoproduce i servizi tramite una società esterna, speculativa o appartenente al privato sociale, ma tutte operano oltre i diritti dei malati.

Senza dubbio queste forme contrattuali sarebbero convenienti economicamente per chi offre e organizza servizi o prestazioni, ma in nessun caso sarebbero convenienti dal punto di vista dell’assistenza sanitaria per il malato, specialmente se anziano. In appalto, per esempio, l’assistenza degli anziani a cooperative sarebbe di sicuro “lowest price” ma nello stesso tempo inevitabilmente “low quality”, con in più – ripeto – un pesante problema di sfruttamento di chi lavora.

Cioè decisamente un pessimo affare per i cittadini, ma un buon affare per il terzo settore.

Privatocrazia

Attendendo eventuali chiarimenti che saranno sempre molto graditi, mi sento di dire comunque che con la proposta di riforma della sanità sostitutiva avanzata da FDI siamo in pieno dentro quella che è stata definita da C. Cordelli “privatocrazia”.

Si tratta di un indirizzo politico che, ribadisco, definirei “neoliberismo della seconda generazione” e che prevede addirittura la possibilità di sostituire la funzione dello Stato con forme diverse di privato. Penso che ciò sia la prova che siamo in mezzo a un viaggio iniziato con l’articolo 32 e con la 833 tanti anni fa, che poi, in corso d’opera, è stato deviato dalla sinistra con delle controriforme verso le ragioni del neoliberismo, e che ora con la destra mi sembra viaggi a vele spiegate verso le ragioni del darwinismo sociale,

cioè verso una società nella quale i diritti delle persone sono stati del tutto soppiantati dagli interessi e dal criterio del reddito.

Conclusione

A questo punto è impossibile non ricordare un articolo di D. M. Berwick pubblicato su JAMA un paio di anni fa, "Salve Lucrum" (The Existential Threat of Greed in US Health Care, 2023), che parla della sanità americana minacciata dall'avidità, una minaccia che sta correndo anche la nostra povera sanità pubblica.

La riforma dell'assistenza sostitutiva proposta da FDI è troppo importante e troppo gravida di conseguenze per non essere approfondita e discussa adeguatamente.

Mi riservo di continuare l'analisi per capire meglio i suoi intenti, i suoi scopi e le sue modalità, ma soprattutto i suoi pericoli.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=132426

il manifesto

Ai centri privati la metà dei fondi per la Sanità

La manovra I 2,4 miliardi stanziati non bastano a recuperare i 13 persi in tre anni

Andrea Capocci

I fondi in più per la sanità nella manovra dovrebbero esserci. Il ministro dell'Economia, Giancarlo Giorgetti, ha chiarito che ai quattro miliardi di euro già appostati negli anni precedenti se ne aggiungeranno 2,4. Insieme fanno solo la metà dei 13 persi in tre anni al netto dell'inflazione – calcolo della Fondazione Gimbe – ma ad altri è andata pure peggio. Il ministro della Cultura, Alessandro Giuli, prende i tagli al suo dicastero con sportività: «Ben vengano quando si tratta di investire in infermieri e per i ceti meno abbienti». In realtà, la scure cala su settori del welfare ben più ampi, dalla scuola alle pensioni. E che siano i lavoratori e i cittadini a guadagnarne è tutto da dimostrare.

Sarà, infatti, la sanità privata a incassare una parte rilevante dell'investimento sul capitolo salute. Quando il ministro Orazio Schillaci sostiene che la manovra «abbatterà le liste d'attesa» si riferisce ai 246 milioni di euro destinati all'acquisto di un maggior numero di prestazioni sanitarie da ospedali e specialisti privati in convenzione. Si tratta di visite e interventi che il paziente non paga direttamente alle strutture private ma che vengono rimborsate dal Servizio sanitario nazionale, che in questo modo garantisce anche l'utile dell'imprenditore. Ma quei soldi non si tradurranno direttamente in altrettante prestazioni, perché da quest'anno ogni visita costerà di più allo Stato.

La manovra infatti destina cento milioni di euro per coprire l'innalzamento delle tariffe, da sommare al miliardo stanziato l'anno scorso per lo stesso capitolo. Finiranno in buona parte ai privati anche i 90 milioni destinati alla salute mentale. Invece di assumere specialisti nelle Asl pubbliche, i governi finora hanno preferito offrire un «bonus psicologo» con cui rimborsare le visite specialistiche a carico delle famiglie e anche questo intervento sembra avviato allo stesso destino.

Poi c'è il capitolo dei tetti annui di spesa per farmaci e dispositivi medici. Nel 2026 quello per i farmaci sarà aumentato di 350 milioni di euro. Questo non significa che lo Stato potrà acquistare più farmaci. Il tetto viene infatti già sfiorato di oltre 4 miliardi, la metà dei quali è restituito dalle aziende farmaceutiche in base al meccanismo del «payback» che incentiva a abbassare i prezzi.

Alzare il tetto di spesa diminuire quindi lo sfioramento: in questo modo cala la parte del ripiano della spesa a carico delle imprese e aumenta la componente pubblica. Senza acquistare una pillola in più.

Una norma analoga vale anche per i fornitori dei dispositivi medici, dalle siringhe ai macchinari per le Tac. Finora le aziende hanno rifiutato di versare il payback previsto, ritenendolo illegittimo. La Corte costituzionale

ha dato loro torto ma il governo Meloni ne ha sposato la causa e pochi mesi fa ha accettato di rinunciare al 75% dell'ammontare totale del payback. Alzare il tetto di spesa di 280 milioni come prevede la nuova manovra è un ulteriore favore alle imprese.

Infine c'è il capitolo delle farmacie caro al sottosegretario alla salute Marcello Gemmato, anche lui farmacista e prossimo alla promozione a vice-ministro. Da quando c'è lui, per le farmacie gli aiuti non mancano mai. Quest'anno riceveranno sussidi per 66 milioni di euro per svolgere analisi e visite in negozio secondo il modello della «farmacia dei servizi» che piace tanto al sottosegretario.

Tra sanità e farmaceutica, la manovra porterà così ai privati 1,1 miliardi di euro, circa la metà dell'investimento totale. Il resto sarà diviso tra la prevenzione e il personale. 530 milioni saranno dedicati a screening e vaccinazioni, 450 ad assumere mille medici e 6mila infermieri, altri 280 ad aumentarne gli stipendi. Il governo parla di un aumento di 1.630 euro l'anno per gli infermieri ma include interventi già preventivati e mai applicati. La realtà è più grigia: «57 euro lordi al mese, meno di 40 euro netti» calcola Antonio De Palma, segretario del sindacato Nursing Up che lamenta anche la promessa rimangiata sulle assunzioni. «Si era parlato di 10mila assunzioni di infermieri nel 2026 per arrivare a 25-30.000 entro il 2028» prosegue. «Ora invece si scende a soli 6mila e la voragine di 175mila infermieri mancanti rispetto agli standard europei resta intatta».

<https://ilmanifesto.it/ai-centri-privati-la-meta-dei-fondi-per-la-sanita>



Assicurazioni sanitarie private: è arrivato il momento di discuterne

Elenka Brenna

Poco meno di un terzo degli italiani ha sottoscritto una assicurazione sanitaria privata. Sono i più ricchi, i più istruiti, in genere vivono al Nord e hanno meno di 70 anni. È un segnale preoccupante per il futuro del sistema sanitario universalistico.

L'espansione delle polizze sanitarie

Circa il 30 per cento della popolazione italiana è coperto, secondo le stime, da una forma di assicurazione sanitaria privata, tramite la sottoscrizione di un fondo sanitario oppure attraverso l'acquisto di una polizza sul libero mercato.

I fondi sanitari sono piani offerti dai datori di lavoro come parte del pacchetto di welfare aziendale e sono il frutto della contrattazione fra parti sociali in occasione dei rinnovi contrattuali. La loro diffusione è stata regolamentata a partire dal decreto legislativo 502/92, ed è stata favorita dai vari governi tramite incentivi fiscali ai datori di lavoro e ai lavoratori.

L'attuale normativa distingue i fondi di tipo A, volti a coprire esclusivamente le cure non incluse nei trattamenti garantiti dal Sistema sanitario nazionale (tipicamente servizi odontoiatrici e servizi di *long term care*) e fondi di tipo B, che forniscono ai propri assicurati la possibilità di accedere privatamente a prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza (Lea).

I fondi di tipo B sono in costante espansione, rappresentano la stragrande maggioranza (il 96 per cento) e finanziano [circa il 70 per cento della spesa](#) intermediata dai fondi sanitari.

Esistono poi le polizze private, molto diversificate per servizi offerti e tipo di copertura.

Nonostante il fenomeno sia in forte crescita e comporti una serie di interrogativi sulla natura del Ssn, manca un sistema centrale di tracciamento che includa tutte le forme di copertura assicurativa.

Pur con i limiti relativi alla frammentazione delle fonti, va ricordato che nel 1999 solo il 2 per cento della popolazione aveva una assicurazione privata, percentuale che passa al [12 per cento nel 2013](#) e al [15 per cento nel 2019](#). Il dato attuale si attesta [intorno al 30 per cento](#).

Che cosa dicono i numeri

Per inquadrare il fenomeno delle assicurazioni private in Italia, ci si avvale del database [European Health Interview Survey](#), gestito in Italia dall'Istat (ultimo anno disponibile, 2019). La variabile di interesse è tratta dalla domanda: la famiglia possiede una assicurazione?

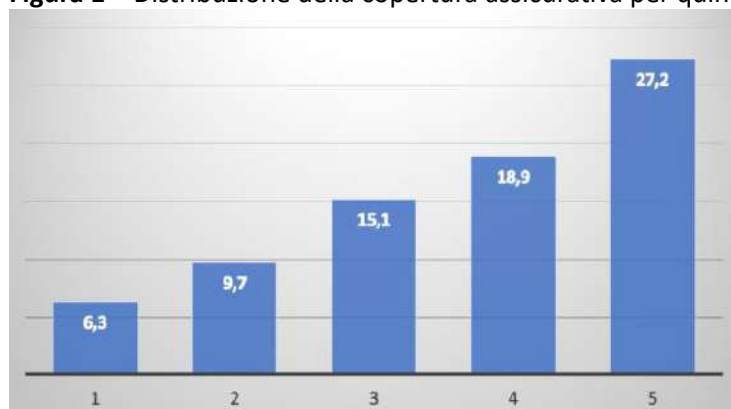
Dai grafici che seguono si può osservare che la scelta di sottoscrivere una non sembra essere guidata dal bisogno di cure, ma da variabili socioeconomiche.

La distribuzione per quintili di reddito mostra che il 27 per cento della fascia più ricca di popolazione possiede una assicurazione, mentre fra coloro che stanno nel primo quintile di reddito solo il 6 per cento ha una forma di copertura. Ugualmente, i più istruiti hanno maggiore probabilità di essere coperti da assicurazione (26 per cento) rispetto a chi possiede solo un diploma di scuola primaria (5 per cento).

Ancora, coerentemente con quanto detto sui contratti collettivi, un quarto dei lavoratori è coperto da assicurazione, quota che scende al 10 per cento fra i pensionati, che in genere sono i più bisognosi di cure. Il dato è confermato dalla distribuzione per età, con la percentuale più bassa (8 per cento) mostrata dagli ultrasessantenni – i più fragili in termini di salute – e la più alta (24 per cento) fra gli individui tra i 25 e i 54 anni, un'età in cui generalmente il bisogno di cure è ridotto.

Esiste infine un gradiente geografico: nel Nord Italia, dove sono concentrate le attività imprenditoriali e il reddito pro-capite è maggiore, il 24 per cento dei residenti è assicurato, la percentuale scende al 15 per cento in Centro Italia e a 5,5 per cento al Sud.

Figura 1 – Distribuzione della copertura assicurativa per quintili di reddito – Valori percentuali



Fonte: Ehis, 2019

Figura 2 – Distribuzione della copertura assicurativa per titolo di studio – Valori percentuali

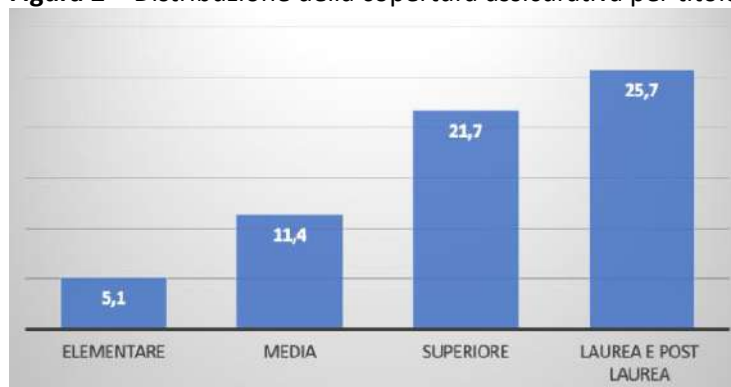


Figura 3 – Distribuzione della copertura assicurativa per status lavorativo – Valori percentuali

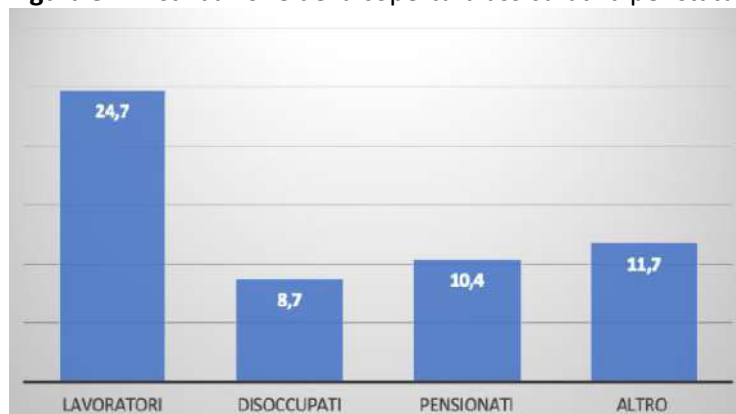
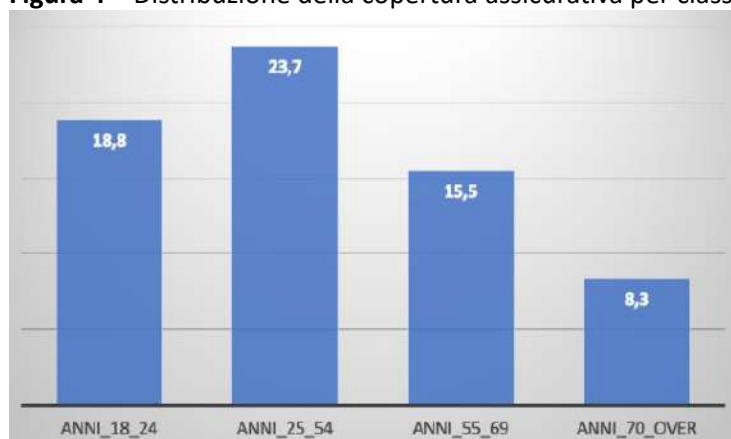


Figura 4 – Distribuzione della copertura assicurativa per classe di età – Valori percentuali



Andiamo verso il modello Usa?

Poco meno di un terzo della popolazione (in particolare i più ricchi, i lavoratori, i più istruiti, chi vive nel Nord Italia, coloro che non hanno raggiunto i settanta anni di età) ha scelto di sottoscrivere una assicurazione privata. Il segnale è allarmante in presenza di un sistema sanitario universalistico.

Assistiamo a un aumento della quota di mercato a favore degli erogatori privati, e, con i dovuti distinguo, sembra che ci stiamo orientando verso il modello Usa, dove l'assicurazione è fornita dal datore di lavoro e chi ha un lavoro migliore ha una polizza più ricca e completa.

Chi ha l'assicurazione può scavalcare le liste di attesa e scegliere l'erogatore delle cure. Inoltre, nella maggior parte dei casi, non deve farsi visitare dal medico curante per l'accesso ai servizi secondari, con un notevole risparmio di tempo.

Chi non ha l'assicurazione deve spesso affrontare lunghi tempi di attesa, con possibili effetti dannosi sulla propria salute e senza la garanzia di un unico interlocutore (la scelta dello specialista) nel percorso di cura. Stiamo assistendo alla discriminazione nell'accesso alle cure a favore di chi possiede una assicurazione sanitaria, la cui distribuzione dipende, a livello collettivo, da disegni istituzionali non attentamente pianificati e a livello individuale da fattori socioeconomici che penalizzano i più bisognosi di cure.

Ci sono poi problemi di efficienza allocativa. La scelta di estendere la copertura assicurativa ad alcune classi di lavoratori partiva dal principio che si [potesse alleggerire il carico del Ssn](#), soprattutto in tempi di tagli ai finanziamenti, attraverso la sostituzione pubblico/privato.

Non esistono tuttavia vincoli all'accesso pubblico per i pazienti che hanno usufruito di servizi sanitari privatamente, e il rischio di una duplicazione dei servizi erogati, ovvero tramite canale sia pubblico che privato, è reale, con conseguente perdita di benessere per la collettività. I pochi studi scientifici che si sono occupati di questo argomento non forniscono risultati univoci, anche a causa della frammentazione dei dati disponibili e della diversificazione delle polizze (per approfondimenti, si veda [qui](#) e [qui](#)).

Sempre in termini di benessere collettivo, la mancanza dell'obbligo di prescrizione del medico curante per l'accesso alle cure secondarie aumenta il rischio di erogazione inappropriata dei servizi. Quando c'è un terzo pagante privato, gli atteggiamenti di moral hazard sono ampiamente documentati dalla letteratura sul sistema sanitario statunitense.

Il dibattito che non c'è

Di tutto ciò si parla poco o nulla. Nonostante i molteplici segnali, è del tutto assente un dibattito pubblico che faccia emergere le iniquità (e le inefficienze) e si interroghi sul futuro del Ssn.

L'invecchiamento della popolazione è una sfida eccezionale per i sistemi sanitari dei paesi occidentali e impone un aumento strutturale della spesa sanitaria, probabilmente non più sostenibile. Bisogna perciò decidere quale modello sanitario, o quali strumenti, utilizzare. Le risposte sono molteplici e non è questa la sede per argomentarle e approfondirle.

È possibile, tuttavia, fornire qualche spunto di analisi, come ad esempio la possibilità di *opting out* per chi sceglie di essere curato esclusivamente privatamente, con un conseguente sgravio della pressione fiscale; la costituzione di un fondo ad hoc per la cura degli anziani; addirittura, e provocatoriamente, il ritorno a un sistema basato sulle assicurazioni sociali. Qualunque spunto, se attentamente discusso e supportato da analisi empirica, è meglio dell'assenza di dibattito.

Quello che è difficilmente accettabile, a parere di chi scrive, è continuare ad assistere al depotenziamento del Ssn, all'aumento incontrollato – e incoraggiato da mirate strategie di marketing – di polizze e fondi sanitari diversificati, senza che ci sia un attento monitoraggio da parte del ministero della Salute.

È necessario un dibattito pubblico, che includa legislatori e studiosi del settore, rappresentanti dei sindacati, delle compagnie assicurative, delle associazioni dei pazienti e delle categorie mediche. Un dibattito che dia trasparenza a un fenomeno che sta passando sottotraccia e sta progressivamente cambiando il volto del nostro Ssn.

[Assicurazioni sanitarie private: è arrivato il momento di discuterne - Lavoce.info](https://lavoce.info/assicurazioni-sanitarie-private-e-arrivato-il-momento-di-discuterne/)

quotidianosanità.it

L'agonia del Ssn spiana la strada al privato. Negli ultimi 3 anni alla sanità 13,1 mld in meno. A carico delle famiglie 41,3 mld e un italiano su dieci rinuncia alle cure. Il rapporto Gimbe

L'8° Rapporto Gimbe fotografa un Servizio Sanitario Nazionale in crisi strutturale, vittima di un defianziamento mascherato, con aumento delle disuguaglianze, spesa privata in crescita e personale in fuga. Le Regioni affrontano tagli, carenze e ritardi nell'attuazione delle riforme territoriali e del Pnrr. Senza un intervento deciso, milioni di cittadini rischiano di rinunciare alle cure. La Fondazione propone un Piano di Rilancio basato su un nuovo patto politico, sociale e professionale per salvare la sanità pubblica.

08 OTT -

"Siamo testimoni di un lento ma inesorabile smantellamento del Servizio Sanitario Nazionale, che spiana inevitabilmente la strada a interessi privati di ogni forma. Continuare a distogliere lo sguardo significa condannare milioni di persone a rinunciare non solo alle cure, ma a un diritto fondamentale: quello alla salute. Da anni i Governi, di ogni colore politico, promettono di difendere il Servizio Sanitario Nazionale, ma nessuno ha mai avuto la visione e la determinazione necessarie per rilanciarlo con adeguate risorse e riforme strutturali. Le drammatiche conseguenze sono sotto gli occhi di tutti: aumento delle disuguaglianze, famiglie schiacciate da spese insostenibili, cittadini costretti a rinunciare a prestazioni sanitarie, personale sempre più

demotivato che abbandona la sanità pubblica. È la lenta agonia di un bene comune che rischia di trasformarsi in un privilegio per pochi".

Così **Nino Cartabellotta**, Presidente della Fondazione Gimbe, ha aperto – presso la Sala della Regina della Camera dei Deputati – la presentazione dell'8° Rapporto sul Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Definanziamento perenne.

Dopo i tagli del decennio 2010-2019 e le imponenti risorse assegnate nel 2020-2022 assorbite interamente dalla pandemia, il fondo sanitario nazionale (FSN) nel triennio 2023-2025 è cresciuto di ben € 11,1 miliardi: da € 125,4 miliardi del 2022 a € 136,5 miliardi del 2025 (figura 1). Risorse in buona parte erose dall'inflazione – che nel 2023 ha toccato il 5,7% – e dall'aumento dei costi energetici. "Ma dietro l'aumento dei miliardi – afferma Cartabellotta – si cela un imponente e costante definanziamento, perché cambiando unità di misura le rassicuranti cifre assolute diventano solo illusioni contabili". Infatti, la percentuale del FSN sul PIL al 31 dicembre 2024 è scesa dal 6,3% del 2022 al 6% del 2023, per attestarsi al 6,1% nel 2024-2025 (figura 2), pari a una riduzione in termini assoluti di € 4,7 miliardi nel 2023, € 3,4 miliardi nel 2024 e € 5 miliardi nel 2025. "In altre parole – spiega il Presidente – se è certo che nel triennio 2023-2025 il FSN è aumentato di € 11,1 miliardi, è altrettanto vero che con il taglio alla percentuale di PIL la sanità ha lasciato per strada € 13,1 miliardi".

Dal punto di vista previsionale, il Documento Programmatico di Finanza Pubblica (DPFP) 2025 del 2 ottobre 2025 stima un rapporto spesa sanitaria/PIL stabile al 6,4% per gli anni 2025, 2027 e 2028, con un leggero aumento al 6,5% nel 2026, legato alla lieve revisione al ribasso delle stime di crescita economica (tabella 1). Tuttavia, la Legge di Bilancio 2025 racconta un'altra storia: la quota di PIL destinata al FSN scenderà dal 6,1% del 2025-2026 al 5,9% nel 2027 e al 5,8% nel 2028. Questo divario tra previsione di spesa e finanziamento pubblico rischia di scaricarsi sui bilanci delle Regioni: € 7,5 miliardi per il 2025, € 9,2 miliardi nel 2026, € 10,3 miliardi nel 2027, € 13,4 miliardi nel 2028. "Senza un deciso rifinanziamento a partire dalla Legge di Bilancio 2026 – avverte Cartabellotta – questo divario tra stima di spesa e risorse allocate costringerà le Regioni a scelte dolorose per i propri residenti: ridurre i servizi o aumentare la pressione fiscale". Eppure il finanziamento della sanità pubblica non è una variabile negoziabile, come ribadito dalla Corte Costituzionale con il netto cambio di passo dal "diritto finanziariamente condizionato" alla "spesa costituzionalmente necessaria" per finanziare i LEA: la Consulta ha riaffermato che la tutela della salute è un diritto incompressibile che lo Stato deve garantire prioritariamente, recuperando le risorse necessarie da altri capitoli di spesa pubblica.

Riparto del fondo sanitario lontano dall'equità.

La revisione dei criteri di riparto ha introdotto lievi effetti redistributivi per le Regioni del Mezzogiorno, compensando solo in parte lo svantaggio che assegna più risorse alle Regioni con popolazione più anziana. Infatti, in termini di riparto pro-capite, nel 2024 la Liguria (€ 2.261) guida la classifica, seguita da Molise (€ 2.235), Sardegna (€ 2.235) e Umbria (€ 2.232), tutte Regioni con un indice di vecchiaia elevato. Al contrario, escludendo le Province autonome, le Regioni più giovani ricevono quote pro-capite inferiori alla media nazionale: Campania (€ 2.135), Lombardia (€ 2.154), Lazio (€ 2.164) e Sicilia (€ 2.166) (figura 3). Rispetto alla media nazionale di € 2.181 pro-capite, nel 2024 il gap va dai +€ 79,84 della Liguria ai -€ 80,18 della Provincia autonoma di Bolzano. Differenze che in valori assoluti vanno dai +€ 159,5 milioni del Piemonte ai -€ 256,5 milioni della Campania e ai -€ 268,5 milioni della Lombardia (figura 4). "I meccanismi di riparto – denuncia Cartabellotta – restano profondamente iniqui. La quota non pesata del 60% limita la capacità di rispondere ai nuovi bisogni di salute, soprattutto quelli emergenti tra i giovani e le fasce socialmente svantaggiate. Inoltre, le nuove variabili su mortalità precoce e condizioni socio-economiche pesano troppo poco: solo l'1,5% sul riparto complessivo. Infine, in assenza di criteri oggettivi e trasparenti, la quota premiale si è trasformata in un meccanismo di compensazione politica".

Spesa sanitaria: il peso sulle famiglie e le rinunce alle cure.

Secondo i dati ISTAT, la spesa sanitaria per il 2024 ammonta a € 185,12 miliardi: € 137,46 miliardi di spesa pubblica (74,3%) e € 47,66 miliardi di spesa privata di cui € 41,3 miliardi (22,3%) pagati direttamente dalle

famiglie (out of pocket) e € 6,36 miliardi (3,4%) da fondi sanitari e assicurazioni (figura 5). Complessivamente l'86,7% della spesa privata grava direttamente sui cittadini, mentre solo il 13,3% è intermediata. "La spesa delle famiglie – spiega Cartabellotta – viene inoltre “arginata” da fenomeni che riducono l'equità dell'accesso e peggiorano le condizioni di salute: limitazione delle spese per la salute, indisponibilità economica temporanea e, soprattutto, rinuncia alle prestazioni sanitarie". Un fenomeno esploso nel 2024 quando ha coinvolto 1 italiano su 10 (oltre 5,8 milioni di persone), ossia il 9,9% della popolazione, con marcate differenze regionali: dal 5,3% della Provincia autonoma di Bolzano al 17,7% della Sardegna (figura 6). Il quadro è destinato a peggiorare, complice l'aumento della povertà assoluta che nel 2023 ha colpito 2,2 milioni di famiglie (8,4%). "L'aumento della spesa a carico delle famiglie – osserva Cartabellotta – rompe il patto tra cittadini e Istituzioni con milioni di persone costrette a pagare la sanità di tasca propria o, se indigenti, a rinunciare alle prestazioni. E soprattutto senza più la sicurezza di poter contare su una sanità pubblica che garantisca certezze".

Livelli Essenziali di Assistenza, mobilità sanitaria e divari Nord-Sud.

Il 2023 certifica un'Italia spaccata: solo 13 Regioni rispettano i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), prestazioni e servizi da garantire a tutti i cittadini gratuitamente o previo pagamento di un ticket. Al Sud si salvano solo Puglia, Campania e Sardegna (tabella 2). La cartina al tornasole degli adempimenti LEA è la mobilità sanitaria che nel 2022 vale oltre € 5 miliardi: Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto raccolgono il 94,1% del saldo attivo, mentre il 78,8% del saldo passivo si concentra in 5 Regioni del Sud (Abruzzo, Calabria, Campania, Puglia, Sicilia) e nel Lazio, che registrano un saldo negativo oltre € 100 milioni. Le conseguenze di questa permanente “frattura strutturale” tra Nord e Sud si riflettono anche nell'aspettativa di vita che in tutte le Regioni del Mezzogiorno è pari o inferiore alla media nazionale. Le stime ISTAT per il 2024 indicano una media nazionale di 83,4 anni con nette differenze regionali: dagli 84,7 anni della Provincia autonoma di Trento agli 81,7 della Campania, un gap di ben 3 anni. (figura 7). "Un drammatico segnale – commenta Cartabellotta – che testimonia la bassa qualità dei servizi sanitari del Mezzogiorno, oltre al fallimento di Piani di rientro e Commissariamenti nella riqualificazione e riorganizzazione sanitaria delle Regioni del Sud: qui i cittadini vivono una sanità peggiore, devono spendere per curarsi altrove e pagano imposte regionali più alte".

Espansione dei soggetti privati.

"Nessun Governo – spiega Cartabellotta – ha mai dichiarato di voler privatizzare il SSN. Ma il continuo indebolimento della sanità pubblica favorisce la continua espansione dei soggetti privati, ben oltre la sanità privata convenzionata". Oggi i soggetti privati in sanità si muovono su quattro fronti: erogatori (convenzionati o “privato puro”), investitori (fondi di investimento, banche, gruppi industriali), terzi paganti (assicurazioni, fondi sanitari), oltre a tutti i contraenti di partenariati pubblico-privato. "Un ecosistema complesso e intricato – aggiunge il Presidente – dove è difficile mantenere l'equilibrio tra l'obiettivo pubblico della tutela della salute e quello imprenditoriale della generazione di profitti". Secondo i dati del Ministero della Salute, nel 2023 su 29.386 strutture sanitarie, 17.042 (58%) sono private accreditate e prevalgono sul pubblico in varie aree: assistenza residenziale (85,1%), riabilitativa (78,4%), semi-residenziale (72,8%) e specialistica ambulatoriale (59,7%). Nel 2024 la spesa pubblica destinata al privato convenzionato ha raggiunto € 28,7 miliardi, ma in termini percentuali è scesa al minimo storico del 20,8% (figura 8). A correre davvero è invece il “privato puro”: tra il 2016 e il 2023 la spesa delle famiglie presso queste strutture è aumentata del 137%, passando da € 3,05 miliardi a € 7,23 miliardi. Nello stesso periodo la spesa out of pocket nel privato accreditato è cresciuta “solo” del 45%, con un divario che si è ridotto da € 2,2 miliardi nel 2016 a € 390 milioni nel 2023 (figura 9). "Questo scenario – avverte Cartabellotta – documenta una profonda evoluzione dell'ecosistema dei privati in sanità, dove il libero mercato si sta espandendo grazie alle sinergie tra finanziatori ed erogatori privati, creando un binario parallelo e indipendente dal pubblico, riservato solo a chi può permetterselo".

Squilibri del personale sanitario: tanti medici, pochissimi infermieri.

In Italia nel 2023 i medici dipendenti sono 109.024, pari a 1,85 per 1.000 abitanti, e quelli convenzionati 57.880. Ma secondo i dati OCSE, che includono tutti i medici in attività compresi gli specializzandi, il nostro Paese conta ben 315.720 medici, ovvero 5,4 ogni 1.000 abitanti. Siamo secondi dopo l'Austria, con un valore nettamente superiore alla media OCSE (3,9) e a quella dei paesi europei (4,1) (figura 10). "Questi numeri –

osserva Cartabellotta – dimostrano che in Italia non c'è affatto carenza di medici, ma attestano una loro fuga continua dal SSN e carenze selettive in specialità ritenute poco attrattive e nella medicina generale". Al podio per numero di medici fa da contraltare la posizione di coda del nostro Paese per il numero di infermieri: 6,5 ogni 1.000 abitanti rispetto alla media OCSE di 9,5 (figura 11). Secondo i dati nazionali, nel 2023 sono 277.164 gli infermieri dipendenti, pari a 4,7 per 1.000 abitanti, con un range che varia da 3,53 della Sicilia a 6,86 della Liguria (figura 12). A peggiorare lo scenario si aggiunge il crollo dell'attrattività per la professione: per l'anno accademico 2025/2026 il rapporto tra domande presentate e posti disponibili al Corso di Laurea in Infermieristica è crollato a 0,92. Sul fronte della medicina territoriale, al 1° gennaio 2024 si stima una carenza di 5.575 medici di medicina generale e di 502 pediatri di libera scelta, che rende spesso difficile trovare un professionista vicino al proprio domicilio. Infine, le retribuzioni restano ben al di sotto della media OCSE: a parità di potere di acquisto per i consumi privati, per i medici specialisti la retribuzione media in Italia è di \$ 117.954 (media OCSE \$ 131.455) e per gli infermieri ospedalieri di \$ 45.434 (media OCSE \$ 60.260). "Rimane incomprensibile – commenta Cartabellotta – la scelta di formare più medici, senza prima attuare misure concrete per arginarne le fuga dalla sanità pubblica e restituire attrattività e prestigio alla carriera nel SSN. Ovvero rischiamo di investire denaro pubblico per regalare professionisti al privato o all'estero".

Riforma dell'assistenza territoriale. Il recente monitoraggio Agenas sull'attuazione del DM 77/2022 rileva ritardi e disomogeneità regionali. Fatta eccezione per le Centrali Operative Territoriali il cui target è stato già raggiunto, al 30 giugno 2025 delle 1.723 Case della Comunità programmate, 218 (12,7%) avevano attivato tutti i servizi previsti e di queste solo 46 (2,7%) disponevano di personale medico e infermieristico (tabella 3). Per gli Ospedali di Comunità, a fronte di 592 strutture programmate, solo 153 (26%) sono state dichiarate attive, per complessivi 2.716 posti letto (tabella 4). Quanto all'Assistenza Domiciliare Integrata, la copertura formale è garantita in tutte le Regioni tranne che in Sicilia (78%). Ma dietro i numeri emergono disegualianze nell'erogazione dei singoli servizi, con carenze significative in quelli socio-assistenziali (tabella 5).

Stato di avanzamento del PNRR: luci e ombre. Per portare a termine la Missione Salute mancano 14 obiettivi da raggiungere entro il 30 giugno 2026, una data che segna non solo la scadenza degli adempimenti burocratici, ma la reale consegna di strutture e servizi ai cittadini. Dal monitoraggio indipendente GIMBE emerge che 4 target sono in anticipo o già completati: ristrutturazioni degli ospedali, assistenza domiciliare per gli over 65, grandi apparecchiature, contratti di formazione specialistica; altri 5 non sono valutabili per mancanza di dati pubblici. 2 i target presentano ritardi: riguardo agli interventi di antisismica, al 25 febbraio 2025 risultano attivi o conclusi circa 86 cantieri, ma la spesa totale non raggiunge l'11% del finanziamento e nel Mezzogiorno è del 6% circa.

Relativamente all'adozione da parte di tutte le Regioni del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), al 31 marzo 2025 solo 6 documenti su 16 – lettera di dimissione ospedaliera, referti di laboratorio e di radiologia, prescrizione farmaceutica e specialistica e verbale di pronto soccorso – sono disponibili in tutte le Regioni. Inoltre, solo il 42% dei cittadini ha espresso il consenso alla consultazione del FSE con un divario enorme tra le Regioni: dall'1% in Abruzzo, Calabria e Campania al 92% in Emilia-Romagna. Infine, 3 target risultano in netto ritardo: potenziamento delle terapie intensive e semi-intensive, attivazione di Case di Comunità e Ospedali di Comunità. «Nonostante la rimodulazione al ribasso concessa dall'Europa – osserva Cartabellotta – i ritardi sono molto preoccupanti, in particolare in alcune Regioni. Anche perché, oltre al completamento delle strutture, rimane il nodo del personale: carenza di infermieri e incertezze sulla reale disponibilità dei medici di famiglia a lavorare in queste strutture». In dettaglio, il target prevede che dovranno essere pienamente funzionanti almeno 1.038 Case della Comunità e almeno 307 Ospedali di Comunità, dotati di servizi e personale sanitari entro il 30 giugno 2026. Al 30 giugno 2025, per 218 Case della Comunità (21%) sono stati dichiarati attivi tutti i servizi, ma di queste solo 46 (4,4%) dispongono di personale medico e infermieristico; gli Ospedali di Comunità dichiarati attivi dalle Regioni erano invece solo 153 (49,8%). "In questo scenario – avverte Cartabellotta – la "volata finale" del PNRR impone una convergenza di sforzi tra Governo, Regioni e ASL per trasformare le risorse in servizi accessibili per i cittadini. Altrimenti rischiamo di lasciare in eredità alle future generazioni strutture vuote, tecnologie digitali non integrate nel SSN insieme ad un pesante indebitamento, spreco così un'occasione irripetibile per rafforzare la sanità pubblica".

Il Piano di Rilancio del Ssn. "Il futuro del Ssn – conclude Cartabellotta – si gioca su una scelta politica netta: considerare la salute un investimento strategico del Paese o continuare a trattarla come un costo da comprimere. Il Piano di Rilancio della Fondazione Gimbe punta in una direzione chiara: rafforzare e innovare quel modello di SSN istituito nel 1978, finanziato dalla fiscalità generale e basato su principi di universalità, uguaglianza ed equità, al fine di garantire il diritto costituzionale alla tutela della salute a tutte le persone. Ma perché questo Piano sia attuabile, la Fondazione Gimbe invoca un nuovo patto. Un patto politico che superi ideologie partitiche e avvicendamenti di Governo, riconoscendo nel Ssn un pilastro della democrazia, uno strumento di coesione sociale e un motore di sviluppo economico; un patto sociale che renda i cittadini consapevoli del valore della sanità pubblica e li educi a un uso responsabile dei servizi; un patto professionale in cui tutti gli attori della sanità devono rinunciare ai privilegi di categoria per salvaguardare il bene comune".

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=132468

Figura 1. Fabbisogno Sanitario Nazionale: trend 2010-2025

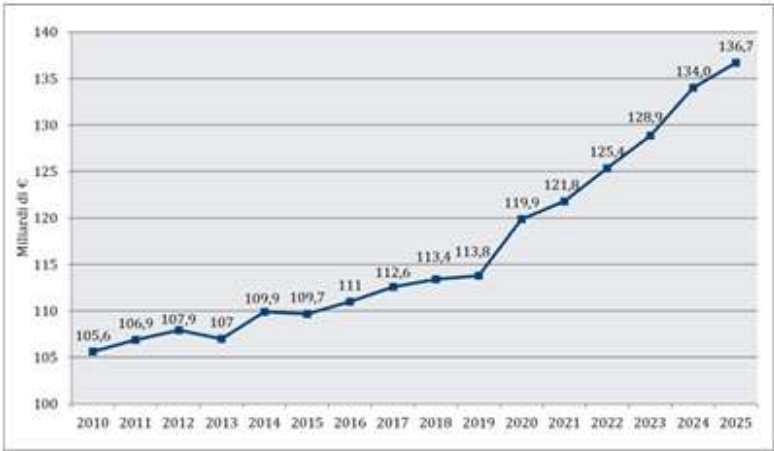


Figura 2. Fabbisogno Sanitario Nazionale in percentuale sul PIL: trend 2010-2025

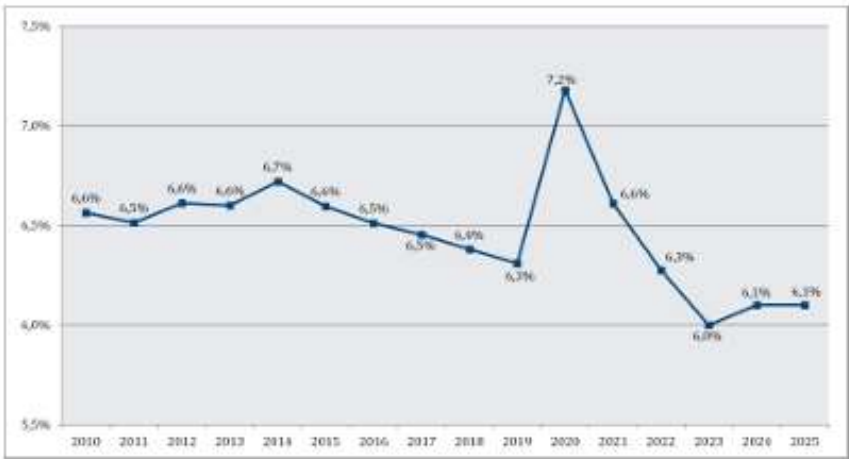


Tabella 1. Documento Programmatico di Finanza Pubblica 2025: consuntivo 2024 e stime 2025-2028

	2024	2025	2026	2027	2028
Spesa sanitaria (milioni di €)	138.335	144.021	149.931	151.727	155.702
Spesa sanitaria (% PIL)	6,3%	6,4%	6,5%	6,4%	6,4%
Tasso di variazione in %	4,9%	4,1%	4,1%	1,2%	2,6%

Figura 3. Finanziamento pro-capite FSN indistinto 2024 per Regione
(elaborazione GIMBE su dati Delibera CIPESS n. 88/2024)

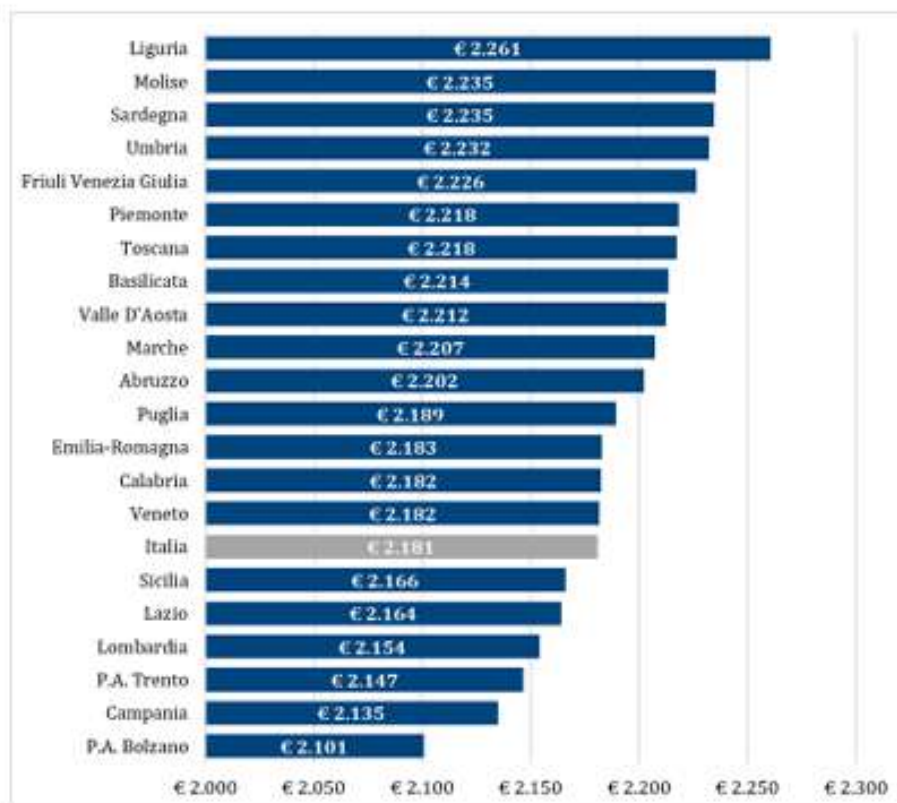


Figura 4. Gap totale risorse per il finanziamento indistinto dei LEA (ante mobilità) rispetto al valore nazionale
(elaborazione GIMBE su dati Delibera CIPESS n. 88/2024)

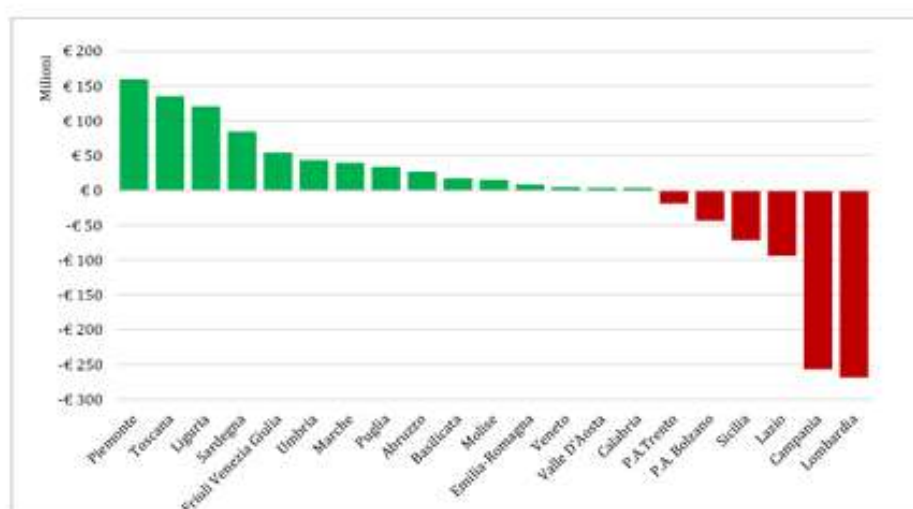


Figura 5. Composizione della spesa sanitaria
(dati ISTAT-SHA, anno 2024)

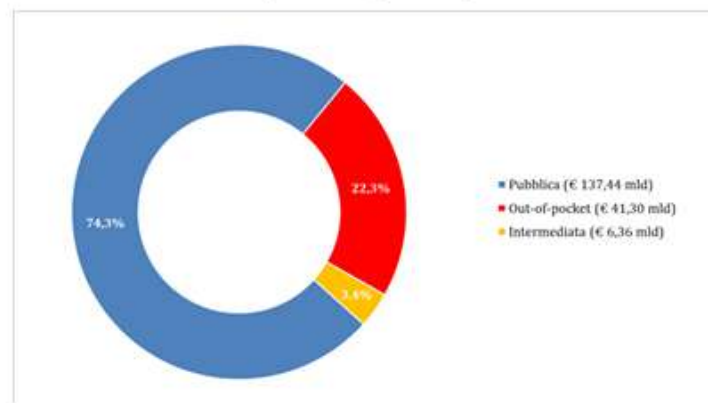


Figura 6. Percentuale di persone che hanno rinunciato ad una o più prestazioni sanitarie
(dati ISTAT, anno 2024)

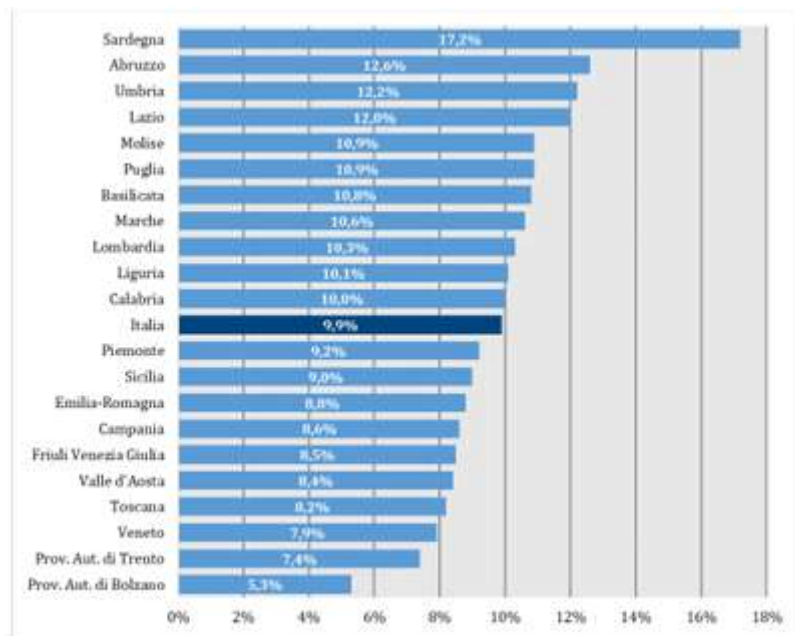


Tabella 2. Punteggio totale adempimenti LEA anno 2023

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)

Figura 7. Aspettativa di vita alla nascita
(dati ISTAT, anno 2024)

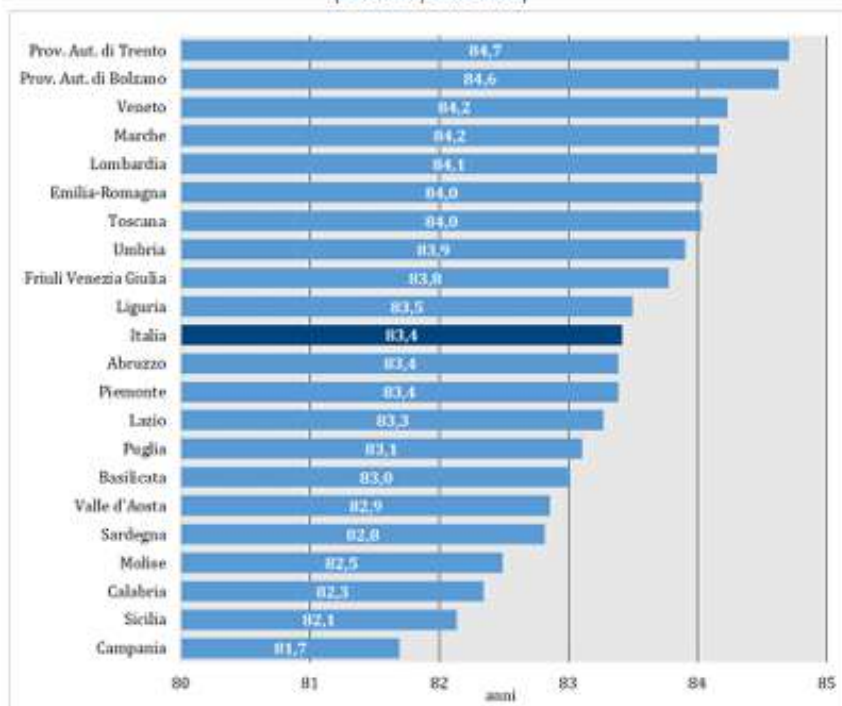


Figura 8. Spesa sanitaria pubblica destinata al privato convenzionato 2012-2024
(elaborazione GIMBE su dati ISTAT)

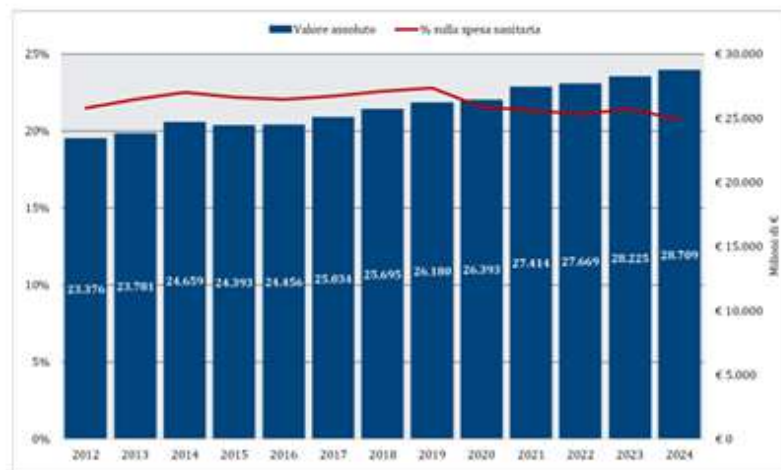


Figura 9. Spesa out-of-pocket trasmessa al sistema Tessera Sanitaria da strutture private accreditate e non accreditate (2016-2023)
(elaborazione GIMBE su dati Ragioneria Generale dello Stato)

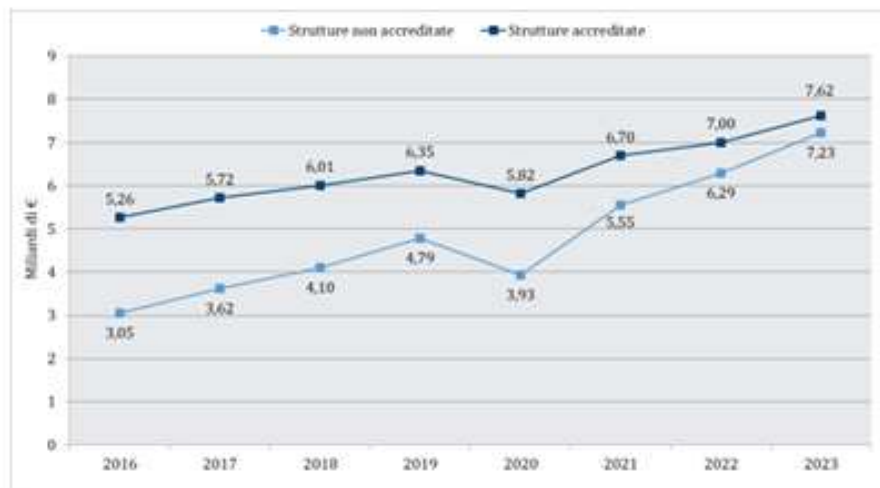


Figura 10. Medici per 1.000 abitanti
(dati OCSE, anno 2023 o più recente disponibile)

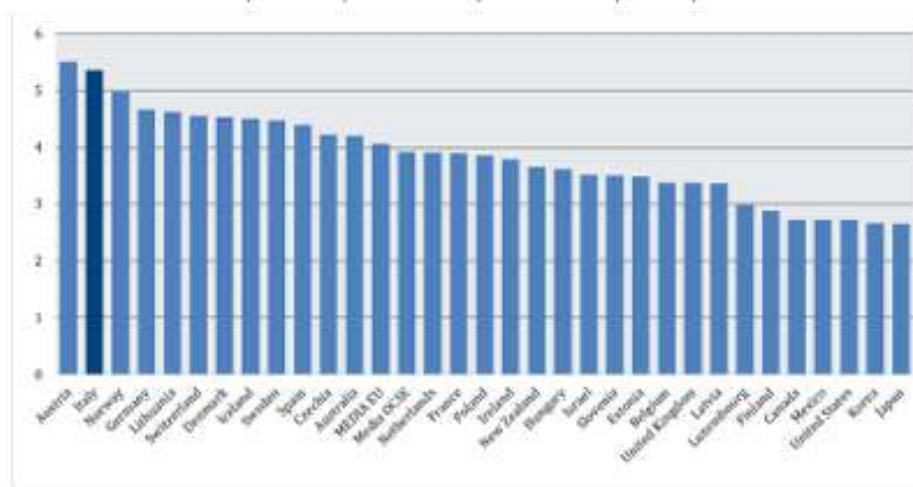


Tabella 3. Case della Comunità programmate e dichiarate con servizi attivi dalle Regioni al 30 giugno 2025 (dati Agenas)

Regione	Programmate	Con almeno un servizio dichiarato attivo	Con tutti i servizi obbligatori dichiarati attivi	
			Senza presenza medica e infermieristica	Con presenza medica e infermieristica
Abruzzo	42	-	-	-
Basilicata	19	-	-	-
Calabria	63	2	2	-
Campania	191	-	-	-
Emilia-Romagna	187	140	32	8
Friuli Venezia Giulia	32	30	-	-
Lazio	146	95	7	5
Liguria	33	16	6	2
Lombardia	204	142	64	12
Marche	29	20	4	1
Molise	13	2	2	2
Piemonte	96	31	5	1
Prov. Aut. di Bolzano	10	-	-	-
Prov. Aut. di Trento	12	2	1	-
Puglia	123	1	1	-
Sardegna	80	27	-	-
Sicilia	161	9	5	2
Toscana	157	70	23	7
Umbria	22	6	3	2
Valle d'Aosta	4	4	1	1
Veneto	99	63	16	3
ITALIA	1.723	660	172	46

Tabella 4. Ospedali di Comunità programmate e dichiarati attivi dalle Regioni al 30 giugno 2025 (dati Agenas)

Regione	Ospedali di Comunità programmati	Ospedali di Comunità dichiarati attivi	%
Abruzzo	15	6	40%
Basilicata	5	0	0%
Calabria	20	0	0%
Campania	61	1	2%
Emilia-Romagna	53	24	45%
Friuli Venezia Giulia	15	3	20%
Lazio	42	2	5%
Liguria	11	2	18%
Lombardia	64	26	41%
Marche	9	0	0%
Molise	2	2	100%
Piemonte	30	1	3%
Prov. Aut. di Bolzano	3	0	0%
Prov. Aut. di Trento	4	3	75%
Puglia	49	7	14%
Sardegna	34	2	6%
Sicilia	48	4	8%
Toscana	36	17	47%
Umbria	16	7	44%
Valle d'Aosta	2	0	0%
Veneto	73	46	63%
ITALIA	592	153	26%

One Health, clima e salute



Riassunto della ricerca sulla salute planetaria

[Cahal McQuillan](#)

Calore urbano e apprendimento

Gli effetti delle temperature elevate sulla salute umana sono ben noti: l'esposizione a temperature elevate comporta un aumento dei tassi di malattie cardiovascolari, respiratorie, infettive e di altri disturbi fisici. Dato che anche la compromissione delle funzioni cognitive e la salute mentale sono associate al calore eccessivo, Konstantina Vasilakopoulou (Royal Melbourne Institute of Technology, VIC, Australia) e Matthaios Santamouris ipotizzano che l'esposizione prolungata a temperature elevate possa avere un impatto [sull'apprendimento in contesti educativi urbani](#).

Nella loro revisione sistematica, gli autori esaminano i dati che collegano i risultati di apprendimento individuali all'esposizione al calore per quasi 14,5 milioni di studenti in 61 paesi. I risultati suggeriscono che l'esposizione al calore ha un impatto negativo sull'apprendimento cumulativo degli studenti, con compiti complessi, come la matematica, maggiormente influenzati rispetto a compiti più semplici, come la lettura. I risultati degli autori indicano inoltre che questi effetti negativi sono più pronunciati negli studenti più giovani e in quelli provenienti da gruppi socioeconomici più bassi, dove le soluzioni adattive (ad esempio, l'aria condizionata) sono meno comuni. Lo studio di Vasilakopoulou e Santamouris contribuisce a evidenziare i modi in cui il caldo estremo e il cambiamento climatico possono accelerare le disuguaglianze sociali e ostacolare il progresso economico nei contesti a basso e medio reddito.

Essiccazione continentale

Il cambiamento climatico sta alterando notevolmente i modelli globali di precipitazioni, evaporazione e deflusso dei corsi d'acqua sulla Terra. Di conseguenza, l'accumulo idrico terrestre (TWS) – ovvero tutto il ghiaccio, la neve, l'acqua superficiale, l'acqua della volta, l'umidità del suolo e le acque sotterranee immagazzinate sulla terraferma – è rapidamente cambiato. I drastici cambiamenti nel TWS mettono a rischio i mezzi di sussistenza e la sicurezza alimentare in molti paesi. Nel loro nuovo studio, Hrishikesh A. Chandanpurkar (Arizona State University, AZ, USA) e colleghi esaminano l'entità dei cambiamenti nel TWS a livello globale dal 2002.

Utilizzando i dati del Gravity Recovery and Climate Experiment (GRACE) e del GRACE Follow-On della National Aeronautics and Space Administration statunitense, gli autori hanno scoperto che le aree soggette a condizioni di siccità si stanno espandendo di circa 831.600 km² all'anno, ovvero il doppio della superficie della California.

Questa espansione sta creando le cosiddette regioni di mega-essiccazione nell'emisfero settentrionale. I dati mostrano che la perdita di TWS, spesso definita [siccità continentale](#), è principalmente dovuta all'aumento delle condizioni di siccità estrema e al conseguente esaurimento delle riserve di acqua sotterranea.

Data la riduzione della disponibilità di acqua dolce a livello globale, lo studio di Chandanpurkar e colleghi sottolinea l'urgente necessità di nuove politiche e strategie di gestione internazionali volte a preservare le risorse idriche sotterranee.

Prezzi alle stelle

Gli eventi climatici estremi influiscono negativamente sulle rese agricole globali e, di conseguenza, sulla disponibilità di cibo in numerosi modi. Di conseguenza, l'aumento dei prezzi dei prodotti alimentari è ora uno degli impatti del cambiamento climatico più frequentemente citati a livello globale, secondo solo al caldo estremo. In una nuova lettera, Maximilian Kotz (Barcelona Supercomputing Center, Spagna) e colleghi discutono [delle impennate dei prezzi dei prodotti alimentari](#) legate al cambiamento climatico e dei rischi sociali più ampi che ne derivano.

Esaminando i resoconti dei media nazionali e internazionali sull'impennata dei prezzi alimentari legata agli eventi climatici estremi, gli autori tracciano un quadro globale della situazione, osservando che i recenti picchi di prezzo sono stati spesso collegati a condizioni di caldo, siccità e forti precipitazioni senza precedenti.

In relazione ai rischi sociali più ampi, Kotz e colleghi suggeriscono che i picchi dei prezzi alimentari possano esacerbare le disuguaglianze socioeconomiche, aumentare i rischi per la salute pubblica attraverso deficit nutrizionali e influire sull'inflazione complessiva. Inoltre, alcuni dati indicano che l'inflazione dei prezzi alimentari è associata a disordini politici e sociali. Infine, gli autori chiedono che vengano condotte ulteriori ricerche in questo campo per affrontare i rischi associati ai picchi dei prezzi alimentari legati al cambiamento climatico.

Fare il punto della situazione

Entro il 2050, si prevede che il 68% della popolazione mondiale vivrà in contesti urbani. Dato questo cambiamento demografico e il ruolo crescente delle popolazioni urbane nel raggiungimento degli obiettivi climatici globali, è essenziale [fare il punto sulle evidenze del cambiamento climatico](#) provenienti dalle città. Per questo motivo, nel loro nuovo studio, Simon Montfort (Istituto Federale Svizzero di Tecnologia di Losanna, Svizzera) e colleghi conducono un inventario globale sistematico di oltre 53.000 studi sui cambiamenti climatici urbani.

Utilizzando l'apprendimento automatico supervisionato e non supervisionato, gli autori identificano 19.733 casi di studio specifici per città. La loro analisi mostra una sottorappresentazione degli studi condotti su città piccole e in rapida crescita e su città del Sud del mondo, in particolare in Africa e Asia, e una sintesi delle evidenze dei casi di studio. Per colmare queste lacune, gli autori propongono tre strategie: sintetizzare i casi di studio per supportarne l'adozione presso l'Intergovernmental Panel on Climate Change, identificare opportunità di apprendimento interurbane e colmare le lacune nelle evidenze in aree di ricerca chiave sottorappresentate. Il lavoro di Montfort e colleghi contribuisce a definire la futura agenda di ricerca sul

cambiamento climatico e le città e sottolinea il ruolo chiave che le città svolgeranno nel raggiungimento degli obiettivi climatici.

[https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196\(25\)00221-9/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(25)00221-9/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)



La produzione globale di energia rinnovabile supera per la prima volta quella del carbone

Secondo un rapporto, l'espansione record dell'energia solare e la crescita costante dell'energia eolica guideranno l'abbandono dei combustibili fossili nel mondo nel 2025

Secondo una ricerca, quest'anno per la prima volta i parchi eolici e solari del mondo hanno generato più elettricità delle centrali a carbone, segnando una svolta per il sistema energetico globale.

Un rapporto del think tank sul clima Ember ha rilevato che nei primi sei mesi del 2025, l'energia rinnovabile ha superato la crescente domanda mondiale di elettricità, determinando un piccolo calo nell'uso di carbone e gas.

Nella prima metà dell'anno, il mondo ha generato quasi un terzo di energia solare in più rispetto allo stesso periodo del 2024, soddisfacendo l'83% dell'aumento globale della domanda di elettricità. [L'energia eolica](#) è cresciuta di poco più del 7%, consentendo per la prima volta alle energie rinnovabili di sostituire i combustibili fossili.

Secondo Małgorzata Wiatros-Motyka, analista senior del settore elettrico presso Ember e autrice del rapporto, questo traguardo rappresenta "una svolta cruciale".

Ha affermato: "L'energia solare ed eolica stanno crescendo abbastanza rapidamente da soddisfare la crescente domanda mondiale di elettricità. Questo segna l'inizio di una trasformazione in cui l'energia pulita sta tenendo il passo con la crescita della domanda".

Secondo il rapporto Ember, Cina e India sono state in gran parte responsabili dell'aumento delle energie rinnovabili, a differenza di Stati Uniti ed Europa, che hanno fatto maggiore affidamento sui combustibili fossili. Un rapporto separato dell'Agenzia Internazionale per l'Energia (IEA) ha rilevato che le [energie rinnovabili](#) globali potrebbero più che raddoppiare entro la fine del decennio, con l'80% della nuova capacità di energia pulita prevista derivante dall'energia [solare](#).

Fatih Birol, direttore esecutivo dell'IEA, ha affermato: "Nei prossimi anni, la crescita della capacità rinnovabile globale sarà dominata dal solare fotovoltaico, ma anche l'eolico, l'idroelettrico, la bioenergia e la geotermia contribuiranno".

L'AIE ha affermato che la Cina rimarrà [il mercato con la maggiore crescita al mondo per le energie rinnovabili](#), mentre l'India emergerà come il secondo più grande per il resto del decennio.

"Oltre alla crescita nei mercati consolidati, l'energia solare è destinata a crescere in economie come l'Arabia Saudita, il Pakistan e diversi paesi del sud-est asiatico", ha aggiunto Birol.

Ember ha scoperto che la Cina ha aumentato la produzione di energia rinnovabile rispetto al resto del mondo messo insieme, con un conseguente calo del 2% nell'uso di combustibili fossili nella prima metà dell'anno rispetto agli stessi mesi del 2024. Nello stesso periodo, l'India ha aumentato la propria energia rinnovabile di oltre tre volte la propria domanda di elettricità, che quest'anno è stata significativamente più debole, causando una diminuzione del consumo di carbone e gas rispettivamente del 3,1% e del 34%.

Al contrario, la domanda di elettricità negli Stati Uniti ha superato la crescita del settore delle energie rinnovabili, determinando un aumento del 17% nella produzione di carbone nella prima metà dell'anno.

Nell'UE, la domanda ha registrato solo una crescita modesta rispetto alla prima metà dell'anno scorso, ma un crollo dell'energia eolica e idroelettrica dovuto alle condizioni meteorologiche ha fatto sì che persino l'energia

solare, in rapida crescita, non sia riuscita a impedire che la produzione di gas e carbone aumentasse rispettivamente del 14% e dell'1,1%.

https://www.theguardian.com/environment/2025/oct/07/global-renewable-energy-generation-surpasses-coal-first-time?CMP=share_btn_url&fbclid=IwY2xjawNTMbJleHRuA2FlbQlxMQBicmlkETE4a1ZZTURrZWNTdkxiQURmAR6QlcHeYoWIVe2IMKrx8kWDFMxkM2-QYuT2fgL1WvxlrNR2g1GBNbimKRDA_aem_lk5y-S2M-6lxAoPydIIQw

CORRIERE DELLA SERA

Imprese, auto e clima: l'Ue sta davvero smantellando il Green Deal?

Milena Gabanelli e Francesco Tortora

Da almeno 30 anni il consenso scientifico è unanime: i cambiamenti climatici sono rapidi, distruttivi e causati in gran parte dalle attività umane. Le emissioni di CO2 generate dai **combustibili fossili** restano la causa principale e ridurle è un imperativo. Nel **2023** le perdite economiche globali dovute a eventi estremi hanno raggiunto i 380 miliardi di dollari, più **22%** rispetto alla media del **XXI secolo**.

Solo alla Ue quest'estate siccità, [ondate di calore ed eventi estremi sono costati 43 miliardi di euro, 12 all'Italia](#). Per questo nel 2019 l'Unione europea lancia il *Green Deal*, un pacchetto di misure accompagnato da [un piano di investimenti da 1.000 miliardi](#) che impegna [tutti i 27 Paesi](#) ad abbattere le emissioni di gas serra per raggiungere la **neutralità climatica**, primo continente al mondo, entro il 2050.

Progetto troppo ambizioso per alcuni, troppo poco per altri, ma di fatto la strategia pensata per favorire la transizione ecologica è sostenuta da quasi tutti gli schieramenti politici, anche quelli tradizionalmente vicini all'industria. **In questi sei anni, come sappiamo, è cambiato il mondo**, e nella morsa cresce il consenso per i leader politici che vorrebbero far saltare la riforma. La seconda presidenza **von der Leyen** prende atto e la **Commissione Ue** presenta i [pacchetti Omnibus](#) che riducono gli oneri amministrativi delle imprese e allentano alcune delle norme principali. **Vediamole.**

Direttiva sulla sostenibilità aziendale (CSRD)



Obbliga le imprese a **rendere pubbliche le informazioni** sul loro impatto ambientale, sociale e di governance (ESG)

	Com'era	Com'è
	Obbligatoria per grandi aziende e PMI quotate	Solo grandi aziende, volontaria per le altre
Numero minimo di dipendenti	250 (grandi imprese) 10 PMI quotate	1.000
Fatturato netto annuo in milioni di €	50 (grandi imprese) 0,9 (PMI quotate)	450

Sostenibilità e obblighi aziendali

La **direttiva sulla rendicontazione della sostenibilità aziendale (CSRD)** impone alle imprese di rendere pubblici agli investitori i dati su emissioni di CO2, gestione dei rifiuti, sicurezza sul lavoro, parità di genere, condizioni contrattuali, trasparenza fiscale ecc. La [proposta](#) della Commissione, [modificata dal Commissione Affari giuridica del Parlamento europeo](#), prevede che i requisiti della CSRD si applichino solo alle grandi imprese con più di **1.000 dipendenti** e un fatturato netto di almeno **450 milioni di euro**. Per tutte le altre la rendicontazione resterà facoltativa. [Rispetto alla norma originaria, il 90% delle aziende sarà esentato.](#)

La **direttiva sulla due diligence aziendale (CSDDD)** obbliga le **grandi imprese europee e internazionali** a controllare il rispetto delle normative ambientali e dei diritti umani su tutta la **catena dei fornitori** e, se necessario, adottare misure concrete nei confronti dei partner commerciali che non rispettano questi standard. [Con le modifiche](#) apportate, la norma si applicherà dal 2028 solo alle società con almeno **5 mila dipendenti e 1,5 miliardi di fatturato**. Le aziende saranno obbligate ad attivare la *due diligence* solo quando esiste un rischio concreto di violazione delle norme nelle attività dei partner commerciali.

Infine, è stata eliminata la **responsabilità civile a livello Ue**: le imprese inadempienti potranno essere **perseguite o sanzionate** solo ai sensi delle leggi degli **Stati membri**, che potranno applicare multe non superiori al 5% del loro fatturato globale. Nei mesi scorsi la direttiva sulla *due diligence* è stata [molto criticata dall'amministrazione Trump](#) per gli «oneri significativi» imposti alle aziende americane, mentre Darren Woods, ceo di *Exxon Mobil*, [ha dichiarato che i cambiamenti decisi dalla Commissione non bastano](#) e ha chiesto la revoca della legge.

Direttiva sulla due diligence aziendale (CSDDD)



Impone alle grandi imprese di far **rispettare le normative ambientali e dei diritti umani** su tutta la filiera dei fornitori

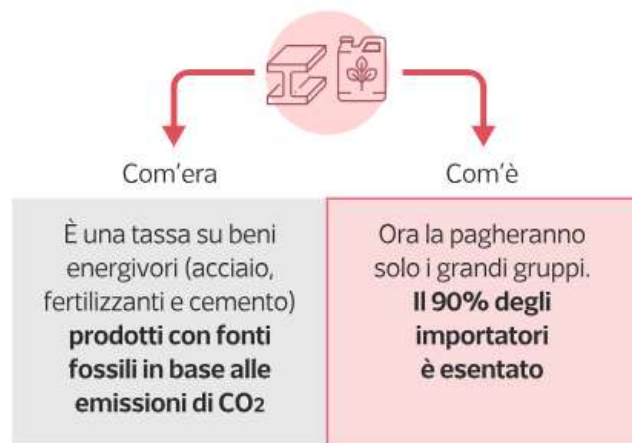
	Com'era	Com'è
Numero minimo di dipendenti	1.000	5.000
Fatturato netto annuo in milioni di €	450	1.500

La due diligence si attiva solo quando esiste un **rischio concreto** nell'attività dei partner commerciali

Carbon tax e deforestazione

La **carbon tax** sulle importazioni extra-Ue di **beni energivori (CBAM)** come **acciaio, cemento e fertilizzanti** entrerà in vigore nel 2026. In origine imponeva a tutte le imprese importatrici di versare la tassa per evitare di ottenere un vantaggio competitivo comprando dalla **Cina** a basso costo prodotti ottenuti utilizzando fonti molto inquinanti. Il calcolo della tassa era in proporzione alle **emissioni di CO2** nella fase di produzione. Ora, invece, le modifiche proposte della Commissione e approvate da [Parlamento](#) e [Consiglio Ue](#), introducono una [soglia minima di 50 tonnellate di CO2 all'anno](#). In questo modo **oltre il 90% degli importatori, circa 182.000 piccole e medie imprese, saranno esentati**.

Carbon tax sulle importazioni extra-Ue



Il **Regolamento sulla Deforestazione (EUDR)** obbliga le **aziende** a garantire che i prodotti importati come **legno, cacao, soia, olio di palma, carne, ecc.** non provengano da terreni deforestati dopo il **31 dicembre 2020**. Le imprese che non rispettano la normativa potrebbero incorrere in sanzioni fino al 4% del loro fatturato nella Ue. L'obbligo doveva [scattare già lo scorso dicembre, ma è stato rimandato di 2 anni](#). Proroga chiesta da [18 Paesi, tra i quali l'Italia](#). Secondo la Commissaria europea per l'ambiente Jessika Roswall lo slittamento [sarebbe dovuto a problemi riscontrati sulla piattaforma informatica](#) che deve gestire il monitoraggio e l'applicazione della norma.

Regolamento sulla deforestazione



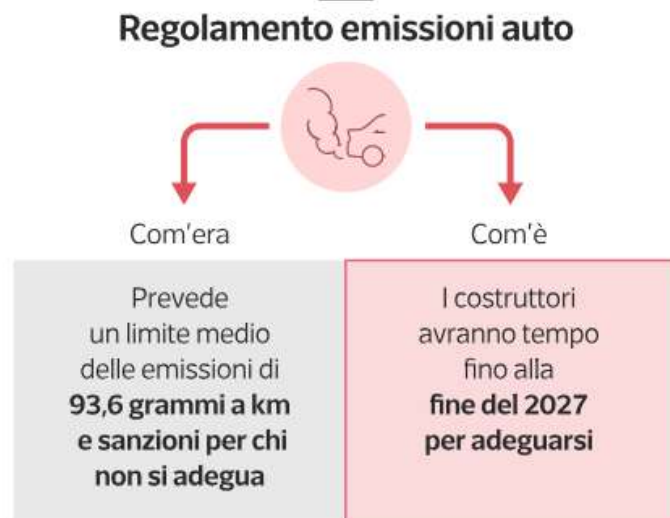
Emissioni auto, greenwashing e legge sul clima

Il **Regolamento sulla riduzione delle emissioni auto (2019/631)** stabilisce che per i **veicoli immatricolati dal 2025** il limite medio di emissioni è di **93,6 grammi a chilometro** rispetto ai **115,1** del periodo **2020-2024**. Le sanzioni previste: **95 euro** per ogni g/km in eccesso.

A causa della crisi che ha colpito il settore europeo, [la Commissione ha concesso alle case automobilistiche una proroga fino alla fine del 2027](#) per adeguarsi agli obiettivi di riduzione. Non è invece ancora chiaro quale sarà il **destino dello stop all'immatricolazione**, a partire dal **2035**, delle auto con motore alimentato a benzina o diesel. Il 10 settembre, nel discorso sullo stato dell'Unione, la presidente [Ursula von der Leyen ha ribadito che il futuro dell'automotive è elettrico](#).

Pochi giorni dopo, però, alla Conferenza organizzata proprio dalla Commissione europea, [Mario Draghi ha evidenziato come gli obiettivi fissati](#) si fondino su ipotesi che non sono più valide, perché «il mercato dei veicoli elettrici è cresciuto più lentamente del previsto e l'innovazione europea è rimasta indietro».

La **direttiva Green Claims** ([2024/825](#)) punisce il *greenwashing*, ovvero le aziende che si spacciano per sostenibili quando non lo sono. [La norma è stata sospesa dalla Commissione europea](#) lo scorso giugno dopo che una serie di **Stati**, **Italia** inclusa, avevano sottolineato come i requisiti fossero troppo onerosi per le piccole e medie imprese.



La **legge sul clima** ([Regolamento 2021/1119](#)) presentata dalla **Commissione** a luglio vincola gli Stati a ridurre del **90%** le emissioni nette di **gas serra** entro il **2040**. Poiché questo obiettivo è considerato eccessivo da numerosi Paesi sono stati aggiunti elementi di flessibilità: fino a **3 punti percentuali della riduzione di CO2** possono essere raggiunti con i crediti di carbonio derivanti da progetti ambientali certificati in Paesi terzi. In pratica si può raggiungere il target finanziando progetti di riforestazione, parchi eolici o centrali fotovoltaiche fuori dalla Ue. Alcuni **Paesi**, come **Italia**, **Francia** e **Polonia**, considerano l'obiettivo del **90%** ancora troppo ambizioso e al [prossimo Consiglio Ue del 23 ottobre](#) i leader si [confronteranno per trovare un compromesso](#).



Agricoltura, i passi indietro

Passi indietro sul *Green Deal* erano stati fatti già durante il primo mandato von der Leyen all'indomani della rivolta degli agricoltori. A febbraio 2024 la Commissione aveva ritirato il **Regolamento che puntava a dimezzare l'uso dei pesticidi entro il 2030**, annacquato la **legge sul Ripristino della natura** ed escluso dalla **direttiva sulle emissioni industriali** gli **allevamenti intensivi dei bovini** ([QUI, DATAROOM 12 FEBBRAIO 2024](#)). In aggiunta lo scorso maggio, con il [terzo pacchetto Omnibus](#), la Commissione ha presentato una serie di misure che, oltre a ridurre il **carico amministrativo** per le **piccole e medie imprese** del settore, dovrebbero far risparmiare agli agricoltori fino a **1,6 miliardi di euro l'anno**.

30 anni di politiche ambientali: i risultati

«In pochi mesi von der Leyen ha smantellato il *Green Deal*», questa è stata la reazione agli aggiustamenti al ribasso. Reazione sdegnata da parte di chi pensa che stiamo facendo troppo poco, ed entusiasta per quelli che considerano il modello sostenibile insostenibile. Per la **Commissione** invece era più semplicemente necessaria una «[semplificazione](#)» per scongiurare il **declino dell'industria europea**. E per rilanciare la competitività a **febbraio** è stato presentato il [Clean Industrial Deal](#): **100 miliardi di incentivi alle imprese che nei processi produttivi adottano energie rinnovabili**. La scommessa è dimostrare che **l'industria verde** possa anche risollevare le sorti delle aziende europee riducendo i **costi energetici**.

Tirando le somme: il *Green Deal* è stato effettivamente diluito, ma l'impianto originale resta. Almeno per ora. [Certo non aiutano le dichiarazioni di Trump all'Onu](#): «Il riscaldamento climatico è un imbroglio inventato da persone malvagie». Le persone secondo lui malvagie sono i [644 scienziati indicati da 111 Paesi del Gruppo intergovernativo \(IPCC\)](#) fondato nel **1988** dall'**Organizzazione meteorologica mondiale** e dal **programma Onu per l'ambiente**, con l'obiettivo di fornire ai governi valutazioni scientifiche.

Ue: 30 anni di politiche ambientali

1990-2023

RISULTATO



PIL

+68%



E per chi si ostina a dire che **sporcare meno serve a poco e fa crollare l'economia**, val la pena ricordare due dati: le politiche ambientali che noi europei abbiamo avviato per primi a partire dagli **Anni '90** hanno portato nella Ue una riduzione [delle emissioni di CO2 del 37%](#). Nello stesso arco di tempo, si legge dai [dati](#) di Banca mondiale, il [Pil](#) è cresciuto del **68%**.

https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/imprese-auto-e-clima-l-ue-sta-davvero-smantellando-il-green-deal/fd54685d-bb00-4c0c-b570-131d442fcx1k.shtml?refresh_ce

Transizione energetica: il grande bluff delle compagnie fossili

[Una ricerca dell'Istituto di Scienze e Tecnologie Ambientali dell'Università Autonoma di Barcellona](#) (ICTA-UAB), pubblicata su [Nature Sustainability](#), rivela che il contributo dell'industria dei combustibili fossili alla transizione energetica è minimo. Le principali compagnie petrolifere e del gas sono infatti responsabili solo dell'1,42% dei progetti di energia rinnovabile nel mondo, smentendo la narrativa secondo cui sarebbero protagonisti della lotta al cambiamento climatico.

Lo studio, basato sui [dati del Global Energy Monitor](#), ha analizzato i 250 maggiori produttori di petrolio e gas, che coprono l'88% della produzione mondiale di idrocarburi. Tra questi, solo il 20% gestisce almeno un progetto operativo di energia rinnovabile, e la capacità prodotta da tali progetti rappresenta appena lo 0,1% del totale energetico del settore.

Questo divario è ancora più evidente se confrontato con gli impegni pubblici del settore: un quarto delle 100 principali aziende promette di ridurre le emissioni del 43% entro il 2030, ma gli investimenti reali in energie pulite restano marginali.

Secondo il ricercatore capo [Marcel Llaveró-Pasquina](#), gli sforzi delle compagnie fossili sono perlopiù simbolici e insufficienti. Il vero contributo alla lotta climatica – afferma – dovrebbe essere misurato in base ai combustibili fossili che si decide di non estrarre, non ai pochi progetti “verdi” usati per fini d'immagine.

Lo studio invita governi e istituzioni a riconsiderare la collaborazione con queste aziende, che continuano ad avere un'influenza politica significativa pur essendo tra i principali responsabili della crisi climatica. Llaveró-Pasquina propone quindi regole più severe e un disinvestimento dagli asset fossili per favorire una transizione energetica autentica.

Anche [Julia Steinberger](#), economista ecologica all'Università di Losanna, parla di “greenwashing” diffuso, sottolineando come lobby e think tank legati al settore ostacolino vere politiche climatiche. [Kasandra O'Malia](#), del Global Energy Monitor, conferma che gli annunci di investimenti verdi non corrispondono a reali impegni finanziari.

La ricerca evidenzia infine l'urgenza di maggiore trasparenza: investitori e cittadini devono poter distinguere tra dichiarazioni di facciata e azioni concrete. Senza una netta inversione di rotta, la riluttanza dell'industria fossile a investire seriamente in rinnovabili rischia di rallentare la decarbonizzazione globale.

In sintesi, lo studio smonta il mito delle compagnie petrolifere come leader della transizione verde e sollecita un cambiamento profondo nelle politiche energetiche e nella governance aziendale.

Fonti articolo: [Fossil Fuel Firms Oversee Just 1% of Global Renewable Energy Projects](#) – [The Oil and Gas Industry Trojan Horse – They only contribute to 1.42% of global renewables](#)

[Transizione energetica: il grande bluff delle compagnie fossili - Ecquologia²](#)

Mediterraneo sempre più caldo e fenomeni meteo estremi

Il Mar Mediterraneo è ormai riconosciuto come uno degli hotspot mondiali del cambiamento climatico, con anomalie termiche superficiali che superano costantemente i +3–3,5 °C rispetto alle medie storiche e picchi locali fino a +5 °C in alcune aree.

Questo fenomeno non è dovuto solo a un'ondata di caldo temporanea, ma anche a un mancato raffreddamento invernale e a trend di lungo periodo legati al riscaldamento globale. Ad esempio, a maggio 2025 il Mediterraneo ha registrato la seconda media mensile di temperatura superficiale più alta mai osservata, con circa 19,6 °C, e in alcune coste occidentali le anomalie sfioravano +5 °C.

Cause delle anomalie termiche nel Mediterraneo.

Il riscaldamento del Mediterraneo procede a un ritmo quasi doppio rispetto alla media globale. Il Copernicus Climate Change Service mostra che l'area europea è tra quelle che si sta riscaldando maggiormente, con ondate di calore più intense e frequenti.

A questo si aggiunge il mancato raffreddamento invernale, che riduce la capacità del mare di “resettarsi” fra una stagione e l'altra, e le ondate di calore provenienti dal Nord Africa che intensificano ulteriormente le anomalie estive. In condizioni normali, il Mediterraneo si raffredda durante l'inverno, ma i pattern atmosferici recenti hanno ridotto questi rinfrescamenti, favorendo un accumulo di calore stagionale.

Effetti sui fenomeni estremi e instabilità atmosferica.

Un mare più caldo aumenta l'evaporazione e l'energia disponibile nell'atmosfera, alimentando fenomeni estremi. Temporali violenti, alluvioni lampo, downburst, grandinate intense e bombe d'acqua localizzate sono sempre più frequenti e intensi in tutta l'area mediterranea. In autunno, acque ancora molto calde possono generare Medicane (uragani mediterranei) o linee temporalesche autorigeneranti che causano precipitazioni concentrate.

Report recenti come l'European State of the Climate 2024 evidenziano ondate di calore record, stagioni con precipitazioni estreme e una maggiore vulnerabilità agli eventi meteorologici in Europa meridionale.

Tropicalizzazione e subtropicalizzazione già in atto.

La nozione di “Mediterraneo temperato” è superata: dati e studi confermano una progressiva tropicalizzazione. Analisi CMCC mostrano che in estate si raggiungono costantemente temperature superficiali marine oltre 27–28 °C già a inizio luglio, con punte sopra 30 °C nel settore orientale, e anomalie fino a +5–6 °C.

Studi recenti indicano anche un aumento del numero di giorni con temperature marine sopra i 30 °C e una stagione calda prolungata di diverse settimane rispetto ai decenni precedenti. Questi cambiamenti favoriscono la diffusione di specie aliene tropicali e alterano gli ecosistemi, con impatti su pesca, biodiversità e servizi ecosistemici.

Proiezioni stagionali e scenari futuri: autunno “prolungato” e compressione climatica.

Secondo le capacità predittive del sistema di previsioni stagionali ECMWF, integrate dai prodotti Copernicus, ci si attende che nei prossimi anni l'autunno mediterraneo si presenti sempre più come un prolungamento dell'estate, alternando ondate tardive di caldo africano a temporali brevi ma intensi.

La finestra climatica tra fine ottobre e inizio dicembre rischia di restare compressa, riducendo il tempo utile per riequilibrare le risorse idriche, preparare terreni agricoli e infrastrutture per l'inverno. Con colture, cicli biologici e ritmi urbani sempre più disallineati, cresce la vulnerabilità socio-economica e ambientale nell'area mediterranea.

Adattamento e mitigazione.

Alla luce di questi trend, è cruciale:

- Monitoraggio continuo delle temperature marine e atmosferiche con reti di sensori e satelliti, per rilevare tempestivamente anomalie e marine heatwaves.
- Infrastrutture resilienti: adeguare sistemi di gestione delle acque, drenaggio urbano e protezione costiera per far fronte a precipitazioni estreme e mareggiate più intense.
- Agricoltura adattata: modificare pratiche colturali e scegliere varietà più resistenti ai cambiamenti stagionali, ottimizzare l'uso dell'acqua con tecniche di irrigazione efficienti.
- Gestione della pesca e biodiversità: promuovere piani di monitoraggio degli stock ittici e gestire l'arrivo di specie aliene, sostenere progetti di conservazione basati su dati aggiornati.

- Politiche climatiche coordinate: l'area mediterranea comprende numerosi paesi con differenti capacità, pertanto servono accordi regionali per ridurre emissioni, condividere best practice e supportare paesi a minor reddito nel processo di adattamento.
- Consapevolezza e comunicazione: informare cittadini e stakeholder sui rischi crescenti e incentivare comportamenti sostenibili.

Mediterraneo sempre più caldo e fenomeni meteo estremi - Ecquologia²



Ascoltare la buona scienza per combattere il negazionismo

Rilanciamo un'importante analisi della sociologa Carla Collicelli uscito per [l'Avvenire](#) il 5 luglio.

Sono appena usciti i dati Copernicus sull'ondata di calore dei giorni tra il 28 giugno ed il 3 luglio scorsi: il 28 giugno i valori LST (Land Surface Temperature) hanno superato i 50 gradi centigradi nella Penisola Iberica, e dal 30 giugno il caldo intenso si è propagato alla Francia centrale con temperature tra 48 e 49 gradi, e poi al Belgio, ai Paesi Bassi e alla Germania con punte intorno ai 45 gradi. Il 3 luglio i valori più elevati si sono avuti in Europa orientale, al di sopra dei 50 gradi. Sempre secondo Copernicus, i picchi raggiunti nel 2024 avevano già destato grande allarme, e l'impatto della crisi climatica sulla vita e sulla salute di tutte le specie viventi è ormai chiaro, e la specie umana non fa eccezione.

Ad esempio il 15 giugno scorso l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) ha rilasciato dati secondo i quali inquinamento, radiazioni ultraviolette, picchi di calore, rumori eccessivi, edilizia inadeguata, agricoltura inquinante e comportamenti impropri provocano ogni anno almeno 13 milioni di morti. In 23 Paesi più del 10% delle morti sono ascrivibili all'inquinamento di acqua e aria. In Europa il 20% delle morti potrebbe essere evitato intervenendo sull'ambiente e in Italia, sempre secondo Oms, il 14% delle patologie e circa 90mila morti sono attribuibili a cause ambientali. Secondo il Rapporto sullo stato del clima del 2024 quasi la metà dell'umanità (3,6 miliardi di persone) vive in aree altamente suscettibili al cambiamento climatico.

Eppure la consapevolezza dei rischi è ancora molto debole e continuano a riscuotere un certo successo corrente di pensiero che tendono a ridimensionare la gravità del problema, a negare la responsabilità umana e a non condividere le scelte da compiere in termini di energia, inquinamento e stili di vita. Ritiene che gli effetti siano da ascrivere alla responsabilità umana solo il 40% della popolazione mondiale, secondo uno studio condotto su 77 Paesi.

E secondo la recente indagine Ipsos, presentata in occasione della Giornata della Terra del 22 aprile scorso, le preoccupazioni per il clima sono aumentate negli ultimi 3 anni in 18 dei 27 Paesi analizzati, ma è calato il senso di responsabilità individuale, soprattutto nei Paesi più avanzati. Ugualmente in crescita risulta l'opinione secondo cui i sacrifici richiesti per finanziare la lotta alla crisi climatica siano eccessivi e addirittura il 29% ritiene che non ci sia consenso a livello scientifico sugli effetti della crisi climatica.

Come possiamo spiegare lo scarto che emerge tra le evidenze scientifiche sull'effetto del clima sulla nostra vita e la debole risposta in termini di responsabilità individuale e collettiva rispetto alle azioni da compiere? Almeno 3 importanti fattori sono in gioco e vanno considerati attentamente.

Il primo riguarda l'insicurezza causata a livello globale dalle guerre e dai problemi economici.

È evidente che la crisi che attanaglia il pianeta da diversi anni dal punto di vista degli equilibri politici, della conflittualità bellica, dell'impovertimento specie dei ceti medi e delle disuguaglianze socioeconomiche crescenti, rende l'intera umanità fragile e impaurita, pronta a gettarsi nelle braccia di un'offerta politica securitaria e difensiva, che ottunde la capacità di guardare in avanti e di impegnarsi per il benessere e la salute in termini preventivi e di lotta ai fattori di rischio.

Il secondo fattore è ascrivibile alla debolezza della cultura scientifica.

Mentre la scienza progredisce, sviluppando approcci sempre più avanzati e soluzioni sempre più mirate in moltissimi campi della vita umana, la società non riesce a coglierne a pieno l'importanza e il valore. E il riferimento non va qui tanto alle competenze tecniche, su cui pure la scuola e l'università si stanno impegnando, quanto alla cultura, alla fiducia nella scienza e alla comprensione dei meccanismi che guidano la ricerca.

Secondo i dati di un recente studio del Centro di ricerca su consumi e salute dell'Università Cattolica di Cremona, solo 3 italiani su 10 hanno molta fiducia nella scienza, 5 su 10 non credono nella buona fede degli scienziati e 3 su 10 pensano che i ricercatori si proteggano a vicenda. E gli scettici e sfiduciati risultano più numerosi nelle fasce sociali a basso reddito, tra coloro che si orientano a destra in politica e tra quelli che non si fidano della medicina.

Un terzo fattore da non dimenticare è quello degli interessi egoistici di chi antepone i vantaggi di parte a quelli collettivi.

Rientrano in questa casistica le forme di chiusura nazionalistica e disinteresse per i territori più poveri, la priorità data al proprio benessere a danno degli altri, ma anche i tagli alla ricerca scientifica ed alla cooperazione tra università a livello globale ed il controllo politico della scienza.

Meccanismi che sfociano spesso nella disinformazione, come è successo recentemente con l'attribuzione ai vaccini, specie a quello anti-Covid, di fantasiose iatrogenesi, ed in alcuni casi in vere e proprie frodi scientifiche. Come documentato negli studi sull'integrità della ricerca, "cattivi scienziati", spinti da interessi di vario tipo, mettono in circolazione false interpretazioni e falsi rimedi ai mali dell'umanità.

Per fortuna la comunità scientifica nel suo complesso è molto bene attrezzata per smascherarli, ma non va sottovalutata la permeabilità di una parte della società, che è alla ricerca di rassicurazione e di facili pseudosoluzioni ai propri disagi. Da tutto ciò discende la necessità di insistere sull'importanza della promozione di una cultura scientifica diffusa che sviluppi a tutti i livelli le competenze necessarie.

È quanto stanno reclamando a viva voce gruppi di scienziati particolarmente preoccupati per l'ondata antiscientifica e la disattenzione per i rischi ambientali e di salute, come l'Accademia delle Scienze degli Stati Uniti o il gruppo dei 25 scienziati climatologi italiani che hanno sollecitato un impegno maggiore del Governo per la lotta climatica.

E non si può dimenticare in questo ambito il ruolo dei recenti sviluppi dell'intelligenza artificiale, che rischiano di essere un'arma a doppio taglio, nel senso che da un lato producono ottime applicazioni a vantaggio di tutti, ma al tempo stesso aumentano i rischi di incomprensione, sfiducia nella scienza e strumentalizzazione.

E risultano preziose, per quanto riguarda la pervasività dell'intelligenza artificiale, le recenti parole di Papa Leone XIV, che riconoscendo il "potenziale creativo" dei nuovi strumenti, richiamano il valore delle relazioni umane e degli spazi di autonomia e discernimento rispetto al portato degli algoritmi utilizzati dalle macchine cosiddette intelligenti

[Ascoltare la buona scienza per combattere il negazionismo - Ecquologia²](#)

la Repubblica

Il clima presenta il conto: 240 mila morti e 738 miliardi di danni in Europa dal 1980

[Vito de Ceglia](#)

Il nuovo rapporto dell'Agenzia europea dell'ambiente denuncia uno stato critico: il continente più caldo del pianeta paga già un prezzo altissimo tra vittime, perdite economiche e degrado degli ecosistemi. Progressi su emissioni e rinnovabili, ma biodiversità e adattamento restano i talloni d'Achille

Il cambiamento climatico presenta il conto: 738 miliardi di euro di danni e 240 mila vite perse dal 1980 al 2023 in Europa (Ue-27).

Sono i numeri impietosi del secondo rapporto dell'Agenzia europea dell'ambiente (Aea) sullo stato di salute del vecchio continente. Solo tra il 2021 e il 2023, scrive l'Aea, la fattura è stata di 162 miliardi, con perdite assicurate solo in minima parte: in molti Paesi oltre metà dei danni resta scoperta.

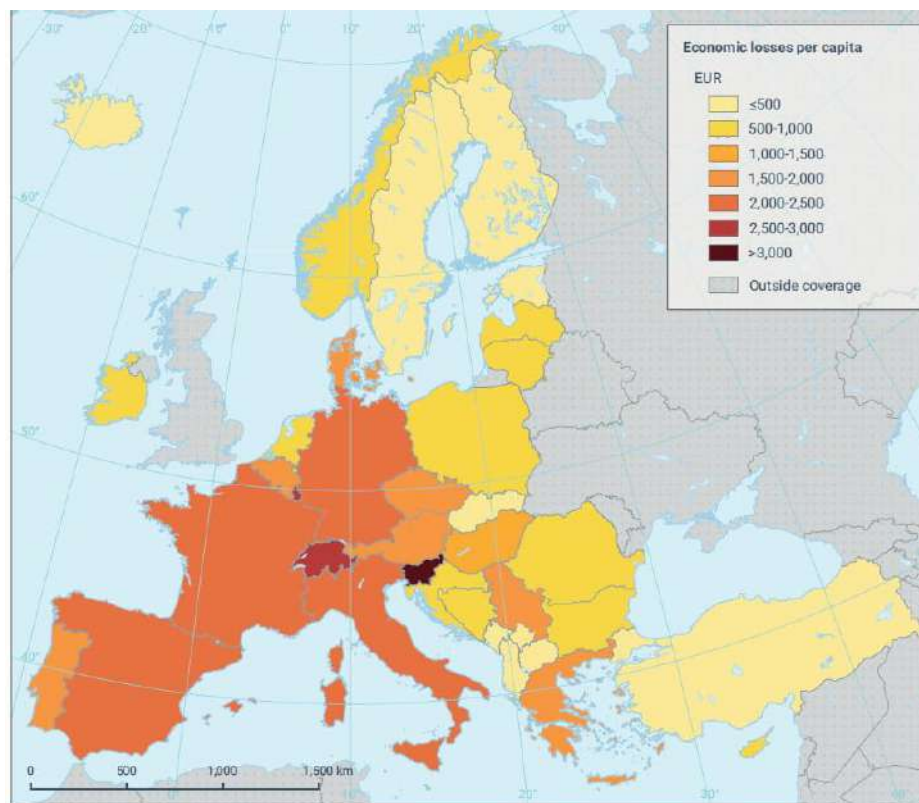
Il messaggio è inequivocabile: la crisi ambientale non è un rischio lontano, ma una realtà che mina la sicurezza, la prosperità economica e la qualità della vita dei cittadini europei.

“Lo stato complessivo dell'ambiente europeo non è buono”, denunciano gli esperti. E le prospettive sono preoccupanti: “L'Europa è il continente che si riscalda più rapidamente, con conseguenze già oggi devastanti su salute, agricoltura, energia e infrastrutture”.

Solo nel 2022 le ondate di calore hanno causato circa 70 mila morti. Ogni anno l'inquinamento atmosferico provoca 239 mila decessi prematuri, il rumore altri 66 mila.

Nonostante decenni di politiche per la qualità dell'aria e dell'acqua, almeno il 10% delle morti premature in Europa è ancora collegato a fattori ambientali.

Accanto a questo bilancio umano e sociale, emerge la dimensione economica. In Slovenia le alluvioni del 2023 hanno cancellato il 16% del Pil in poche settimane; in Spagna, a Valencia, le inondazioni del 2024 hanno fatto oltre 250 vittime. Eventi che diventano più frequenti e più costosi: le perdite medie annue da catastrofi climatiche nel periodo 2020-23 sono state due volte e mezzo superiori rispetto al decennio precedente.



Reference data: © EuroGeographics, © FAO (UN), © TurkStat Source: European Commission – Eurostat/GISCO

Note: This map displays the economic losses per capita in each country. Data were aggregated for 1980-2023 and all weather- and climate-related event types.

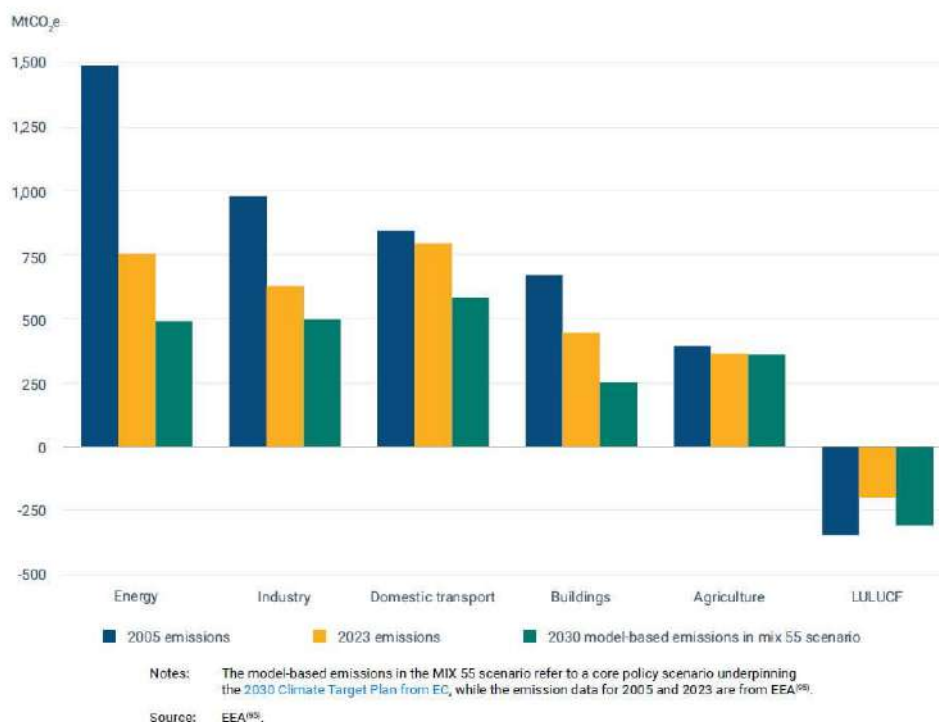
Source: EEA¹⁴.

Perdite economiche pro capite

Eppure, sul fronte della mitigazione l'Europa può rivendicare progressi: dal 1990 al 2023 le emissioni di gas serra sono diminuite del 37%, con buone probabilità di raggiungere il -55% entro il 2030. L'industria ha tagliato oltre il 35% dal 2005, il settore edilizio più del 30%. Ma agricoltura e trasporti restano indietro, con cali rispettivamente del 7% e del 6% dal 2005. La transizione energetica mostra luci e ombre. Nel 2023 le rinnovabili hanno raggiunto il 24% dei consumi finali, un massimo storico, mentre i combustibili

fossili pesano ancora per il 70%. Per l'Agenzia servono più investimenti e la cancellazione delle sovvenzioni pubbliche che ancora vanno a carbone, petrolio e gas.

Figure 3.7 Trends of greenhouse gas emissions by sector, 2005 to 2030



Trend delle emissioni di gas serra per settore, dal 2005 al 2030

Il capitolo più critico è quello della biodiversità: oltre l'80% degli habitat e il 60% delle specie protette sono in cattivo stato di conservazione. Il carbon sink naturale – cioè la capacità di foreste e suoli di assorbire CO₂ – si è ridotto del 30% nell'ultimo decennio, complice l'invecchiamento delle foreste, incendi e siccità. Un colpo che mina gli obiettivi climatici al 2040 e al 2050.

Il rapporto sottolinea che la biodiversità non è un tema marginale: riguarda la sicurezza alimentare, l'acqua potabile, la salute pubblica e la stabilità dei mercati. Il 72% delle imprese dell'eurozona dipende da servizi ecosistemici, il 75% dei prestiti bancari è legato a società che utilizzano intensivamente risorse naturali. Perdere suoli fertili, acqua pulita e insetti impollinatori significa minare la base stessa dell'economia europea.

Stato di conservazione delle specie e degli habitat

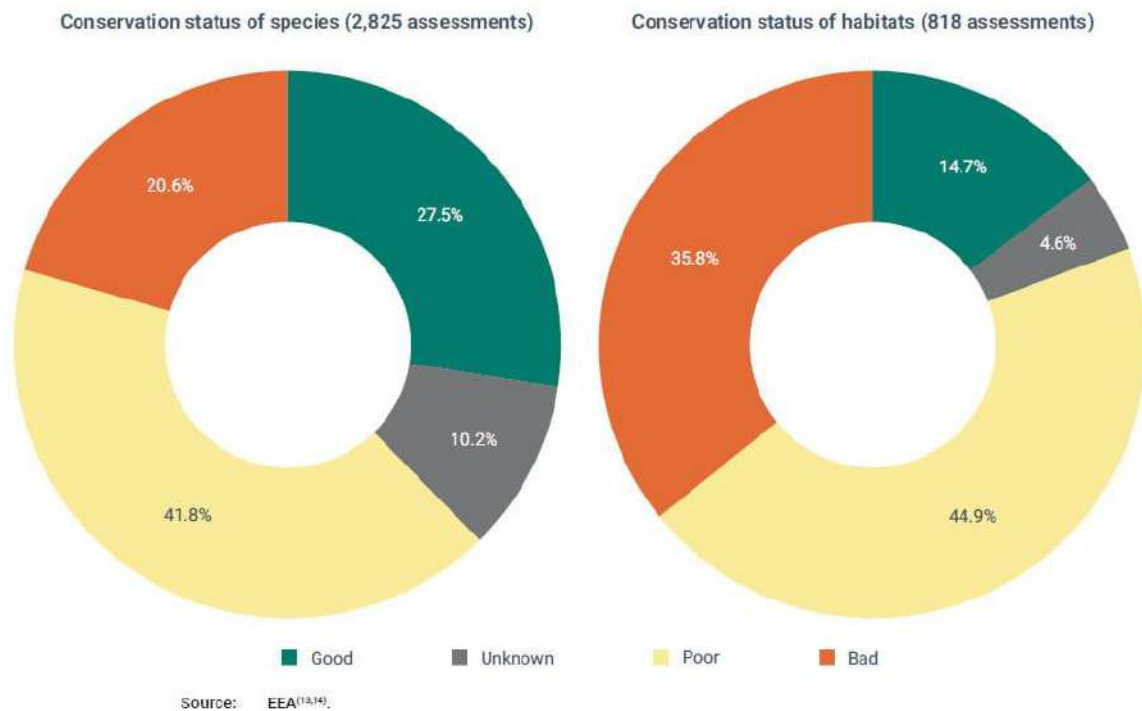
Non mancano segnali incoraggianti.

L'inquinamento atmosferico è in calo costante, con una riduzione del 45% dei morti prematuri da polveri sottili dal 2005 al 2022. Le aree protette coprono ormai il 26% del territorio e il 12% dei mari. L'occupazione verde cresce più del mercato del lavoro complessivo e un quinto degli investimenti aziendali è già allineato alla tassonomia Ue.

La fotografia resta però allarmante: senza un'accelerazione su adattamento e protezione degli ecosistemi, i rischi per l'economia e per la società saranno sistemici.

La circolarità dei materiali, ferma all'11,8%, è lontanissima dall'obiettivo di raddoppio entro il 2030. Il rapporto ricorda che l'Ue non ha ancora depositato al vertice Onu sul clima il proprio contributo aggiornato con target al 2035, mentre il voto sul traguardo di riduzione al 2040 è stato rinviato. Decisioni che diranno se la promessa del Green Deal potrà trasformarsi in realtà o se resterà sulla carta.

Figure 3.2 Conservation status of species (left) and habitats (right) under protected the EU Habitats Directive



“Il futuro è nostro da plasmare”, scrive la direttrice Leena Ylä-Mononen. “Ma ogni anno perso restringe la finestra di azione”.

In Europa siamo circa 500.000.000 di persone. Facciamo (stima prudente) che ne muoiano l'1% all'anno, ovvero 5.000.000. In 43 anni sono 215.000.000. 240.000 in più solo lo 0,11% in più... poca roba...

[https://www.repubblica.it/dossier/economia/transizione-sostenibile/2025/09/29/news/il clima presenta il conto 240 mila morti e 738 miliardi di danni in europa dal 1980-424879079/?ref=RHVS-BG-P8-S5-T1-inz1](https://www.repubblica.it/dossier/economia/transizione-sostenibile/2025/09/29/news/il_clima_presenta_il_conto_240_mila_morti_e_738_miliardi_di_danni_in_europa_dal_1980-424879079/?ref=RHVS-BG-P8-S5-T1-inz1)

la Repubblica

Le scie degli aerei sono responsabili di un effetto serra indiretto

di [Dario D'Elia](#)

Più studi confermano che le scie di condensazione dei velivoli in alcuni casi possono attivare un effetto serra indiretto che incide sul riscaldamento globale

14 Ottobre 2025 alle 07:00 2 minuti di lettura

Le scie di condensazione generate dal passaggio degli aerei di linea possono essere dannose per l'ambiente. Più di quando si credesse in passato – al netto delle [teorie complottiste](#) sulle presunte scie chimiche. Il tema di fondo è che sempre più ricercatori e studi, sostengono che i cosiddetti *contrail* (condensation trail), di fatto scie lunghe e sottili di vapore acqueo e cristalli di ghiaccio che si manifestano in cielo dagli scarichi dei velivoli, possono contribuire al riscaldamento climatico attraverso l'effetto serra indiretto. Il tema [era emerso](#)

[già diversi anni fa](#), adesso arrivano nuove conferme capaci di delineare quali tipo di scie hanno impatto e in quali condizioni.

Scie di condensazione ed effetto serra indiretto

I *contrail* si formano in specifici casi, ovvero quando il vapore acqueo, presente nei gas di scarico dei motori dei velivoli, si cristallizza attorno alla fuliggine espulsa dal motore. Un fenomeno abbastanza diffuso; è sufficiente volgere gli occhi al cielo. Normalmente le scie si dissipano in tempi relativamente rapidi, ma nell'alta atmosfera (sopra i 3mila metri) dove l'aria è già sovra satura di ghiaccio, prendono un'altra consistenza e diventano persistenti. In alcuni casi si parla di ore e lunghezze di centinaia di chilometri, con il rischio di trasformazione in vere e proprie nubi artificiali. In pratica questi banchi intrappolano il calore irradiato dalla superficie terrestre, aumentando il riscaldamento globale. L'effetto è paragonabile a quello dei gas serra.

L'industria aeronautica è scettica al riguardo. *International Air Transport Association* sostiene che "la comprensione scientifica degli effetti climatici dell'aviazione, diversi dalla CO₂, è cresciuta, ma permangono notevoli incertezze nella previsione della formazione delle scie di condensazione e dell'impatto climatico".

L'organizzazione non-profit *Contrails.org* è di diverso avviso. Ha stimato che le emissioni di CO₂ dell'aviazione, dal 1948 al 2018, hanno contribuito per circa 1,5% del riscaldamento globale. Mentre considerando le scie di condensazione bisognerebbe aggiungere un ulteriore 1-2%. In sintesi tra emissioni di CO₂ dovute alla combustione del carburante e l'effetto schermo si rischia un "doppio riscaldamento climatico", come ha dichiarato lo scorso anno Edward Gryspeerdt, ricercatore presso il Grantham Institute for Climate Change and the Environment dell'Imperial College di Londra e autore di uno studio sull'argomento.

Per altro secondo l'esperto, gli aerei più moderni sarebbero più dannosi di quelli vecchi, proprio a causa della loro migliore efficienza e della conseguente riduzione delle temperature dei gas di scarico – che favorirebbe la creazione di scie.

E le prospettive future sembrerebbero anche peggiori, almeno a opinione del gruppo di attivisti di *Transport and Environment*. [In base alla loro ricerca](#), nell'arco di 20 anni l'effetto serra indiretto causato dalle scie di condensazione di un singolo volo sarà più dannoso delle sue emissioni di anidride carbonica. L'unico controbilanciamento è dato dal fatto che in 100 anni i *contrail* di un volo genereranno solo un terzo dell'effetto di riscaldamento causato dalle emissioni di carbonio.

La soluzione è in un cambio di rotta

Royal Aeronautical Society (RAS) nel 2023 ha pubblicato uno [studio sulle strategie di mitigazione del fenomeno](#) della supersaturazione del ghiaccio. Ebbene, la più semplice teoricamente potrebbe essere quella di effettuare rotte che evitano gli strati più a rischio. Per altro richiederebbe solo un consumo extra di carburante. La stima è che per una rotta che prevede un 20% di tratta a rischio sarebbe sufficiente l'impiego di uno 0,5% di carburante in più. Ma non è così semplice perché le condizioni meteorologiche incidono su ogni parametro e quindi bisognerebbe rendere le rotte molto più flessibili, forse troppo, poiché verrebbero richiesto anche di cambiare altezza e direzione. L'analista aeronautico Andrew Charlton ha confermato al [Financial Times](#) che questo approccio complicherebbe i piani di volo sia per i piloti che per i controllori di volo.

La convinzione diffusa però è che adesso che è emerso il problema sia la progettazione dei velivoli che i sistemi di rotta e controllo possano individuare metodi adeguati a ridurre l'impatto ambientale.

https://www.repubblica.it/green-and-blue/2025/10/14/news/scie_aerei_effetto_serra_indiretto-424898807/?ref=-BH-I0-P-S1-T1

Standardizzare la misurazione degli indicatori di salute infantile nell'ambito dell'adattamento climatico globale

[Ilan Cerna-Turoff](#), [Sayaka Horiuchi](#), [Marzia Lazzerini](#), [Luis Huicho](#), [Sk Masum Billah](#), [Ralf Weigel](#) e altri

Un adattamento climatico efficace richiede il rafforzamento delle infrastrutture e dei sistemi economici, sanitari e sociali per resistere alle minacce climatiche. [1](#) Nel 2023, i leader mondiali hanno adottato il Quadro degli Emirati Arabi Uniti (EAU) per la resilienza climatica globale, che ha individuato 11 aree target per guidare l'attuazione dell'Accordo di Parigi del 2015 e ha incluso un [piano di lavoro](#) per la selezione di indicatori per monitorare l'adattamento climatico (Programma di lavoro EAU-Belém, Decisione 2/CMA.5, Paragrafo 39). La salute è una delle aree target, con indicatori progettati per misurare ecosistemi, comunità e fasce d'età vulnerabili, compresi i bambini. [2](#) Nei prossimi mesi, gli organi sussidiari dell'Accordo di Parigi presso il Segretariato convocheranno le parti interessate, sia parti contraenti che non parti, per finalizzare questi indicatori, rappresentando un momento opportuno per evidenziare gli indicatori che si allineano con i quadri globali per la salute infantile e per identificare le lacune nella selezione di parametri per misurare l'adattamento climatico nazionale.

Il Programma di lavoro Emirati Arabi Uniti-Belém ha 5339 indicatori candidati in fase di valutazione, derivati dal sistema delle Nazioni Unite, dai governi e dalla società civile. [3](#) In questo commento, ci concentriamo su indicatori sanitari basati sulla popolazione a livello nazionale, con fonti di dati note. Dei 5339 indicatori candidati, 143 riguardano la salute e 23 sono sensibili all'infanzia ([appendice pp. 1–8](#)). Gli indicatori sanitari candidati misurano principalmente i tassi di mortalità, la prevalenza della malnutrizione e l'incidenza della malaria. Diversi indicatori si sovrappongono a quelli delle politiche di sviluppo e climatiche, come gli Obiettivi di sviluppo sostenibile e il Quadro di Sendai per la riduzione del rischio di catastrofi. Tuttavia, molti di questi indicatori non sono standardizzati o disponibili a livello internazionale e aree importanti, come la salute sessuale e riproduttiva, non sono state considerate. [3](#) Gli indicatori si rivolgono alla popolazione generale ed escludono sottogruppi di bambini con maggiore vulnerabilità ai cambiamenti climatici. [4](#) [5](#)

Nella [tabella](#) , delineiamo sei indicatori del Programma di lavoro EAU-Belém raccomandati per il monitoraggio della salute infantile a livello globale. Questi indicatori includono parametri fondamentali per misurare i progressi verso gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile, nonostante le differenze nei contesti e nei sistemi sanitari nazionali. Gli indicatori suggeriti sono concettualmente chiari, con metodologia e standard stabiliti a livello internazionale e vengono regolarmente misurati per i bambini in almeno il 50% dei paesi in cui l'indicatore è rilevante, soddisfacendo i criteri per [gli indicatori di Livello 1](#). Tutti gli indicatori raccomandati hanno metadati definiti, inclusi numeratori, denominatori e unità di misura standard. [7](#) Inoltre, descriviamo 11 indicatori di salute infantile, disaggregati per età, che soddisfano i criteri per gli indicatori di Livello 1 e non sono inclusi nell'elenco degli indicatori del Programma di lavoro EAU-Belém.

Incoraggiamo il Programma di lavoro Emirati Arabi Uniti-Belém ad adottare tutti i 17 indicatori suggeriti per la salute infantile. L'adozione di indicatori standardizzati garantirà un monitoraggio coerente nel tempo dell'adattamento climatico. [7](#) Questi indicatori sfruttano i dati esistenti e soddisfano i criteri, i principi e le considerazioni del Quadro degli Emirati Arabi Uniti. [2](#) Questo approccio non è solo pratico, ma esemplifica anche le sinergie necessarie per lavorare tra quadri internazionali, riducendo i tempi e gli oneri finanziari per i paesi nella rendicontazione. [8](#)

Misurare la salute infantile non preclude la necessità di indicatori sanitari rivolti alla popolazione generale, né elimina la necessità di indicatori non sanitari relativi a sistemi, come l'istruzione, che influenzano la vita dei bambini. L'elenco degli indicatori non è esaustivo; indicatori sanitari importanti (ad esempio, infortuni, salute mentale e diverse malattie infettive) non vengono attualmente raccolti in modo sistematico e standardizzato nei vari Paesi. Vi è un'urgente necessità di misurare ulteriori aree sanitarie in modo standardizzato e garantire la disponibilità continua dei dati. Inoltre, la misurazione standardizzata della temperatura e degli eventi

meteorologici estremi collegati ai dati sanitari è essenziale per un efficace monitoraggio dell'adattamento climatico.

La disaggregazione è fondamentale per il monitoraggio delle popolazioni vulnerabili. Tra gli attributi più rilevanti figurano età, sesso, disabilità, storia di sfollamento e povertà o status socioeconomico. La comunicazione ufficiale dell'UNICEF sulla selezione degli indicatori per il Programma di lavoro degli Emirati Arabi Uniti-Belém ha sottolineato l'importanza della disaggregazione in base a questi attributi e ha evidenziato la necessità di parametri multidimensionali per la povertà. ⁹ Il Programma di lavoro degli Emirati Arabi Uniti-Belém non fornisce indicazioni specifiche su come disaggregare gli indicatori, il che può portare a differenze nel modo in cui i paesi riportano questi indicatori. Anche le fonti di dati sottostanti spesso non supportano la disaggregazione: ad esempio, l'Obiettivo di Sviluppo Sostenibile 13.1.1 (decessi ogni 100.000 persone attribuibili a disastri) si basa su dati che non tengono conto sistematicamente di età o sesso. ³ La disaggregazione per disabilità è particolarmente carente. Inoltre, le fasce d'età per molti indicatori elencati nel Programma di lavoro degli Emirati Arabi Uniti-Belém non sono standardizzate. Raccomandiamo la raccolta e la comunicazione dei dati utilizzando gruppi di età di 5 anni, ad eccezione dei bambini di età inferiore a 5 anni per i quali rapidi cambiamenti biologici e fisiologici potrebbero giustificare una disaggregazione più fine. ¹⁰

La salute dei bambini dovrebbe essere posta al centro di tutte le politiche che portano al 2030. ¹¹ Sono necessari indicatori standardizzati per monitorare i progressi verso gli obiettivi di salute infantile nell'ambito dell'adattamento climatico. Come minimo, la misurazione dovrebbe includere la disaggregazione per età. Gli indicatori dovrebbero raccogliere informazioni sulle fasce d'età e sulla demografia infantile pertinenti. ⁴ ⁵ Misurando i cambiamenti nello stato di salute di popolazioni specifiche, è possibile mantenere l'impegno dell'Obiettivo di Sviluppo Sostenibile di non lasciare indietro nessuno.

[https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196\(25\)00198-6/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(25)00198-6/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

Pandemia in essere e in arrivo

THE LANCET
Infectious Diseases

COVID lungo associato alla reinfezione da SARS-CoV-2 tra bambini e adolescenti nell'era omicron (RECOVER-EHR): uno studio di coorte retrospettivo

[Bingyu Zhang , Qiong Wu , Ravi Jhaveri , Ting Zhou , Michael J Becich , Yuriy Bisnyuk , e altri](#)

Riepilogo

Sfondo

Le sequele post-acute dell'infezione da SARS-CoV-2 (PASC) rimangono una sfida importante per la salute pubblica. Sebbene studi precedenti si siano concentrati sulla caratterizzazione delle PASC in bambini e adolescenti dopo un'infezione iniziale, i rischi di PASC dopo una reinfezione con la variante omicron rimangono poco chiari. Il nostro obiettivo era valutare il rischio di diagnosi di PASC (U09.9) e i sintomi e le

condizioni potenzialmente correlati alla PASC in bambini e adolescenti dopo una reinfezione da SARS-CoV-2 durante il periodo omicron.

Metodi

Questo studio di coorte retrospettivo ha utilizzato dati provenienti da 40 ospedali pediatrici e istituzioni sanitarie negli Stati Uniti che partecipano all'iniziativa Researching COVID to Enhance Recovery (RECOVER). Abbiamo incluso pazienti di età inferiore a 21 anni al momento dell'ingresso nella coorte; con infezione da SARS-CoV-2 documentata dopo il 1° gennaio 2022; e che avevano effettuato almeno una visita medica entro 24 mesi e 7 giorni prima della prima infezione. La seconda infezione da SARS-CoV-2 è stata confermata da PCR positiva, test antigenici o una diagnosi di COVID-19 verificatasi almeno 60 giorni dopo la prima infezione. L'endpoint primario era una diagnosi di PASC documentata dal medico (U09.9). Gli endpoint secondari erano 24 sintomi e condizioni precedentemente identificati come potenzialmente correlati a PASC. Abbiamo utilizzato il modello di regressione di Poisson modificato per stimare il rischio relativo (RR) tra il secondo e il primo episodio di infezione, aggiustato per fattori demografici, clinici e di utilizzo dell'assistenza sanitaria utilizzando il matching esatto e il propensity-score.

Risultati

Abbiamo identificato 407.300 (87,5%) dei 465.717 bambini e adolescenti idonei con un primo episodio di infezione e 58.417 (12,5%) con un secondo episodio di infezione dal 1° gennaio 2022 al 13 ottobre 2023 nel database RECOVER. 233.842 (50,2%) pazienti erano maschi e 231.875 (49,8%) erano femmine. L'età media era di 8,17 anni (DS 6,58). Il tasso di incidenza della diagnosi di PASC (U09.9) per milione di persone ogni 6 mesi era di 903,7 (IC 95% 780,9–1026,5) nel primo gruppo di infezione e 1883,7 (1565,1–2202,3) nel secondo gruppo di infezione. La reinfezione è stata associata a un rischio significativamente aumentato di una diagnosi complessiva di PASC (U09.9) (RR 2,08 [1,68–2,59]) e a una serie di sintomi e condizioni potenzialmente correlati a PASC (intervallo RR 1,15–3,60), tra cui miocardite, cambiamenti del gusto e dell'olfatto, tromboflebite e tromboembolia, malattie cardiache, danno renale acuto, disturbi dei liquidi e degli elettroliti, dolore generalizzato, aritmie, enzimi epatici anormali, dolore toracico, affaticamento e malessere, mal di testa, dolore muscoloscheletrico, dolore addominale, problemi di salute mentale, POTS o disautonomia, deterioramento cognitivo, condizioni della pelle, febbre e brividi, segni e sintomi respiratori e segni e sintomi cardiovascolari.

Interpretazione

Bambini e adolescenti corrono un rischio significativamente più elevato di vari esiti di PASC dopo una reinfezione da SARS-CoV-2. Questi risultati si aggiungono alle precedenti evidenze che collegano il COVID pediatrico prolungato agli effetti multisistemici e sottolineano la necessità di promuovere la vaccinazione nelle popolazioni più giovani e di sostenere la ricerca in corso per comprendere meglio il PASC, identificare sottogruppi ad alto rischio e migliorare le strategie di prevenzione e cura.

Finanziamento

Istituti nazionali di sanità.

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

Abbiamo effettuato una ricerca su PubMed per articoli pubblicati in inglese fino al 15 luglio 2025, utilizzando i termini ("SARS-CoV-2" o "COVID-19") E ("reinfezione" o "reinfezioni") E ("PASC" o "sequele post-acute" o "COVID lungo" o "condizione post-COVID-19"). Questa ricerca ha prodotto nove studi che esaminano l'associazione tra la reinfezione da SARS-CoV-2 e lo sviluppo di sequele post-acute da SARS-CoV-2 (PASC). La maggior parte degli studi si è concentrata sulla popolazione adulta, mentre pochi hanno preso in considerazione coorti pediatriche. Diversi studi hanno suggerito che le infezioni ripetute da SARS-CoV-2 potrebbero aumentare il rischio di complicazioni di salute a lungo termine, tra cui la PASC, in particolare negli anziani e in coloro che presentano comorbidità. Tuttavia, i dati sulla popolazione pediatrica rimangono scarsi.

Gli studi identificati presentavano spesso limitazioni quali le ridotte dimensioni del campione, l'affidamento a dati auto-risportati e il breve follow-up, che ostacolano la possibilità di trarre conclusioni definitive sul rischio di PASC dopo reinfezione in bambini e adolescenti. Inoltre, le differenze nelle definizioni di PASC e nei criteri diagnostici tra gli studi contribuiscono a creare incongruenze nei risultati riportati.

Valore aggiunto di questo studio

A nostra conoscenza, questo studio è il primo e più ampio studio di coorte basato su cartella clinica elettronica (EHR) a valutare in modo completo il rischio di PASC dopo reinfezione da SARS-CoV-2 con la variante omicron (B.1.1.529) tra bambini e adolescenti. Utilizzando i dati EHR del National Institutes of Health Researching COVID to Enhance Recovery Initiative in 40 istituti pediatrici, siamo stati in grado di valutare la diagnosi di PASC (codice ICD-10-CM U09.9) e un'ampia varietà di potenziali sintomi e condizioni post-acute. Utilizzando un disegno di classificazione per seconda infezione rispetto alla prima, abbiamo allineato il tempo di calendario e il tempo dall'infezione e abbiamo corretto per i fattori confondenti con il propensity score matching. Questo studio estende la letteratura sullo sviluppo dei sintomi di PASC oltre il periodo iniziale della pandemia (da marzo 2020 a dicembre 2021).

Implicazioni di tutte le prove disponibili

La crescente frequenza delle reinfezioni da SARS-CoV-2 nell'era omicron sottolinea la necessità di comprenderne le conseguenze a lungo termine. I nostri risultati indicano che il rischio di PASC persiste dopo la reinfezione nei bambini e negli adolescenti, sebbene l'entità possa variare in base alla storia infettiva precedente, alla gravità e allo stato vaccinale. Questi risultati suggeriscono che le reinfezioni potrebbero contribuire alla morbidità cumulativa. Un follow-up continuo a lungo termine è essenziale per orientare l'assistenza clinica e le strategie di salute pubblica al fine di mitigare il carico pediatrico del COVID lungo.

[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(25\)00476-1/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email&_cf_chl_tk=afmEqDMGGB1TEz0oOCzOJrqN1jp.r6oQ4PMQpN9FRZY-1759828630-1.0.1.1-qSls.GrlkepFrb1hQKvTLEIkUJhxpN.5pOJbZfCweQA](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(25)00476-1/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email&_cf_chl_tk=afmEqDMGGB1TEz0oOCzOJrqN1jp.r6oQ4PMQpN9FRZY-1759828630-1.0.1.1-qSls.GrlkepFrb1hQKvTLEIkUJhxpN.5pOJbZfCweQA)

THE LANCET
Infectious Diseases

Il COVID lungo è qui per restare, anche nei bambini

Danilo Buonsenso

Le sequele post-acute dell'infezione da SARS-CoV-2 (PASC, note anche come COVID lungo) sono complicanze complesse, multisistemiche e di lunga durata dell'infezione da SARS-CoV-2 che hanno un profondo impatto sulla vita quotidiana delle persone colpite e sono state documentate in adulti e bambini a livello globale, indipendentemente dalla gravità dell'infezione iniziale. [1](#) La maggior parte degli studi sul COVID lungo fino ad oggi si è concentrata sulle prime infezioni, in particolare con varianti pre-omicron. Se le reinfezioni, in particolare con varianti omicron o successive, possano anche portare al COVID lungo nei bambini e negli adolescenti rimane una domanda cruciale e senza risposta. Ad esempio, la sindrome infiammatoria multisistemica nei bambini, una grave complicanza post-acute del SARS-CoV-2, è in gran parte scomparsa con le nuove varianti e l'aumento dell'immunità della popolazione. [2](#) In un nuovo studio, Bingyu Zhang e colleghi forniscono prove convincenti che la stessa traiettoria non vale per il COVID lungo pediatrico. [3](#)

Utilizzando dati reali provenienti dall'iniziativa RECOVER, che comprende 40 ospedali pediatrici e istituzioni sanitarie negli Stati Uniti, Chen e colleghi hanno analizzato il rischio di COVID lungo dopo la reinfezione da SARS-CoV-2 tra il 1° gennaio 2022 e il 13 ottobre 2023. Lo studio ha incluso 465.717 individui di età inferiore a 21 anni (età media 8,17 anni [DS 6,58]; 233.842 [50,2%] pazienti erano maschi e 231.875 [49,8%] erano femmine). Il COVID lungo è stato identificato utilizzando due approcci: il codice di diagnosi ICD-10-CM U09,9 (endpoint primario) e un elenco di sintomi e condizioni definiti dal medico potenzialmente associati a PASC pediatrico. Il tasso di incidenza della diagnosi di COVID a lungo termine è stato di 903,7 (IC 95% 780,9–1026,5) per milione di persone ogni 6 mesi nel gruppo della prima infezione, salendo a 1883,7 (1565,1–2202,3) per milione di persone ogni 6 mesi dopo la reinfezione. La reinfezione è stata associata a un rischio più che doppio di una diagnosi di COVID a lungo termine (rischio relativo 2,08 [IC 95% 1,68–2,59]). Un'ampia gamma di sintomi e condizioni correlate è risultata significativamente più comune dopo la reinfezione.

Questi risultati rafforzano il messaggio urgente che bambini e adolescenti possono sviluppare la COVID-19 cronica non solo dopo un'infezione iniziale, ma anche dopo una reinfezione. Le implicazioni per la salute pubblica sono sostanziali.

Prima di questo studio, le stime suggerivano che quasi 6 milioni di bambini negli Stati Uniti potessero essere affetti da COVID lungo, un numero superiore a quello dei bambini affetti da asma, la malattia cronica più comune nei bambini. [4](#) Ricerche precedenti hanno dimostrato che i sintomi del COVID lungo possono persistere fino a 36 mesi o più nei bambini. [5](#) Le nuove prove che le reinfezioni possono scatenare o peggiorare questa condizione cronica suggeriscono che il peso sociale è destinato a crescere. In assenza di una terapia attualmente disponibile, il numero di bambini che convivono con una malattia cronica e spesso debilitante continuerà ad aumentare. I bambini con COVID lungo presentano spesso sintomi che impediscono loro di frequentare la scuola, praticare sport o socializzare, aspetti fondamentali dello sviluppo infantile. Una generazione di bambini che non raggiunge queste tappe fondamentali potrebbe avere un impatto economico e psicologico a lungo termine per la società.

Poiché le reinfezioni possono scatenare il COVID lungo a qualsiasi età, una strategia ovvia sarebbe la prevenzione (ovvero, limitare il numero di reinfezioni). Interventi non farmacologici, come l'uso di mascherine, potrebbero essere utili per prevenire la trasmissione in contesti controllati, ma hanno avuto scarsi risultati a lungo termine su scala più ampia a livello di popolazione. [6](#) Approcci promettenti, come il miglioramento della qualità dell'aria nelle scuole e nei luoghi di lavoro, sono ancora nelle fasi iniziali di raccolta di prove e implementazione. [6](#) I vaccini, sebbene efficaci nel ridurre la malattia grave, offrono solo una modesta protezione contro il COVID lungo e molti paesi hanno già ridotto o interrotto le campagne di vaccinazione. [5,7](#)

Considerate queste limitazioni, la sola prevenzione dell'infezione non sarà sufficiente a ridurre l'impatto del COVID lungo sulla salute pubblica. Trovare una cura per il COVID lungo deve diventare una priorità assoluta per la ricerca e l'assistenza sanitaria. Sebbene gli studi clinici sugli adulti siano in corso e in aumento, nessuno è ancora stato avviato per i bambini. [8](#) Gli studi clinici pediatrici sono spesso ritardati a causa di sfide etiche e normative, il che significa che i bambini devono attendere che l'efficacia e la sicurezza dei trattamenti siano dimostrate negli adulti prima di accedervi. Questo ritardo lascia milioni di bambini senza trattamento durante anni cruciali dello sviluppo.

Sono urgentemente necessari centri di ricerca dedicati al COVID lungo pediatrico per facilitare l'accesso a futuri studi clinici e garantire una diagnosi precoce, la gestione dei sintomi e il supporto psicosociale. Il riconoscimento del COVID lungo come malattia organica e multisistemica, anche con un codice diagnostico riconosciuto a livello globale, è ancora carente in molti contesti clinici, con sintomi spesso attribuiti a cause psicologiche. [9,10](#) Studi come quello di Zhang e colleghi mettono in discussione questa narrazione, documentando forti associazioni tra infezione da SARS-CoV-2 e miocardite, alterazioni del gusto e dell'olfatto, tromboflebite e tromboembolia, danno renale acuto, alterazioni dei liquidi e degli elettroliti, dolore generalizzato, aritmie, affaticamento e malessere, dolore addominale, sindrome da tachicardia posturale ortostatica o disautonomia, deterioramento cognitivo e problemi respiratori.

Il messaggio da trarre da questo studio è chiaro: il COVID lungo è destinato a durare, anche nei bambini, e può essere esacerbato dalle reinfezioni e sostenuto da un'elevata circolazione virale. Governi, sistemi sanitari ed enti finanziatori devono agire ora, dando priorità al COVID lungo come obiettivo primario della medicina

e della ricerca, consentendo l'accesso alle cure e garantendo che i bambini non vengano lasciati indietro. Senza un'azione decisa, il costo sociale a lungo termine del COVID lungo continuerà ad aumentare.

[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(25\)00496-7/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(25)00496-7/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)



Covid, il software italiano che anticipa le varianti

Dalla biologia all'intelligenza artificiale, ConvMut promette di rivoluzionare la strategia globale dei vaccini e dei monoclonali

[Francesca Cerati](#)

Un software “made in Italy” potrebbe cambiare il modo in cui il mondo si prepara alle nuove varianti di Sars-Cov-2. Si chiama ConvMut — abbreviazione di Convergent Mutations — ed è stato sviluppato da un team di ricercatori dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Pisa, del Politecnico di Milano e dell'Inmi Spallanzani di Roma. Basato sul principio dell'evoluzione convergente, cioè il processo per cui organismi diversi sviluppano tratti simili per adattarsi alle stesse condizioni ambientali, ConvMut consente di predire le mutazioni del virus che hanno maggiori probabilità di emergere e diffondersi. Uno strumento che potrebbe permettere di anticipare di mesi l'evoluzione della proteina Spike, bersaglio dei vaccini e degli anticorpi monoclonali.

Al passo con l'evoluzione del virus

L'idea è nata da Daniele Focosi, ematologo e virologo pisano, ed è stata sviluppata insieme ai team di Fabrizio Maggi, direttore del Dipartimento di Epidemiologia e ricerca preclinica dello Spallanzani, e di Anna Bernasconi, ricercatrice del Politecnico di Milano. «Oggi la pandemia di Covid-19 riguarda soprattutto i pazienti immunocompromessi — spiega Focosi — ma il virus continua a mutare. Tra la scelta del ceppo dominante e la distribuzione dei vaccini passano mesi, e spesso i preparati non riescono a tenere il passo dell'evoluzione». ConvMut, ora disponibile pubblicamente sulla piattaforma internazionale Gisaïd, sfrutta oltre 17 milioni di sequenze virali condivise da laboratori di tutto il mondo. Il software automatizza analisi che prima richiedevano settimane di lavoro manuale, raggruppando i lignaggi in base alle mutazioni comuni e fornendo aggiornamenti quasi in tempo reale.

Vaccini più mirati

«Predire con anticipo quale sarà il ceppo “vincente” — sottolinea Maggi — significa poter sviluppare vaccini più mirati e ridurre i tempi di risposta». Oltre a guidare la messa a punto dei vaccini stagionali, ConvMut potrà servire anche per ottimizzare gli anticorpi monoclonali, una risorsa terapeutica cruciale per i pazienti più fragili. Come aggiunge Bernasconi, «il software traduce automaticamente i dati genetici in grafici evolutivi, consentendo ai ricercatori di visualizzare come e dove si stanno concentrando le mutazioni convergenti».

Un passo importante verso una prevenzione proattiva, che unisce biologia evolutiva, intelligenza artificiale e sanità pubblica.

https://www.ilsole24ore.com/art/covid-software-italiano-che-anticipa-varianti-AHFGBQ9C?cmpid=nl_sanita24



What matters most to the population in case of chronic conditions? Results from a discrete choice experiment in Italy

Milena Vainieri ^{a,*}, Veronica Spataro ^a, Sabina De Rosis ^a, Filippo Quattrone ^b, Sabina Nuti ^{a,b}

Cosa è più importante per la popolazione in caso di patologie croniche? Risultati da un esperimento di scelta discreta in Italia

Milena Vainieri, Veronica Spataro, Sabina De Rosis, Filippo Quattrone, Sabina Nuti

Abstract

La continuità relazionale, il coordinamento delle cure e il lavoro di squadra sono ampiamente riconosciuti come componenti chiave della qualità nell'assistenza primaria. Questo studio indaga le preferenze della popolazione riguardo ai modelli organizzativi dell'assistenza primaria, con particolare attenzione ai ruoli dei medici di medicina generale, degli specialisti e degli infermieri.

È stato condotto un esperimento di scelta discreta (DCE) attraverso un sondaggio trasversale online a livello nazionale, utilizzando un disegno sperimentale fattoriale completo con 20 set di scelta selezionati casualmente per ridurre al minimo il carico cognitivo. Gli attributi esaminati includevano il coordinamento, la continuità relazionale e il lavoro di squadra.

I dati sono stati raccolti da un campione rappresentativo di 2.553 intervistati in tutta Italia all'inizio del 2021. I risultati sottolineano la centralità del lavoro di squadra (OR=1,85 nelle condizioni croniche lievi e 2,31 in quelle gravi), seguito dalla continuità relazionale (OR=1,60 nelle condizioni lievi e 1,55 in quelle gravi).

Il coordinamento si colloca al terzo posto (OR=1,31) per le patologie lievi, ma raggiunge la parità con la continuità relazionale nel contesto delle patologie croniche gravi.

Questi risultati offrono una solida evidenza di preferenze differenziate in base alla gravità della malattia cronica e supportano la progettazione di modelli di assistenza primaria personalizzati.

In conclusione, questa analisi evidenzia l'importanza di integrare coordinamento, continuità relazionale e lavoro di squadra nella configurazione dei servizi di assistenza primaria, offrendo spunti rilevanti per le politiche per adattare i modelli di erogazione alle esigenze dei pazienti con diversi livelli di cronicità.

1. Introduzione

Sono trascorsi più di 40 anni dalla conferenza di Alma Ata del 1978, che ha affermato l'importanza dell'assistenza sanitaria primaria per ottenere migliori risultati sanitari. L'assistenza sanitaria primaria può essere definita come servizi che operano vicino a dove le persone vivono, il primo punto di contatto con le persone, che forniscono una gamma di servizi che vanno dalla prevenzione alla cura e alla riabilitazione, andando oltre le attività tradizionalmente svolte dai medici di medicina generale [1].

Molti paesi non hanno ancora soddisfatto le caratteristiche fondamentali dell'assistenza sanitaria primaria identificate da Barbara Starfield: equità nell'accesso, convenienza, tempestività, continuità e coordinamento dell'assistenza [2–4]. Ciò accade nonostante gli studi riportino che, quando l'assistenza sanitaria primaria è stata applicata, i sistemi sanitari hanno beneficiato di una salute migliore e di una riduzione delle disparità sociali nell'accesso [5,4].

La conferenza di Astana del 2018 ha ribadito l'importanza di rafforzare l'assistenza sanitaria primaria, considerando che l'età avanzata e la multimorbilità della popolazione stanno diventando la norma [6]. Gli ultimi due anni di pandemia di COVID-19 hanno evidenziato il ruolo centrale svolto dall'assistenza sanitaria primaria e l'urgenza di soddisfare le aspettative dei cittadini e le costose richieste mediche [7]. L'assistenza sanitaria primaria è il servizio di prima linea dei sistemi sanitari che mira a curare coloro che necessitano di cure e ad aiutare le persone a diventare più attive nella gestione della propria salute. Gli approcci all'assistenza sanitaria primaria possono migliorare l'efficienza del sistema sanitario e i risultati di salute per le persone di diversi livelli socio-economici e rendere i sistemi sanitari più incentrati sulle persone [5].

La pandemia ha chiarito il ruolo dell'assistenza primaria nel garantire un sistema sanitario resiliente [2,8]. Per questo motivo, molti paesi, tra cui l'Italia, hanno stanziato la maggior parte dei fondi nazionali provenienti dal programma NGEU per implementare l'assistenza primaria. L'enfasi, tuttavia, è stata posta sugli investimenti strutturali e tecnologici, senza una chiara riprogettazione del modello organizzativo e delle interazioni tra i professionisti [9, 5].

Infatti, nonostante l'appello a rafforzare l'assistenza sanitaria primaria, non esiste un'unica soluzione o un modello che possa adattarsi a tutti i sistemi sanitari.

In effetti, i modelli organizzativi, i sistemi di finanziamento e l'erogazione dell'assistenza variano notevolmente da paese a paese e il recente rapporto dell'OCSE sull'assistenza sanitaria primaria ha elencato alcuni esempi di azioni specifiche raccomandate ai diversi paesi [5,10]. In particolare, l'invecchiamento della popolazione rappresenta un problema importante nei modelli organizzativi e influisce sulla gestione delle cure croniche e sul ruolo dell'assistenza sanitaria primaria.

Negli ultimi decenni, il *Chronic Care Model* è stato proposto come possibile soluzione, ma è stato implementato con un approccio incentrato sulla malattia anziché sul paziente [11–13]. Questo potrebbe non essere efficace nella gestione di condizioni complesse determinate dalla comorbidità [14].

Fornire assistenza a pazienti con molteplici patologie croniche richiede un approccio globale e mirato alla persona, il che significa considerare gli episodi di cura come parte del corso della vita, anziché prendersi cura di una singola malattia, e richiede l'integrazione e il coordinamento dei servizi sanitari [15,16,4].

A tal fine, il coordinamento e la continuità sono considerati valori fondamentali dell'assistenza sanitaria primaria. Questo articolo indaga le preferenze dei pazienti nell'assistenza primaria, concentrandosi sul valore relativo del coordinamento delle cure e della continuità relazionale.

Sebbene la continuità relazionale sia un fattore cruciale [17], soprattutto per i pazienti affetti da patologie croniche [18], questi aspetti vengono raramente studiati insieme in relazione al coordinamento. Per colmare questa lacuna, abbiamo condotto un esperimento di scelta discreta (DCE) nell'ambito di un'indagine nazionale sulla popolazione italiana nel 2021, esaminando le preferenze nei casi di cronicità lieve e grave.

Dopo una breve introduzione di alcune questioni dibattute sull'assistenza cronica e sull'assistenza sanitaria primaria, evidenziamo le ipotesi testate attraverso un esperimento di scelta discreta per elicitarne le preferenze della popolazione su caratteristiche specifiche dei servizi di assistenza sanitaria primaria. Successivamente, l'articolo riporta i principali risultati e le discussioni, concludendo con alcune osservazioni e suggerimenti per accademici e decisori politici.

2. Le questioni dibattute sull'assistenza cronica e sull'assistenza sanitaria primaria

Alcune dimensioni fondamentali per valutare la qualità nell'assistenza primaria sono la continuità e il coordinamento [19,17]. La continuità assistenziale include la continuità informativa, relazionale e gestionale [20,21]. La continuità è ampiamente riconosciuta come una delle dimensioni più cruciali nella valutazione della solidità dei processi di erogazione dei servizi di assistenza primaria [3,22,10].

Tuttavia, la sua importanza può variare a seconda del tipo di servizio fornito [23,24]. In particolare, la ricerca indica che l'importanza della familiarità con il fornitore tende a essere maggiore nel contesto di controlli di routine rispetto a situazioni che comportano nuovi sintomi come raffreddori o dolori improvvisi [23].

Inoltre, i risultati di uno studio svizzero suggeriscono che per le visite ambulatoriali, elementi strutturali come le strutture della clinica possono superare l'importanza della relazione medico-paziente, soprattutto quando i medici dimostrano buone capacità di ascolto [25].

Al contrario, in determinate circostanze, i pazienti potrebbero preferire chiedere un secondo parere per ottenere una nuova prospettiva sulla propria assistenza [24].

La ricerca mostra che la continuità relazionale è molto apprezzata dalle persone con patologie croniche e psicologiche, dagli anziani e da coloro che hanno uno stato di salute più precario, poiché è solitamente associata alla fiducia e alla qualità della comunicazione [26,27].

La continuità longitudinale, in termini di mantenimento del rapporto con lo stesso medico nel tempo, è spesso utilizzata come indicatore di continuità relazionale [28]. Le interazioni ripetute con lo stesso professionista consentono la fiducia da parte dei pazienti [29].

Per i pazienti cronici e multicronici, è importante che il medico di base (MMG) sia a conoscenza della loro storia, per essere in grado di dare consigli coerenti, assumersi la responsabilità, fidarsi del paziente e rispettarlo [28].

I pazienti preferiscono non dover "ripetere la loro storia" a più professionisti, che è citato come la ragione principale per cui i pazienti preferiscono un professionista sanitario di fiducia [26].

La continuità relazionale aumenta significativamente l'autogestione dei pazienti cronici e multicronici ed è associata a una maggiore soddisfazione del paziente [18].

Inoltre, la continuità relazionale ha un impatto positivo sul senso di sicurezza, fiducia e comprensione del paziente e sulla qualità percepita dell'assistenza sanitaria [30].

3. Materiali e metodi

3.1. Contesto dello studio

Il sistema sanitario universale italiano segue un modello Beveridge decentrato, gestito a livello regionale. A causa della devoluzione, le regioni hanno sviluppato modelli organizzativi e di finanziamento distinti, con conseguenti variazioni nella spesa, nelle prestazioni e nella qualità dell'assistenza [40,41]. La governance è strutturata su tre livelli: nazionale, regionale e locale. Il governo centrale sovrintende alle amministrazioni sanitarie regionali, definisce i livelli di assistenza essenziale e alloca i finanziamenti. Le regioni gestiscono i servizi sanitari definendo i piani sanitari, coordinando le Aziende Sanitarie Locali, distribuendo i budget e monitorando le prestazioni. Il livello locale fornisce assistenza primaria, per acuti, riabilitativa e preventiva. L'assistenza primaria è gestita dai Medici di Medicina Generale (MMG), retribuiti tramite compenso pro capite, a prestazione e in base alle prestazioni, in base a contratti nazionali e regionali. I pazienti possono scegliere liberamente il proprio medico di medicina generale, che assiste fino a 1.500 pazienti [42]. Le politiche nazionali promuovono la collaborazione tra medici di base, con il 67% che lavora in studi associati, sebbene la partecipazione regionale vari tra il 20% e l'84% (Ministero della Salute [43]).

3.2. Indagine trasversale

Questo lavoro utilizza i dati di uno studio trasversale condotto tra Febbraio e marzo 2021 per indagare l'esperienza, i risultati e le preferenze dei cittadini italiani assistiti, con particolare attenzione ai servizi sanitari per pazienti cronici.

Il sondaggio è stato somministrato tramite un questionario online sulla piattaforma Qualtrics e consisteva in una parte osservazionale e una parte sperimentale. La parte osservazionale dello studio includeva domande sociodemografiche. La parte sperimentale consisteva in due DCE volte a indagare le preferenze degli intervistati riguardo alla configurazione dell'erogazione del servizio in caso di patologie croniche lievi o gravi.

3.3. Esperimento di scelta discreta

Il metodo DCE si basa sulla teoria della scelta del consumatore [44], che presuppone che (1) l'utilità dei beni possa essere definita da diverse caratteristiche (ovvero attributi) e che (2) ciascun attributo vari in modo significativo con diverse specifiche (ovvero livelli). Gli individui valutano la desiderabilità complessiva del prodotto o servizio in base a questi attributi, trovando compromessi tra di essi. In questo metodo, agli intervistati viene chiesto di scegliere l'opzione preferita tra due o più nativi (ovvero set di scelta) generati dalle varie combinazioni di tributi. Pertanto, le preferenze vengono rivelate indirettamente attraverso le scelte degli intervistati, determinando quali attributi guidano le preferenze degli individui e come i cambiamenti negli attributi e nei livelli influenzano le preferenze attive [45].

È considerato il tipo più appropriato di analisi congiunta, in quanto si avvicina molto al processo decisionale del mondo reale [46], e viene sempre più utilizzato per suscitare preferenze e anticipare le scelte dei consumatori in ambito sanitario [47–50]. L'applicazione della DCE per suscitare preferenze dei pazienti in ambito sanitario e sociale è cresciuta significativamente negli ultimi due decenni per rispondere alle richieste di un maggiore coinvolgimento degli utenti nella progettazione e nell'erogazione di cure e servizi o per valutare la qualità dell'assistenza dal loro punto di vista.

La DCE è stata utilizzata per valutare le preferenze dei pazienti per quattro attributi, ovvero: tipo di professionista, per la figura di riferimento; professionista di fiducia, come indicatore di continuità relazionale; tipo di lavoro, come indicatore di lavoro di squadra; tipologia di attività, come proxy del coordinamento assistenziale. Gli attributi adottati e i rispettivi livelli sono riassunti nella Tabella 1 e sono stati scelti sulla base di precedenti analisi della letteratura. Maggiori dettagli sulla definizione degli attributi, la loro rilevanza in letteratura e la loro connessione con l'obiettivo principale del documento sono forniti nell'Appendice A. Poiché il medico di base è sempre considerato attendibile per progettazione nel sistema sanitario italiano, la combinazione "medico di base in servizio" non è inclusa.

Il disegno sperimentale fattoriale completo è stato realizzato con il software STATA15, mediante l'algoritmo di Fedorov modificato che massimizza la D-efficienza del disegno [51].

Le alternative hanno utilizzato gli stessi attributi variando solo i livelli assegnati attraverso modifiche sistematiche per garantire l'ortogonalità e una bassa probabilità di sovrapposizione tra i livelli [52,53]. Per limitare l'affaticamento cognitivo ed evitare il sovraccarico, ogni partecipante ha risposto a uno solo dei cinque blocchi di ciascun disegno sperimentale, selezionato a caso tra i 20 possibili set di scelta secondo la strategia di randomizzazione a blocchi adottata da altri studi (vedere ad esempio [49]). Il rispondente deve scegliere solo un'opzione per set di scelta (quella in cui si sentirebbe più soddisfatto) e non può tornare indietro o cambiare le risposte una volta fornite. Ulteriori informazioni sugli scenari e sui set di scelta sono riportate nell'Appendice B.

3.4. Selezione e reclutamento della popolazione di riferimento

La popolazione di riferimento di questo studio è costituita da persone di età superiore ai 45 anni residenti in Italia. La dimensione del campione è stata calcolata stratificando la popolazione secondo i seguenti criteri: area di residenza Nord-Ovest, Nord-Est, Centro, Sud, Isole e fascia d'età 45-55, 56-65, 65-74, 75+.

Considerando un livello di riferimento del 95% e un margine di errore inferiore all'8%, gli autori hanno stimato una dimensione teorica del campione di 2224 intervistati, arrotondata a 2500, stratificata secondo i criteri sopra menzionati. La dimensione del campione è stata definita utilizzando l'algoritmo di Cannavò e Frud'a [54]. La dimensione del campione è stata stimata considerando un tasso di risposta del 30%.

Gli intervistati sono stati reclutati dalla suddetta società Qualtrics.

Questo servizio garantisce la qualità dei dati attraverso la verifica degli intervistati, procedure di screening e misure per prevenire risposte duplicate o fraudolente, consentendo un processo di campionamento mirato e affidabile. Aderisce agli standard etici per il reclutamento dei partecipanti e la raccolta dei dati. I partecipanti vengono informati sullo scopo dello studio, sulle procedure e sui loro diritti prima di iniziare il sondaggio. Un foglio informativo che descrive i dettagli sulla privacy, incluso il modo in cui i loro dati saranno trattati e il loro diritto di revoca in qualsiasi momento, viene fornito dopo l'accettazione dei partecipanti a partecipare al sondaggio. La partecipazione è completamente volontaria e gli intervistati devono leggere il consenso informato prima di procedere con il sondaggio.

3.5. Analisi statistiche

Un'analisi descrittiva del campione è stata calcolata tramite la modellazione logit condizionale utilizzando il software STATA 15 [55]. Il logit condizionale mette in relazione la probabilità di scelta tra due o più alternative con le caratteristiche dei livelli di attributo che definiscono tali alternative.

Il modello logit condizionale è stato utilizzato per analizzare i dati DCE, poiché è ampiamente utilizzato per modellare il comportamento di scelta negli studi con alternative discrete. Questo approccio è stato efficacemente applicato in ricerche simili, ad esempio, in Bell'e et al [56], dove è stato utilizzato per esaminare le preferenze della popolazione in merito alla riduzione dei diritti alla privacy in circostanze di crisi. La semplicità e l'interpretabilità del modello lo rendono una scelta appropriata per questa analisi.

Le preferenze degli intervistati sono state identificate rispetto ai diversi livelli che caratterizzano gli attributi. Successivamente, è stata calcolata un'analisi di post-stima per creare valori previsti.

Più specificamente, gli autori hanno calcolato le definizioni delle scelte degli intervistati considerando una diversa combinazione di livelli di attributi, per confrontare le loro preferenze. Infine, è stato effettuato un confronto tra i due diversi esperimenti, che presentavano uno scenario di scelta leggermente diverso: condizione cronica lieve vs condizione cronica grave.

Le preferenze degli intervistati sono state identificate rispetto agli effetti principali e, in secondo luogo, agli effetti di interazione considerando le caratteristiche degli intervistati (ad esempio, età, sesso, essere un paziente cronico, area geografica di residenza) e l'esperienza con l'assistenza (ad esempio, uso di dispositivi medici, riferimenti professionali).

Durante l'analisi, il valore di cut-off p considerato per la significatività statistica era $p < 0,01$.

4. Risultati

Il numero di questionari compilati idonei all'analisi dei dati è 2553.

Il campione era composto da partecipanti con una leggera maggioranza di donne e una distribuzione pressoché equa di uomini.

La maggior parte dei partecipanti risiedeva nelle regioni del Nord-Ovest e del Centro, con una maggioranza di cittadini italiani. In termini di età, la maggior parte dei partecipanti aveva un'età compresa tra 55 e 64 anni, seguita da quelli di età compresa tra 45 e 64 anni.

Per quanto riguarda il livello di istruzione, la maggior parte aveva completato la scuola superiore, con una percentuale significativa di laureati o titoli di studio post-laurea. Il campione includeva un mix di stati di salute, con la maggior parte dei partecipanti che non segnalava alcuna condizione cronica, un numero significativo di persone affette da una condizione cronica e una parte considerevole che soffriva di più condizioni croniche. La Tabella 2 mostra le caratteristiche degli intervistati e della popolazione italiana di età pari o superiore a 45 anni, sulla base dei dati del 2021 o dell'anno disponibile più vicino. I dati sulla popolazione sono stati reperiti dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT).

La Tabella 3 mostra i risultati delle regressioni logistiche condizionali per i DCE delle condizioni croniche lievi e gravi. Per ciascuno dei quattro attributi nei DCE, la tabella mostra i seguenti elementi: odds ratio (OR), errori standard (ES), valori p (tramite l'asterisco) e la variazione percentuale degli odds quando l'attributo corrispondente varia dal livello di riferimento a quello corrispondente (OR variazione %). I termini di riferimento sono il medico di medicina generale, in servizio, che lavora da solo e che fornisce informazioni sul percorso di cura.

L'OR rappresenta la probabilità di preferire la scelta di una configurazione di servizio rispetto ai termini di riferimento. Pertanto, un OR unitario significa che esiste un'uguale probabilità di preferenza tra la configurazione di servizio e i termini di riferimento.

Un OR superiore all'unità significa che la probabilità di scelta è maggiore, mentre un OR inferiore all'unità significa che la scelta è meno probabile.

Tutti gli attributi hanno un impatto significativo sulle decisioni degli intervistati, sia in scenari di malattia lieve che grave, ad eccezione dello specialista nella condizione cronica lieve, pertanto, a parità di altre condizioni, non vi è alcuna differenza statistica tra la probabilità di scegliere un medico di base (di fiducia) o uno specialista di turno, che lavora da solo fornendo informazioni sul percorso di cura.

La Tabella 3 presenta le preferenze osservate in merito ai singoli attributi. Per i pazienti con condizioni croniche lievi, si riscontra una preferenza per i medici di base come figura di riferimento primaria rispetto agli infermieri, mentre gli specialisti sono preferiti per le condizioni gravi. La presenza di un professionista di fiducia aumenta significativamente la preferenza del paziente, del 60% per le condizioni lievi e del 55% per le condizioni gravi ($p < 0,001$).

Inoltre, l'organizzazione delle cure, anziché limitarsi a fornire informazioni sul percorso assistenziale, aumenta la preferenza del 31% per le patologie lievi e del 54% per le patologie gravi. Il lavoro di squadra emerge come il più influente fattore, aumentando la preferenza del paziente dell'85% per le patologie lievi e più che raddoppiandola per quelle gravi ($p < 0,001$).

In termini di effetti principali, il lavoro di squadra emerge come il fattore determinante più forte sia per le condizioni lievi che per quelle gravi, come indicato dall'odds ratio (OR). Dopo il lavoro di squadra, la continuità

è considerata l'attributo più importante per i pazienti con condizioni croniche lievi, seguita dal coordinamento. Per i pazienti con condizioni croniche gravi, l'importanza del coordinamento aumenta, raggiungendo la stessa rilevanza della continuità.

La Figura 1 confronta diverse combinazioni di erogazione dei servizi in base ad attributi (lavoro di squadra/individuale, di fiducia/in servizio, informazione/coordinamento) e figure professionali (Specialista/Infermiere), con il medico di base come punto di riferimento.

In caso di condizioni gravi, la configurazione di base di un medico di base che fornisce solo informazioni può essere preferita dagli specialisti in servizio e persino dagli infermieri di turno che lavorano in team (Figura 1B). In caso di condizioni lievi, l'assistenza abituale - un medico di base che fornisce solo informazioni - può essere sostituita o preferita solo nel caso di specialisti in servizio che lavorano in team (Figura 1A).

Quando è garantita la continuità relazionale (Figure 1C e D) con uno specialista, quest'ultimo è costantemente preferito al medico di base singolo.

Inoltre, quando lo specialista coordina l'assistenza, è preferito al medico di base, anche se quest'ultimo lavora in team e coordina l'assistenza. Inoltre, quando un infermiere gode di fiducia e coordina l'assistenza, sembra essere preferito al medico di base singolo in caso di condizioni gravi. In caso di condizioni gravi (Figura 1D), la configurazione di un infermiere di fiducia che coordina e lavora in team è preferita rispetto a tutte le combinazioni di attributi relative al medico di base, con l'unica eccezione di un medico di base che coordina l'assistenza e lavora in team.

Ulteriori risultati dell'analisi post-stima, basati sulla previsione della probabilità di scegliere diverse configurazioni di servizio dopo la stima, sono disponibili nell'Appendice C.

L'analisi degli effetti di interazione che determinano le preferenze dei cittadini conferma tutti i risultati della figura 1. Considerando le diverse caratteristiche degli intervistati analizzate (ad esempio, sesso, età, livello di istruzione, area geografica di residenza), la direzione delle preferenze è stata confermata, mentre sono state osservate pochissime variazioni nella probabilità di scegliere una specifica configurazione di servizio.

In particolare, essere un paziente cronico non altera gli effetti di interazione illustrati nella Figura 1. Ulteriori dettagli riguardanti le piccole differenze nell'entità delle preferenze per entrambi gli scenari, ovvero patologie croniche lievi e gravi, sono descritti nell'Appendice D. L'assenza di differenze in questi effetti potrebbe essere prevista considerando le caratteristiche degli intervistati; infatti, più della metà di loro soffre di almeno una patologia cronica, come indicato nella Tabella 2.

5. Discussione

I nostri risultati sono in linea con studi simili condotti in altri Paesi che hanno indagato le preferenze per i modelli organizzativi dell'assistenza primaria.

In effetti, la maggior parte degli attributi inclusi nel nostro DCE (tipologia di professionista, fiducia, lavoro di squadra e coordinamento delle cure) sono in linea con quelli identificati in altri studi che hanno applicato il DCE alle cure primarie [57], dove aspetti come il tipo di fornitore, la continuità delle cure, la fornitura di informazioni e l'organizzazione dei servizi erano comunemente esplorati e valutati dai pazienti in diversi paesi (Inghilterra, Scozia, Svezia, Danimarca, Germania, Stati Uniti).

Tuttavia, il nostro studio aggiunge una prospettiva distintiva esaminando il valore differenziale attribuito alla continuità relazionale e al coordinamento a seconda della gravità della condizione, un aspetto meno frequentemente esplorato nei precedenti DCE. Ad esempio, la ricerca di Cheraghi-Sohi et al. [58] e Rubin et al. [59] sulla continuità relazionale nel Regno Unito supporta la nostra conclusione che la coerenza delle cure è un elemento chiave nelle preferenze dei pazienti, in particolare per le patologie croniche.

Analogamente, studi condotti in altri paesi europei, come quelli di Seghieri et al. [49] in Italia e Hole [60] in Norvegia, evidenziano l'importanza della continuità e del coordinamento in ambito sanitario. Questa intuizione è particolarmente rilevante alla luce delle recenti riforme sanitarie, come il Decreto Ministeriale italiano 77 del 2022, che mira a promuovere un'assistenza integrata basata sul lavoro di squadra.

I nostri risultati sono in linea anche con quelli di altri studi sul lavoro di squadra interprofessionale, come quelli di Bonciani et al. [61] e Kerrissey et al. [62], che sottolineano il valore delle pratiche collaborative in ambito sanitario.

Questi confronti tra paesi sottolineano l'importanza del coordinamento dell'assistenza e della continuità relazionale nel miglioramento dei risultati per i pazienti, evidenziando al contempo i fattori contestuali, come le riforme sanitarie e le pratiche professionali, che possono plasmare le preferenze in contesti diversi. In particolare, i nostri risultati sottolineano che, nel caso di gravi patologie croniche, la continuità relazionale può essere bilanciata dal coordinamento dell'assistenza.

L'evidenza empirica sottolinea l'importanza di introdurre il lavoro di squadra in tutte le strategie politiche per i modelli di assistenza alle malattie croniche.

La nostra analisi indica che per le patologie croniche gravi, l'importanza del coordinamento aumenta (vedere la Tabella 2), eguagliando in ultima analisi l'importanza della continuità relazionale.

Pertanto, in circostanze specifiche, il coordinamento può prevalere sulla continuità relazionale in termini di preferenza; ad esempio, gli specialisti in servizio che lavorano in team e coordinano l'assistenza sono preferiti rispetto ai medici di base che lavorano in team senza coordinare il percorso assistenziale (vedere le Figure 1B e D).

L'esame di diverse combinazioni alternative conferma che il lavoro di squadra e la pratica del coordinamento prevalgono sulla continuità relazionale quando i pazienti soffrono di patologie croniche gravi.

Tali approfondimenti hanno il potenziale per influenzare significativamente le politiche e le strategie del sistema sanitario per la gestione delle malattie croniche. Acquisendo una migliore comprensione delle preferenze dei pazienti in merito all'assistenza primaria, i decisori politici saranno in una posizione migliore per promuovere sistemi sanitari veramente incentrati sul paziente, evitando anche modelli universali.

Questo impatto può manifestarsi in due modi distinti: a) attraverso un approccio segmentato, distinguendo tra condizioni croniche lievi e gravi, e b) integrando modelli ibridi che incorporano diversi meccanismi di coordinamento. Recenti ricerche sui modelli organizzativi infermieristici in contesti di terapia intensiva hanno dimostrato che alcuni elementi dei modelli teorici potrebbero non essere percepiti dai pazienti come rilevanti come previsto, mentre i modelli ibridi hanno mostrato un impatto positivo sulla percezione dei servizi di assistenza da parte dei pazienti [63]. Le politiche di assistenza primaria basate sul ruolo chiave degli infermieri dovrebbero considerare questi risultati progettando modelli ibridi in base alla gravità delle condizioni di salute. I nostri risultati suggeriscono un potenziale di spostamento dei compiti tra gli operatori sanitari per le persone con patologie croniche. Questo risultato è in linea con il concetto di spostamento dei compiti definito da van Schalkwyk et al. [64]: "Lo spostamento dei compiti ha il potenziale per contribuire al rafforzamento dei sistemi sanitari se accompagnato da un'adeguata pianificazione, risorse, istruzione, formazione e trasparenza" (p. 1379).

Il nostro studio presenta diversi punti di forza. In primo luogo, a nostra conoscenza, questo è il primo studio che indaga le preferenze della popolazione sugli attributi fondamentali dell'assistenza primaria nello scenario delle patologie croniche: continuità relazionale e coordinamento delle cure. In secondo luogo, contribuisce alla

natura fornendo informazioni sulle diverse priorità che la popolazione assegna al coordinamento, al lavoro di squadra e alla continuità delle cure nel caso di patologie croniche lievi e gravi. In terzo luogo, l'analisi si avvale di una solida metodologia basata su un'indagine sperimentale, considerata uno strumento fondamentale per gli scienziati sociali [65].

Tuttavia, è necessario riconoscere alcuni limiti dello studio. In primo luogo, nonostante il campione di studio comprenda persone di età superiore ai 45 anni, un limite consiste nella minore rappresentatività della fascia di età superiore ai 75 anni, che invece rappresenta il gruppo di cittadini più esigente in termini di assistenza e con maggiore esperienza. In secondo luogo, il disegno del DCE non si basava su un precedente studio qualitativo [66,48]; tuttavia, si basava su una precedente revisione della letteratura [49].

In terzo luogo, gli scenari presentati alla popolazione riportano il caso di una singola patologia.

Pertanto, studi futuri potrebbero considerare condizioni di multimorbilità, piuttosto frequenti tra gli anziani. Un quarto limite risiede nel numero di attributi utilizzati nello studio, che sono limitati a causa della metodologia utilizzata. Questa scelta è stata fatta per evitare di imporre un notevole carico cognitivo agli intervistati.

Studi futuri potrebbero considerare alcuni fattori indagati in altri lavori di ricerca, come i tempi di attesa [49,67], i costi e l'accessibilità. In particolare, un DCE più completo affronterebbe le modalità di riprogettazione dei servizi di assistenza per le patologie croniche.

Un'altra limitazione è legata al fatto che i risultati di questa ricerca sono specifici del sistema sanitario italiano. Nonostante questa limitazione, questo studio fornisce una base per future indagini su intervistati di altri paesi, poiché un diverso modello di governance del sistema sanitario e diverse esperienze passate con i servizi sanitari potrebbero portare a pesi diversi degli attributi.

Future linee di ricerca derivanti da questo studio includono la conferma o la messa in discussione delle priorità assegnate agli attributi in diverse giurisdizioni. Le variazioni nella governance del sistema sanitario e nei testi culturali possono influenzare le preferenze delle persone. Inoltre, l'indagine su scenari che coinvolgono condizioni di multimorbilità potrebbe fornire ulteriori spunti sulla visione olistica degli individui rispetto agli approcci incentrati sulla malattia.

Altre ricerche potrebbero integrare i risultati di questo studio, incorporando ulteriori attributi considerati importanti nella

firma dei servizi sanitari, come costi, tempi di attesa e accesso. Infine, esplorare le esigenze degli anziani che necessitano di maggiori servizi di assistenza sociale potrebbe approfondire la nostra comprensione dell'erogazione dell'assistenza sanitaria per questa fascia demografica.

Il nostro studio rivela che gli specialisti di fiducia che coordinano l'assistenza, indipendentemente dal fatto che lavorino in team o in modo indipendente, sono in genere preferiti dalle persone con patologie croniche sia lievi che gravi.

Particolarmente degna di nota è la preferenza per infermieri di fiducia, che garantiscono la continuità relazionale e coordinano l'assistenza all'interno di un team, rispetto ai medici di base che lavorano da soli, soprattutto nei casi di patologie croniche gravi.

Pertanto, in circostanze specifiche, gli infermieri potrebbero fungere da sostituti dei medici di base, come percepito dai pazienti.

Queste intuizioni possono aiutare i responsabili sanitari a progettare modelli organizzativi per l'assistenza alle patologie croniche, considerando le variazioni della carenza di professionisti nelle diverse aree geografiche. Ad esempio, nelle aree rurali con carenza di medici di base, potrebbe essere utile promuovere modelli organizzativi con infermieri di fiducia che lavorano in team e coordinano l'assistenza, facilitati dalle tecnologie digitali.

Al contrario, nelle aree urbane con una concentrazione di specialisti, i responsabili sanitari potrebbero avvalersi di specialisti per fornire assistenza ai pazienti cronici in assenza di medici di base.

La flessibilità dei modelli organizzativi è fondamentale, poiché una soluzione potrebbe non essere adatta a tutti i contesti.

I modelli devono adattarsi alle mutevoli esigenze dei servizi sanitari e alle circostanze ambientali.

La valutazione dei modelli alternativi dipende dal contesto specifico di ciascuna area geografica, tenendo conto dei diversi modelli di assistenza primaria e dei ruoli dei medici di base nei paesi europei e persino all'interno dello stesso paese.

Table 1
Attributes and levels of the DCE.

Attributes	Levels
Type of professional	Specialist General practitioner (GP) Nurse
Trusted professional	Trusted (not for GP) On duty (not for GP) -empty level- (only for GP)
Type of work	Working alone Working in a multi-specialist team
Type of activity	Providing information on care pathway Organizing and coordinating my care pathway

Table 2
characteristics of respondents (n=2553) and Italian population aged 45 years and older (data from 2021 or the closest available year).

Variables	Categories	Number (%)	Italian population >45 years (Number, %)
Area of residence	North-East	502 (20%)	6.361.916 (20%)
	North-West	694 (27%)	8.766.254 (27%)
	Centre	516 (20%)	6.505.089 (20%)
	South	558 (22%)	6.980.340 (22%)
	Islands	283 (11%)	3.408.169 (11%)
Sex	Female	1315 (52%)	17059819 (53%)
	Male	1238 (48%)	14.961.949 (47%)
Age	45-54	837 (33%)	9.510.176 (30%)
	55-64	1068 (42%)	8.570.061 (27%)
	65-74	525 (21%)	6.915.504 (22%)
Highest education qualification	>74	123 (5%)	7.026.027 (22%)
	No educational qualification / elementary education	108 (4%)	8.004.224 (22%)
	Middle school	390 (15%)	11.524.900 (32%)
	High school	1455 (57%)	11.728.486 (33%)
	Graduate or postgraduate	600 (24%)	4.795.752 (13%)
Citizenship	Italian	2454 (96%)	30.415.408 (95%)
Chronicity	Not Italian	99 (4%)	1.606.360 (5%)
	Not chronic	945 (37%)	39,02%
	One chronicity	919 (36%)	24,96%
	More than one chronicity	689 (27%)	36,02%

Table 3
conditional logistic regression results for the DCEs on both mild and severe chronic conditions.

		Chronic conditions	
		Mild	Severe
ATTRIBUTES	LEVELS	OR (SE)	OR (SE)
Type of professional	General Practitioner	-	-
	Specialist	1.04 (.046)	1.83* (.085)
	Nurse	.38* (.018)	.59* (.029)
Trusted professional	On duty	-	-
	Trusted	1.60* (.058)	1.55* (.058)
Type of work	Working alone	-	-
	Working in team	1.85* (.047)	2.31* (.060)
Type of activity	Giving information about the care path	-	-
	Coordinating the care path	1.31* (.0344)	1.54* (.040)

Notes: The reference terms are the general practitioner, on duty, working alone, and giving information about the care path, indicated by the hyphen. (*) indicates when the p-value<0.01. For mild chronic conditions χ^2 : 2037.43 Prob > χ^2 is 0.00 whilst for severe chronic conditions χ^2 : 2405.15 Prob > χ^2 is 0.00



Figura 1. Risultati della post-stima basati sulla combinazione di attributi. A e B riportano i risultati dei professionisti in servizio rispettivamente per condizioni lievi e gravi, C e D riportano i risultati dei professionisti di fiducia rispettivamente per condizioni lievi e gravi.

Note: La linea continua indica il caso di un medico di base che coordina l'assistenza; la linea tratteggiata indica il caso di un medico di base che lavora in team e coordina l'assistenza; la linea mista indica il caso di un medico di base che fornisce solo informazioni e la linea tratteggiata indica il caso di un medico di base che lavora in team e fornisce solo informazioni. Info: fornisce informazioni. Coord: coordina il percorso.

Efficacia antivirale dell'ensitrelvir orale rispetto al nirmatrelvir orale potenziato con ritonavir nel COVID-19 (PLATCOV): uno studio clinico adattivo, randomizzato, controllato, di fase 2, in aperto

[William HK Schilling , MBBS](#), [Podjanee Jittamala](#), [Phrutsamon Wongnak](#), [James A Watson](#), [Phil, Simon Boyd](#), [Viravarn Luvira](#) e altri

Riepilogo

Sfondo

L'ensitrelvir è un trattamento antivirale orale per il COVID-19 con lo stesso bersaglio molecolare (la proteasi principale) del nirmatrelvir potenziato con ritonavir, l'attuale trattamento orale di prima linea. Il nostro obiettivo era confrontare gli effetti clinici antivirali dei due farmaci.

Metodi

In uno studio di fase 2, randomizzato, controllato, in aperto, con piattaforma farmacometrica adattiva, sono stati reclutati pazienti ambulatoriali adulti a basso rischio di età compresa tra 18 e 60 anni con COVID-19 sintomatico precoce (<4 giorni di sintomi) da cliniche ospedaliere per infezioni respiratorie acute in Thailandia e Laos. I pazienti sono stati assegnati in modo casuale a blocchi (la dimensione dei blocchi dipendeva dal numero di interventi disponibili) a uno degli otto gruppi di trattamento, inclusi ensitrelvir orale e nirmatrelvir orale potenziato con ritonavir a dosi standard, entrambi somministrati per 5 giorni, e nessun farmaco in studio. L'endpoint primario era il tasso di clearance virale orofaringea del SARS-CoV-2 valutato tra il giorno 0 e il giorno 5 nella popolazione intention-to-treat modificata (definita come pazienti con almeno 2 giorni di follow-up). Ai pazienti sono stati effettuati quattro tamponi orofaringei il giorno 0 e due tamponi giornalieri dal giorno 1 al giorno 7, poi nei giorni 10 e 14. I tassi di clearance virale sono stati derivati mediante un modello lineare gerarchico bayesiano adattato a densità virali logaritmiche₁₀ in eluati di tamponi orofaringei standardizzati accoppiati, prelevati quotidianamente nell'arco di 5 giorni (14 campioni). È stata inoltre eseguita una meta-analisi dei dati individuali dei pazienti di tutti i farmaci a piccole molecole valutati in questo studio di piattaforma utilizzando i risultati pubblicati, aggiustando per le tendenze temporali della clearance virale. Questo studio è registrato su [ClinicalTrials.gov](#), [NCT05041907](#).

Risultati

Tra il 17 marzo 2023 e il 21 aprile 2024, 604 dei 903 pazienti arruolati sono stati assegnati contemporaneamente ai tre gruppi di trattamento (ensitrelvir n=202; nirmatrelvir potenziato con ritonavir n=207; nessun farmaco in studio n=195). L'emivita mediana stimata della clearance del SARS-CoV-2 è stata di 5,9 ore (IQR 4,0–8,6) con ensitrelvir, 5,2 ore (3,8–6,6) con nirmatrelvir e 11,6 ore (8,1–14,5) senza farmaco in studio. La clearance virale dopo ensitrelvir è stata più rapida dell'82% (intervallo di credibilità del 95% 61–104) rispetto a nessun farmaco in studio e più lenta del 16% (5–25) rispetto a nirmatrelvir potenziato con ritonavir. Nella meta-analisi di tutti i farmaci a piccole molecole non in cieco valutati nello studio di piattaforma, nirmatrelvir ed ensitrelvir hanno avuto i maggiori effetti antivirali (1157 pazienti). Il rimbalzo virale si è verificato in 15 (7%) dei 207 pazienti nel gruppo nirmatrelvir e in 10 (5%) dei 202 nel gruppo ensitrelvir (p=0,45).

Interpretazione

Sia l'ensitrelvir che il nirmatrelvir accelerano la clearance del virus SARS-CoV-2 a livello orofaringeo. L'ensitrelvir è un'alternativa efficace agli antivirali attualmente disponibili nel trattamento del COVID-19. Sebbene il COVID-19 sia ora generalmente una malattia lieve, causa ancora una morbidità sostanziale, in particolare nei gruppi vulnerabili, e nuove varianti o altri coronavirus potrebbero ancora emergere con

potenziale pandemico. Sono necessari antivirali sicuri, efficaci e accessibili, che è meglio valutare inizialmente in studi su piattaforme farmacometriche che valutino la clearance virale.

Finanziamento

Wellcome Trust attraverso il COVID-19 Therapeutics Accelerator.

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

Abbiamo effettuato una ricerca su PubMed per studi clinici pubblicati in inglese tra il 1° gennaio 2020 e il 10 aprile 2025, utilizzando i termini "randomizzato" E ["nirmatrelvir OR paxlovid"] E "ensitrelvir". Sia il nirmatrelvir potenziato con ritonavir che l'ensitrelvir hanno mostrato attività antivirale in vivo e beneficio clinico, ma non abbiamo identificato confronti diretti randomizzati testa a testa. I confronti tra gli studi pre-registrativi sono confusi da differenze sostanziali nelle popolazioni di studio e nella tempistica degli studi.

Valore aggiunto di questo studio

Il confronto dell'efficacia dei farmaci antivirali nel COVID-19 utilizzando endpoint clinici è difficile. I cosiddetti endpoint rigidi, come l'ospedalizzazione o il decesso, richiedono campioni di dimensioni proibitive a causa della loro rarità, e la classificazione dei sintomi più lievi e più frequentemente riscontrati è imprecisa. Al contrario, questo approccio farmacometrico fornisce una misura quantitativa degli effetti antivirali nei pazienti in studi clinici con campioni di dimensioni gestibili. Questo studio randomizzato fornisce il primo confronto diretto degli effetti antivirali in vivo di nirmatrelvir potenziato con ritonavir ed ensitrelvir. Entrambi i farmaci accelerano la clearance virale del SARS-CoV-2. Una meta-analisi dei dati individuali dei pazienti di tutti i farmaci inclusi nello studio conferma che questi farmaci hanno gli effetti antivirali anti-SARS-CoV-2 più potenti.

Implicazioni di tutte le prove disponibili

Sia il nirmatrelvir potenziato con ritonavir che l'ensitrelvir hanno una potente attività antivirale in vivo nei pazienti con COVID-19 in fase iniziale. L'ensitrelvir può essere considerato un'alternativa efficace e ben tollerata agli antivirali disponibili. I farmaci antivirali e le combinazioni antivirali candidati per le malattie virali respiratorie (inclusi COVID-19 e influenza) devono essere valutati e confrontati utilizzando questo metodo farmacometrico.

L'ensitrelvir, come il nirmatrelvir, è un inibitore della proteasi principale del SARS-CoV-2 di tipo 3C, con i potenziali vantaggi di una maggiore stabilità e di un'eliminazione più lenta. [5](#) Può essere somministrato una volta al giorno (il nirmatrelvir richiede una dose due volte al giorno) e non richiede il potenziamento con ritonavir. L'ensitrelvir è registrato in Giappone e Singapore ed è stato somministrato a oltre 1 milione di persone, ma non è stato confrontato direttamente con altri farmaci antivirali. La crescente rarità di ospedalizzazione e decesso nel COVID-19, in netto contrasto con 5 anni fa, significa che ora sono necessari studi comparativi proibitivi su larga scala in gruppi ad alto rischio per rilevare differenze clinicamente importanti tra i farmaci antivirali. Dato che l'accelerazione della clearance virale riflette un beneficio clinico nel COVID-19, [6–8](#) presentiamo i risultati di uno studio clinico randomizzato controllato testa a testa che confronta le attività antivirali in vivo di ensitrelvir rispetto a nirmatrelvir potenziato con ritonavir sulla base della clearance virale negli adulti con COVID-19 sintomatico precoce.

[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(25\)00482-7/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(25)00482-7/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

Condizione post-COVID-19 in individui infetti da SARS-CoV-2 nell'autunno 2023 nei Paesi Bassi: uno studio di coorte prospettico con dati pre e post-infezione

[Siméon de Bruijn](#), [Anne J. Huiberts](#), [Stijn, P. Andreweg](#), [Christina, E. Hoeve](#), [Maarten Schipper](#), [Diederick E. Grobbee](#) e altri

Riepilogo

Sfondo

Il rischio di PCC (condizione post-COVID-19) potrebbe essere variato a causa dello stato vaccinale, delle varianti del virus, delle infezioni pregresse e di altri fattori. Il nostro obiettivo era stimare la prevalenza di PCC per un anno in individui infetti da SARS-CoV-2 durante l'autunno 2023, controllando i sintomi pre-infezione e la prevalenza nei partecipanti recentemente non infettati.

Metodi

VASCO, uno studio prospettico di coorte olandese in corso, raccoglie questionari trimestrali e una sierologia semestrale per il SARS-CoV-2. I partecipanti hanno indicato la gravità di 23 sintomi su una scala Likert a cinque punti e la gravità di affaticamento e problemi di concentrazione sulla Checklist Individual Strength.

Abbiamo abbinato i partecipanti che hanno segnalato un'infezione da SARS-CoV-2 con quelli che non l'hanno segnalata tra il 25 settembre 2023 e il 7 gennaio 2024, e abbiamo censurato il tempo di follow-up per entrambi in base all'evidenza sierologica o antigenica dell'infezione.

Abbiamo stimato la prevalenza di PCC come l'eccesso di prevalenza di almeno un sintomo correlato a PCC tra i partecipanti infetti e non infetti abbinati a 90, 180, 270 e 360 giorni dopo l'infezione.

Inoltre, i partecipanti potevano auto-attribuire sintomi a lungo termine al SARS-CoV-2.

Risultati

Abbiamo abbinato 1:1 5621 partecipanti infetti a 5621 non infetti.

La prevalenza di PCC, stimata come la prevalenza media marginale in eccesso dei sintomi correlati a PCC tra partecipanti infetti e non infetti, è stata dello 0,2% (intervallo di confidenza al 95%: da -1,9 a 2,3, $p = 0,84$) a 90 giorni, dello 0,5% (da -1,6 a 2,6, $p = 0,63$) a 180 giorni, dello 0,7% (da -1,3 a 2,8, $p = 0,48$) a 270 giorni e dello 0,0% (da -2,1 a 2,1, $p = 0,99$) a 360 giorni.

L'eccessiva prevalenza di nuovi sintomi lievi e gravi a lungo termine auto-attribuiti al SARS-CoV-2 tra i partecipanti infetti e non infetti era elevata sia a 90 giorni (lieve: 7,2% (5,1–9,2), grave: 0,6% (0,4–0,8)) che a 180 giorni (lieve: 3,2% (2,0–4,4), grave: 0,3% (0,2–0,4)) dopo l'infezione (tutti i valori $p < 0,0001$), ma non più in seguito.

Interpretazione

Questo studio a doppio controllo, che incorpora dati sui sintomi pre- e post-infezione e su soggetti non infetti, ha rilevato un basso rischio di PCC in una popolazione adulta residente in comunità infetta durante l'ondata di SARS-CoV-2 dell'autunno 2023.

La prevalenza dei sintomi correlati al PCC negli individui infetti e non infetti non era significativamente diversa a 90-360 giorni dall'infezione.

L'eccesso di prevalenza dei sintomi a lungo termine auto-attribuiti era elevato a 90 e 180 giorni dall'infezione, ma non più a partire da 270 giorni. Questi risultati suggeriscono che l'ondata del 2023 ha inferito un rischio di PCC inferiore rispetto al periodo pandemico.

Finanziamento

Finanziato dal Ministero olandese della Salute, del Benessere e dello Sport.

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

Abbiamo effettuato la ricerca su Embase dall'inizio al 1° giugno 2025, utilizzando i termini ('long covid'/exp OPPURE 'post covid' OPPURE 'pasc' OPPURE 'post covid 19 condition'/exp) E ('prevalenza' OPPURE 'cluster' OPPURE 'incidenza'), concentrandoci su studi su adulti infetti da SARS-CoV-2 non ospedalizzati. Precedenti ricerche che valutavano l'eccesso di prevalenza dei sintomi tra individui infetti rispetto a quelli non infetti hanno mostrato un rischio significativamente più elevato di sintomi negli infetti (OR cumulativo: 2,032; IC 95%: 1,787–2,310). Tuttavia, pochi studi hanno utilizzato un disegno pre- versus post-infezione, che consente la valutazione di sintomi preesistenti che potrebbero essere stati erroneamente attribuiti al PCC. In particolare, studi con tali disegni nei Paesi Bassi hanno rilevato una prevalenza di PCC del 12,7% da tre a sei mesi dopo l'infezione da Alpha o Delta, mentre un altro studio non ha rilevato un aumento dell'affaticamento 120 giorni dopo l'infezione da Omicron. I risultati di un'analisi di decomposizione hanno mostrato una diminuzione del rischio di PCC con le sottovarianti precoci di Omicron, in gran parte attribuibile alla vaccinazione (72,0%) e, in misura minore, a fattori legati all'epoca (28,1%). Ad oggi, nessuno studio sulla prevalenza di PCC per le sottovarianti successive del virus post-pandemico ha utilizzato un disegno a doppio controllo, ovvero uno che tenga conto dei sintomi pre-infezione e che corregga la prevalenza di base tra individui non infetti con lo stesso periodo di tempo.

Valore aggiunto di questo studio

Questo è il primo studio di coorte prospettico post-pandemico a valutare il rischio di PCC utilizzando un disegno a doppio controllo che integra dati sui sintomi pre e post-infezione, prevalenza dei sintomi di base e test antigenici, nonché sierologia per verificare lo stato di infezione. I partecipanti infetti hanno riportato un test SARS-CoV-2 positivo tra il 25 settembre 2023 e il 7 gennaio 2024, mentre i partecipanti non infetti non hanno avuto test positivi recenti o prove sierologiche di infezione nello stesso periodo di tempo. La gravità dei sintomi per 25 sintomi correlati a PCC è stata valutata utilizzando questionari trimestrali, in cui i partecipanti hanno anche riportato eventuali nuovi sintomi lievi o gravi che attribuivano personalmente all'infezione da SARS-CoV-2. La prevalenza di PCC è stata determinata come l'eccesso di prevalenza di almeno un sintomo incidente correlato a PCC in individui infetti rispetto a individui contemporanei recentemente non infettati. La nostra analisi ha mostrato che la prevalenza complessiva di PCC nel primo anno post-infezione era inferiore all'1,0%. I sintomi autoattribuiti lievi e gravi sono aumentati a 90 giorni (rispettivamente del 7,2% e dello 0,6%) e a 180 giorni dall'infezione (rispettivamente del 3,2% e dello 0,3%), sebbene in seguito non siano più stati elevati.

Implicazioni di tutte le prove disponibili

Questi risultati dimostrano un rischio di PCC post-pandemico sostanzialmente inferiore rispetto alle precedenti stime pandemiche, suggerendo che le varianti del virus circolate durante gli anni della pandemia comportassero un rischio di PCC più elevato rispetto alle varianti del virus post-pandemico. Sebbene non si possano escludere casi gravi di PCC a seguito dell'ondata autunnale del 2023 a livello individuale, il rischio a livello di popolazione negli adulti residenti in comunità era basso. Questa è un'informazione cruciale per la valutazione di sanità pubblica del PCC e sottolinea la necessità di un monitoraggio continuo del PCC attraverso studi di coorte ben progettati con valutazione sistematica dell'esposizione e dei sintomi.

[https://www.thelancet.com/journals/lanepi/article/PIIS2666-7762\(25\)00264-9/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanepi/article/PIIS2666-7762(25)00264-9/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)



Associazione del vaccino Covid-19 2024-2025 con gli esiti del Covid-19 nei veterani statunitensi

Miao Cai , Yan Xie , e Ziyad Al-Aly ,

Pubblicato l'8 ottobre 2025

N inglese J Med 2025; 393: 1612 - 1623

DOI: 10.1056/NEJMoa2510226

Astratto

Sfondo

In un contesto di diminuzione della gravità clinica dell'infezione da coronavirus 2 (SARS-CoV-2) della sindrome respiratoria acuta grave e di diminuzione della diffusione pubblica dei vaccini annuali contro la malattia da coronavirus 2019 (Covid-19), sono necessarie prove contemporanee sull'efficacia del vaccino rispetto a esiti clinicamente rilevanti.

Metodi

Abbiamo condotto uno studio osservazionale che ha utilizzato le cartelle cliniche elettroniche del Dipartimento per gli Affari dei Veterani per valutare l'efficacia del vaccino Covid-19 2024-2025 tra i veterani che hanno ricevuto i vaccini Covid-19 e antinfluenzale lo stesso giorno (164.132 partecipanti) e in un gruppo di confronto attivo di veterani che hanno ricevuto solo il vaccino antinfluenzale (131.839 partecipanti), tra il 3 settembre e il 31 dicembre 2024. I partecipanti sono stati seguiti per 180 giorni o fino al verificarsi di un esito, a seconda di quale evento si verificasse per primo. Abbiamo utilizzato modelli ponderati con probabilità inversa per stimare l'efficacia del vaccino (calcolata come 1 meno il rapporto di rischio) contro le visite al pronto soccorso, i ricoveri ospedalieri e i decessi associati al Covid-19 a 6 mesi.

Risultati

A 6 mesi di follow-up, l'efficacia stimata del vaccino era del 29,3% (intervallo di confidenza [CI] al 95%, da 19,1 a 39,2) contro le visite al pronto soccorso associate al Covid-19 (differenza di rischio ogni 10.000 persone, 18,3; CI al 95%, da 10,8 a 27,6), del 39,2% (CI al 95%, da 21,6 a 54,5) contro i ricoveri ospedalieri associati al Covid-19 (differenza di rischio ogni 10.000 persone, 7,5; CI al 95%, da 3,4 a 13,0) e del 64,0% (CI al 95%, da 23,0 a 85,8) contro i decessi associati al Covid-19 (differenza di rischio ogni 10.000 persone, 2,2; CI al 95%, da 0,5 a 6,9). L'efficacia del vaccino contro un insieme di questi esiti è stata del 28,3% (IC al 95%, 18,2-38,2), con una differenza di rischio ogni 10.000 persone di 18,2 (IC al 95%, 10,7-27,5). Il vaccino contro il Covid-19 è stato associato a una riduzione del rischio di questi esiti in sottogruppi predefiniti definiti in base all'età (<65 anni, 65-75 anni e >75 anni), alla presenza o assenza di importanti condizioni coesistenti e allo stato di immunocompetenza.

Conclusioni

In questa coorte nazionale di veterani statunitensi, la somministrazione del vaccino anti-Covid-19 2024-2025 è stata associata a una riduzione del rischio di esiti clinici gravi. (Finanziato dal Dipartimento per gli Affari dei Veterani.)

Nel 2020, il rapido sviluppo di vaccini contro il coronavirus 2 della sindrome respiratoria acuta grave (SARS-CoV-2) ha rappresentato una delle conquiste scientifiche più straordinarie della storia recente. Studi randomizzati, condotti principalmente su popolazioni precedentemente non infette, hanno mostrato un'efficacia di circa il 95% contro l'infezione sintomatica da SARS-CoV-2 e una protezione pressoché completa dalla malattia grave. [1,2](#)

Tuttavia, da allora molto è cambiato. Il SARS-CoV-2 ha subito mutazioni sostanziali e l'immunità derivante da infezioni ripetute e vaccinazioni ha attenuato la gravità clinica delle infezioni da SARS-CoV-2. [3](#)

Questi cambiamenti hanno alimentato un'ampia incertezza pubblica sul valore futuro dei vaccini annuali contro il coronavirus 2019 (Covid-19). Negli Stati Uniti, la copertura vaccinale degli adulti nella stagione 2024-2025 si è fermata a circa il 21% entro la fine di dicembre 2024, il livello più basso da quando i vaccini contro il Covid-19 sono diventati disponibili e pari alla metà della copertura vaccinale antinfluenzale (42%) nello stesso periodo. ⁴ I decisori politici si stanno ponendo una domanda chiave: i vaccini aggiornati contro il Covid-19 offrono ancora una protezione significativa nell'attuale contesto epidemiologico?

Questa domanda sottolinea l'urgente necessità di prove aggiornate che valutino l'efficacia dei vaccini anti-Covid-19 2024-2025 in termini di esiti clinicamente significativi. Le prove aggiornate sull'efficacia del vaccino sono cruciali per orientare le decisioni politiche sulla vaccinazione anti-Covid-19 per la stagione 2025-2026. In questo studio, abbiamo utilizzato i database sanitari elettronici del Dipartimento per gli Affari dei Veterani (VA) per valutare l'efficacia della somministrazione dei vaccini contro il Covid-19 e l'influenza rispetto alla somministrazione del solo vaccino antinfluenzale. Abbiamo seguito i membri della coorte per 6 mesi per valutare i rischi di tre esiti, tra cui la visita al pronto soccorso associata al Covid-19, il ricovero ospedaliero associato al Covid-19 e il decesso associato al Covid-19.

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2510226?query=TOC&ssotoken=U2FsdGVkX18MCpVtOsafG%2FfCvVtiC%2FQOxTODK107lrS6O0%2BuW42APkHgY8BaufkeAk%2Fk%2BUMf8yqKpyEPJGZbf5JeBxmJcF5t8SsBl6y8jOmzvJvKt3yB7RMtby0gsPc2%2BGrG47vWEerVSRoMyYBghX6%2F42ZAv%2BdZXR3qcxzV%2FwqJflFermW29%2BEfTZfKwJ00soaYO37GSobw08Q8UIY2A%3D%3D&cid=DM2422812_NEJM_Non_Subscriber&bid=-1105114462

THE LANCET
Global Health

Incidenza e mortalità della sepsi a livello globale, regionale e nazionale, 1990-2021: un'analisi sistematica

[Collaboratori globali sulla sepsi GBD 2021](#)

Riepilogo

Sfondo

L'impatto globale della sepsi, una risposta disregolata dell'ospite alle infezioni potenzialmente fatali che porta a disfunzione d'organo, rimane difficile da quantificare.

Il nostro obiettivo era stimare in modo completo l'impatto globale, regionale e nazionale della sepsi, incluso l'impatto della pandemia di COVID-19 e le cause sottostanti dei decessi correlati alla sepsi con sindromi infettive concomitanti.

Metodi

Abbiamo utilizzato dati su cause multiple di morte, ospedali, campioni di tessuto mininvasivi e certificati di morte e cartelle cliniche ospedaliere, che rappresentano 149 milioni di decessi, coprendo 4290 anni-località con stime di mortalità del Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study (GBD) 2021, per registrare casi e decessi per sepsi, espliciti e impliciti.

Abbiamo stimato le frazioni di decessi correlati alla sepsi, specifiche per età, luogo e sesso, da 195 cause di morte sottostanti e 22 sindromi infettive dal 1990 al 2021 utilizzando modelli di regressione logistica binomiale, e abbiamo stimato i decessi correlati alla sepsi utilizzando stime di mortalità specifiche per causa del GBD.

Utilizzando 250 milioni di ricoveri ospedalieri e 7,82 milioni di decessi provenienti da dati ospedalieri, che rappresentano 1310 anni-località, abbiamo modellato i tassi di mortalità mediante l'uso della regressione logistica binomiale, applicata alle stime di decessi per sepsi, per stimare l'incidenza della sepsi per età, luogo e anno.

Risultati

Nel 2021, abbiamo stimato 166 milioni (intervallo di incertezza del 95% 135–201) di casi di sepsi e 21,4 milioni (20,3–22,5) di decessi correlati alla sepsi per tutte le cause a livello globale, che rappresentano il 31,5% del totale dei decessi globali. I decessi correlati alla sepsi sono diminuiti tra il 1990 e il 2019, seguiti da un'impennata nel 2020 e nel 2021.

A partire dal 2021, gli individui di età pari o superiore a 15 anni hanno registrato aumenti di incidenza (230%) e mortalità (26,3%) rispetto al 1990. Gli individui di età pari o superiore a 70 anni hanno registrato la più alta mortalità correlata alla sepsi nel 2021 (9,28 milioni [8,74–9,86] decessi). I decessi correlati alla sepsi per cause infettive sottostanti sono diminuiti da 11,8 milioni (11,1–12,5) nel 1990 a 8,34 milioni (7,72–9,01) nel 2019, per poi aumentare dell'86,4% a 15,5 milioni (14,7–16,4) nel 2021.

La mortalità correlata alla sepsi per cause di morte sottostanti non infettive è aumentata da 4,69 milioni (4,35–5,05) nel 1990 a 5,81 milioni (5,40–6,25) nel 2021; le principali cause di morte sottostanti non infettive con sepsi sono state ictus, broncopneumopatia cronica ostruttiva e cirrosi.

Nel 2021, le infezioni del flusso sanguigno, tra cui HIV e malaria (3,08 milioni [2,83–3,35]) e le infezioni delle vie respiratorie inferiori, tra cui COVID-19 (11,33 milioni [1,20–1,47]), sono state le sindromi infettive più importanti che hanno complicato i decessi correlati alla sepsi per cause sottostanti non infettive, rappresentando una tendenza costante dal 1990.

Interpretazione

L'impatto globale della sepsi è aumentato nel 2020 e nel 2021, invertendo i progressi registrati dal 1990. L'incidenza e la mortalità per sepsi sono aumentate nelle persone di età pari o superiore a 15 anni, in particolare in quelle di età pari o superiore a 70 anni, e come complicanza di cause di morte non infettive come l'ictus, principalmente attraverso infezioni del flusso sanguigno e infezioni delle basse vie respiratorie. L'impatto globale della sepsi è sostanziale e la sepsi è sempre più una complicanza di cause di morte non infettive.

Finanziamento

La Gates Foundation, il Wellcome Trust e il Dipartimento della Salute e dell'Assistenza Sociale utilizzano i fondi di aiuto del Regno Unito gestiti dal Fleming Fund.

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

Gli approcci tradizionali per quantificare i decessi correlati alla sepsi hanno sempre comportato il calcolo dei decessi causati da cause infettive sottostanti. La precedente analisi del carico di sepsi dal 1990 al 2017 ha descritto un nuovo approccio per quantificare la sepsi a partire dalle cartelle cliniche ospedaliere e dai registri di morte, utilizzando sia la sepsi definita esplicitamente sia la sepsi implicita, documentata dalla presenza di infezioni e insufficienza d'organo concomitanti a lesioni, malattie non trasmissibili, cause materne e nutrizionali sottostanti.

Sebbene questa analisi abbia corroborato altri studi che suggerivano un calo dei decessi correlati alla sepsi a livello globale, la sepsi è stata comunque identificata come una preoccupante minaccia per la salute pubblica a causa della disparità del suo impatto tra regioni, livelli di reddito ed età, con un carico che si concentrava nelle fasce di età più avanzate.

È stato dimostrato che un'ampia percentuale del carico di sepsi è coesistente a cause non infettive sottostanti di morte. Il valore di questo quadro computazionale ha ampie implicazioni che vanno oltre la sola sepsi ed è stato utilizzato in recenti stime della resistenza antimicrobica. Tuttavia, scarseggiano gli studi sugli effetti della pandemia di COVID-19 sull'incidenza della sepsi e sulle tendenze della mortalità, ed è necessaria una

ripartizione più dettagliata delle principali cause di mortalità correlata alla sepsi per età, anno e sindromi infettive per evidenziare le aree di intervento.

Valore aggiunto di questo studio

In questo aggiornamento della nostra precedente analisi dal 1990 al 2017, abbiamo stimato l'incidenza e la mortalità per sepsi a livello globale, regionale e nazionale dal 1990 al 2021, includendo i primi effetti della pandemia di COVID-19. Abbiamo utilizzato una definizione di sepsi più inclusiva, che cogliesse il maggiore impatto della sepsi implicito nella presenza di infezione e insufficienza d'organo.

Abbiamo aumentato il numero di anni-località, aggiungendo fonti da Paesi a basso e medio reddito come India, Mongolia, Pakistan e Filippine. Per la prima volta, abbiamo valutato l'impatto della sepsi in 22 sindromi infettive.

Abbiamo inoltre separato e riportato in modo più dettagliato le cause sottostanti infettive e non infettive dei decessi correlati alla sepsi, per individuare le condizioni ad alta priorità che si verificano contemporaneamente alla sepsi lungo il percorso che porta al decesso.

Implicazioni di tutte le prove disponibili

Le nostre stime di ben 166 milioni (intervallo di incertezza del 95% 135-201) di casi di sepsi e 21,4 milioni (20,3-22,5) di decessi correlati alla sepsi nel 2021 riflettono un ribaltamento del successo globale nella riduzione della sepsi dal 1990 al 2019 e sottolineano l'onere della sepsi ulteriormente complicato dal COVID-19, oltre alle stime aumentate della nostra precedente analisi a causa dell'inclusione di casi impliciti di sepsi e di un maggior numero di decessi impliciti per sepsi.

La nostra analisi evidenzia un crescente carico di sepsi negli adulti di età superiore ai 15 anni, con un aumento del 26,3% della mortalità e un aumento del 230% dell'incidenza dal 1990 al 2021. In contrasto con i notevoli miglioramenti nella mortalità per sepsi dovuta a cause infettive sottostanti, soprattutto tra i bambini, la mortalità per sepsi continua ad aumentare come complicanza di cause di morte non infettive, come broncopneumopatia cronica ostruttiva, ictus e cirrosi.

Abbiamo riscontrato una percentuale sostanziale di mortalità per sepsi tra le cause di morte sottostanti non infettive, principalmente in concomitanza con due sindromi infettive (infezioni del torrente circolatorio e infezioni delle basse vie respiratorie).

Questi risultati suggeriscono che l'assistenza integrata per gestire al meglio le condizioni croniche nelle popolazioni anziane, insieme a strategie mirate di prevenzione delle infezioni, dovrebbe essere considerata come un approccio a monte per mitigare il crescente carico di sepsi in questa popolazione.

[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(25\)00356-0/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(25)00356-0/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

Eterogeneità sociodemografica nell'associazione tra isolamento sociale e mortalità per tutte le cause tra gli anziani giapponesi: studio longitudinale del panel JAGES

[Frances Rom Lunar](#), [Naoki Kondo](#), [Yukiko Honda](#), [Atsushi Nakagomi](#), [Toshiaki Komura](#), [Kosuke Inoue](#), e altri

Riepilogo

Sfondo

L'isolamento sociale è stato collegato a una maggiore mortalità; tuttavia, non è ancora noto come questa associazione vari tra individui e gruppi sociali.

Metodi

Abbiamo utilizzato uno studio di coorte nazionale su circa 20.000 anziani con un periodo di follow-up di 9,4 anni (Japan Gerontological Evaluation Study, 2013-2022), aggiustando per 60 covariate pre-basali. Abbiamo anche utilizzato un database assicurativo nazionale per accertare 4299 decessi per tutte le cause. Utilizzando un metodo di apprendimento automatico causale, abbiamo stimato l'associazione eterogenea tra isolamento sociale e mortalità.

Risultati

L'isolamento sociale era più diffuso tra i soggetti con un livello di istruzione e un reddito più bassi e associato in media a un tempo di sopravvivenza inferiore di 69,5 giorni (differenza del tempo di sopravvivenza medio ristretto [RMST]; IC al 95%: -111, -28,4). Vi erano prove di eterogeneità in cui l'isolamento sociale era associato a giorni di sopravvivenza ancora più brevi in alcuni sottogruppi (ad esempio, -205 giorni tra il quintile inferiore delle differenze RMST stimate [IC al 95%: -321, -87,8]). Questi sottogruppi tendevano a essere più anziani, uomini e con un livello di istruzione inferiore. L'associazione negativa tra isolamento sociale e mortalità era particolarmente forte quando un livello di istruzione inferiore era combinato con un reddito più elevato, soprattutto tra le donne. Gli individui con livelli di istruzione inferiori rappresentavano una quota maggiore di decessi attribuibili all'isolamento sociale (58,5% dei decessi in eccesso).

Interpretazione

L'isolamento sociale può essere più dannoso tra le persone provenienti da contesti socialmente svantaggiati e una combinazione di alcune caratteristiche può amplificarne sinergicamente gli effetti sulla mortalità. Interventi adeguati a livello di popolazione, basati sull'evidenza dell'eterogeneità degli effetti, potrebbero non solo migliorare la salute in media, ma anche attenuare le disparità sanitarie esistenti.

Finanziamento

Società giapponese per la promozione della scienza, borse di ricerca in scienze del lavoro e della salute, finanziamenti per la ricerca in scienze della longevità dal Centro nazionale di geriatria e gerontologia, Istituto di ricerca in scienza e tecnologia del Giappone per la scienza e la tecnologia, Fondazione giapponese per la promozione della salute e del fitness, Dipartimento di invecchiamento attivo, Scuola di specializzazione in scienze mediche e odontoiatriche dell'Università di Niigata, borsa di studio per aree di ricerca prioritarie dell'Università di medicina e odontoiatria di Tokyo e Istituto nazionale di ricerca per le scienze della Terra e la resilienza ai disastri.

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

Abbiamo cercato su PubMed studi osservazionali e di revisione in inglese pubblicati dall'inizio fino al 30 giugno 2025, utilizzando una combinazione di termini come: "Isolamento sociale" [Mesh], reti sociali,

relazioni sociali, integrazione sociale, "Mortalità" [Mesh], mortalità per tutte le cause, "Anziano" [Mesh], adulto anziano e anziani. Sulla base di una revisione sistematica di studi pubblicati fino a ottobre 2022, l'associazione tra isolamento sociale e mortalità variava solo in base al paese e non in base a genere, tempo di follow-up, istruzione, depressione, fumo, alcol, indice di massa corporea, etnia, malattie croniche e metodo di valutazione dell'isolamento sociale. Uno studio pubblicato dopo questa revisione ha rilevato una modificazione dell'effetto in base alla densità di popolazione e all'occupazione, mentre un altro non ha rilevato differenze in base a età, genere, istruzione e reddito. Tuttavia, le prove derivanti da questi studi sugli effetti eterogenei dell'isolamento sociale sulla mortalità sono limitate perché hanno esaminato solo un insieme ristretto di potenziali modificatori dell'effetto e hanno utilizzato approcci analitici che hanno considerato tali modificatori individualmente anziché stimare le interazioni sinergiche derivanti da più modificatori dell'effetto simultaneamente.

Valore aggiunto di questo studio

Per superare queste limitazioni, abbiamo utilizzato un nuovo approccio di apprendimento automatico causale che ha stimato la variazione dell'associazione tra isolamento sociale e mortalità per tutte le cause in base ai valori di un insieme di modificatori di effetto ad alta dimensionalità. Dopo aver categorizzato il nostro campione in quintili dell'effetto medio condizionale stimato dell'isolamento sociale, abbiamo scoperto che il sottogruppo più vulnerabile agli effetti negativi dell'isolamento sociale aveva maggiori probabilità di essere composto da anziani, uomini, con meno anni di scuola, pensionati o che non avevano mai avuto un lavoro, fumatori, persone che non si erano sottoposte a visite mediche annuali e socialmente isolate prima della linea di base. Inoltre, abbiamo scoperto che la combinazione di basso livello di istruzione e appartenenza ai terzili di reddito medio e alto era associata alla maggiore riduzione dei giorni di sopravvivenza dovuta all'isolamento sociale, con un andamento più marcato tra le donne. Infine, la nostra simulazione ha mostrato che le disparità di classe nella sopravvivenza basate sull'istruzione e sul reddito diminuirebbero se l'isolamento sociale venisse eliminato.

Implicazioni di tutte le prove disponibili

L'isolamento sociale può essere associato a una riduzione del tempo di sopravvivenza e questa relazione è eterogenea e varia da individuo a individuo. Una combinazione di alcuni svantaggi sociali potrebbe amplificare sinergicamente gli effetti negativi dell'isolamento sociale sulla mortalità. Interventi a livello di popolazione volti a ridurre l'isolamento sociale non solo migliorerebbero la salute in media, ma mitigherebbero anche le disparità sanitarie esistenti.

[https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065\(25\)00230-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(25)00230-5/fulltext)

Science

Una nuova ricetta migliora la creazione di cellule che potrebbero combattere la maggior parte delle malattie autoimmuni

Il premio Nobel crea cellule T regolatrici che durano più a lungo nel corpo, aumentando le speranze cliniche
[Catherine Offord](#)

Il Comitato Nobel per la Fisiologia o la Medicina aveva in mente delle terapie quando ha scelto i suoi vincitori quest'anno. Il [premio, suddiviso tra tre ricercatori, ha riconosciuto la scoperta delle cellule T regolatrici](#), o Treg, che bloccano gli attacchi immunitari accidentali contro gli organi stessi del corpo. Le Treg potrebbero costituire potenti terapie per le persone con malattie autoimmuni, se gli scienziati riuscissero a produrne un gran numero che persista nell'organismo abbastanza a lungo da essere efficace.

Ora, uno dei neo-premi Nobel, Shimon Sakaguchi, affronta queste sfide con un nuovo metodo per produrre Treg abbondanti e durature. Nel [primo dei due articoli pubblicati oggi su *Science Translational Medicine*](#), l'immunologo dell'Università di Osaka e i suoi colleghi descrivono come le loro cellule generate in laboratorio sopprimano efficacemente le risposte immunitarie nei topi. [Nel secondo](#), lui e altri ricercatori hanno creato Treg per trattare una specifica malattia autoimmune della pelle nei topi e, preparando il terreno per una sperimentazione clinica, hanno utilizzato un metodo simile per generare Treg umani dal sangue di persone affette da questa dolorosa condizione.

"Molti di noi hanno riflettuto su come liberare al meglio la potenza di queste cellule T regolatrici", afferma Qizhi Tang, immunologo dell'Università della California a San Francisco, non coinvolto nello studio. "Penso che questi saranno studi molto importanti per contribuire a far progredire il settore".

Le ultime notizie, commenti e ricerche, gratuitamente nella tua casella di posta ogni giorno

I linfociti T convenzionali sono dotati di recettori che riconoscono proteine specifiche, chiamate antigeni, tipicamente presenti su microbi o altri invasori, e lanciano un attacco immunitario. Al contrario, i Treg sono dei pacificatori. Riconoscono gli antigeni, comprese le proteine dell'organismo, e impediscono alle cellule immunitarie di attaccare i tessuti con quei marcatori.

Gli scienziati hanno sperimentato diversi modi per sfruttare il potere delle Treg naturali per attenuare le reazioni immunitarie eccessive e prevenire il "fuoco amico" delle malattie autoimmuni. Un approccio attualmente in fase di sperimentazione clinica prevede il prelievo delle cellule dal sangue umano, la loro moltiplicazione in vitro e il loro reinserimento nei pazienti. Più recentemente, gli scienziati hanno ingegnerizzato recettori artificiali, noti come CAR, in queste cellule per colpire specifici antigeni di una malattia. Ma le Treg naturali sono scarse nel sangue e non crescono bene in laboratorio, osserva Tang. "È un vero collo di bottiglia per il settore".

Sakaguchi ha intrapreso una strada diversa: generare cellule Treg da cellule T convenzionali, comprese quelle che causano malattie autoimmuni. Queste cellule sono più comuni delle cellule Treg nel sangue e sono più facili da coltivare in vitro.

All'inizio, il suo gruppo e altri hanno utilizzato farmaci e molecole di segnalazione naturali per indurre le cellule T normali ad attivare un gene chiave legato alle cellule Treg chiamato *Foxp3*. Le cellule Treg indotte risultanti (iTreg) attenuano l'attività autoimmune, ma solo per breve tempo. Alcune "perdono l'espressione di *Foxp3* in un paio di giorni", afferma Masayuki Amagai, coautore del secondo articolo pubblicato oggi e dermatologo presso la Keio University.

Ora, Sakaguchi e colleghi hanno trovato un modo per aiutare le cellule riprogrammate a resistere. La loro nuova e complessa ricetta di molecole di segnalazione e altri composti, descritta in uno dei due nuovi articoli, non solo aumenta l'espressione di *Foxp3*, ma induce anche cambiamenti epigenetici – modifiche alla struttura del DNA e delle molecole circostanti – volti a mantenere le caratteristiche delle cellule Treg più a lungo.

Per testare la loro tipologia di iTreg, i ricercatori li hanno iniettati in topi geneticamente modificati e predisposti all'infiammazione intestinale. Il risultato è stata una protezione duratura contro l'infiammazione. Anche 6 settimane dopo, quando le iTreg generate con i protocolli precedenti avrebbero da tempo smesso di funzionare, la maggior parte delle cellule del team di Sakaguchi esprimeva ancora *Foxp3*. Iniezioni simili hanno fornito settimane di protezione ai topi predisposti a sviluppare la malattia del trapianto contro l'ospite, una condizione autoimmune in cui le cellule staminali trapiantate attaccano i tessuti dell'ospite.

"Sembra che [il loro protocollo] sia incredibilmente efficace nel creare cellule Treg stabili e durature", afferma Adrian Liston, immunologo dell'Università di Cambridge.

Nel secondo articolo, Sakaguchi, Amagai e colleghi hanno testato se i loro iTreg potessero ottenere un'immunosoppressione più mirata. Il pemfigo volgare (PV) è una malattia autoimmune rara e potenzialmente fatale che si verifica quando l'organismo attacca una proteina chiamata Dsg3 nello strato epidermico della pelle, causando gravi vesciche. Il team ha prelevato tessuto da topi geneticamente modificati per produrre cellule T che prendono di mira Dsg3, ha convertito tali cellule in iTreg e le ha iniettate in topi con un disturbo simile al PV, sopprimendo con successo l'irritazione cutanea. Le iniezioni di iTreg prodotte da cellule di topi normali (e quindi non specifiche per Dsg3) si sono rivelate meno efficaci.

I ricercatori hanno anche creato iTreg dalle cellule del sangue dei pazienti affetti da PV. Amagai afferma che ora stanno lavorando per adattare il loro approccio agli studi clinici che testano la sicurezza delle cellule sugli esseri umani.

I ricercatori suggeriscono che la loro strategia potrebbe essere efficace anche se l'antigene che causa la malattia è sconosciuto. Le persone con patologie autoimmuni hanno già un numero elevato di cellule T che riconoscono l'antigene associato alla malattia, quindi la maggior parte delle cellule iTreg da esse generate avrebbe anche quella specificità antigenica, sostengono i ricercatori. Tuttavia, l'immunologo dell'Università di Chicago Peter Savage ritiene che i medici vorrebbero comunque un modo per aumentare selettivamente le cellule iTreg specifiche della malattia rispetto alle altre.

La sicurezza a lungo termine di queste cellule negli esseri umani è incerta. Anche se le nuove iTreg fossero più stabili delle loro predecessore, potrebbero alla fine tornare al loro stato patogeno originale, afferma James Riley, immunologo dell'Università della Pennsylvania che lavora sulle cellule CAR Treg. "Ciò potrebbe in realtà esacerbare la malattia anziché alleviarla".

Tuttavia, Tang, che sta sviluppando cellule Treg ingegnerizzate presso un'azienda da lei co-fondata con Fred Ramsdell, un altro dei vincitori del Premio Nobel di quest'anno, immagina di combinare il nuovo approccio con CAR e altre tecnologie per perfezionare il controllo del sistema immunitario. "Questo è un campo estremamente entusiasmante in cui operare in questo momento".

https://www.science.org/content/article/new-recipe-improves-creation-cells-could-fight-most-autoimmune-diseases?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_content=alert&utm_campaign=DailyLatEstNews&et rid=691092258&et cid=5769034



Un bonus a sorpresa dai vaccini contro il COVID-19: rafforzare la cura del cancro

I pazienti che hanno ricevuto iniezioni di mRNA prima di iniziare un tipo di immunoterapia contro il cancro hanno vissuto molto più a lungo

[Phie Jacobs](#)

Secondo una nuova analisi di cartelle cliniche e studi sui topi, gli innovativi vaccini a RNA messaggero (mRNA) che hanno contrastato i danni del COVID-19 potrebbero anche aiutare a combattere i tumori nei pazienti oncologici.

I pazienti oncologici che hanno ricevuto casualmente le iniezioni di mRNA prima di iniziare la terapia farmacologica volta a stimolare il sistema immunitario contro i tumori hanno vissuto significativamente più a lungo rispetto a coloro che non si sono vaccinati, ha annunciato ieri un team di ricerca al [Congresso della Società Europea di Oncologia Medica a Berlino](#). Esperimenti di laboratorio condotti dal gruppo suggeriscono che i vaccini stimolano il sistema immunitario, rendendo anche i tumori più resistenti più suscettibili al trattamento.

I risultati sottolineano il potenziale ancora inesplorato della tecnologia mRNA in un momento in cui l'amministrazione del presidente Donald Trump ha rinunciato a finanziare questo settore. "Penso che questi dati siano straordinari", afferma Ryan Sullivan, oncologo e immunologo del Massachusetts General Hospital, non coinvolto nella nuova ricerca. Sebbene l'analisi dei dati dei pazienti oncologici sia stata retrospettiva, osserva che l'associazione osservata tra la vaccinazione contro il COVID-19 e il miglioramento della sopravvivenza "è molto forte".

Le ultime notizie, commenti e ricerche, gratuitamente nella tua casella di posta ogni giorno

"Sono moderatamente ottimista riguardo a questi risultati", afferma Mark Slifka, immunologo presso l'Oregon Health & Science University. La ricerca deve ancora essere confermata da uno studio clinico prospettico randomizzato, che secondo Steven Lin, oncologo radioterapista presso l'MD Anderson Cancer Center dell'Università del Texas e ricercatore principale dello studio, è già in fase di pianificazione.

Le nuove scoperte si basano sui risultati dello stesso gruppo che dimostrano che, nei modelli murini, un vaccino a mRNA generalizzato [ha potenziato gli effetti antitumorali dei farmaci immunoterapici chiamati inibitori dei checkpoint immunitari](#). Questi risultati, pubblicati a luglio su *Nature Biomedical Engineering*, "hanno davvero gettato le basi" per l'idea che un vaccino a mRNA, anche non mirato a una specifica proteina tumorale, possa rafforzare l'immunoterapia contro il cancro, afferma Adam Grippin, medico specializzando e ricercatore in immunoterapia presso l'MD Anderson, che ha presentato i nuovi dati del gruppo a Berlino domenica. "La domanda successiva che volevamo porci era: se questo è vero, che dire del vaccino COVID?" Per scoprirlo, Grippin e colleghi hanno analizzato le cartelle cliniche di oltre 1000 pazienti trattati per cancro della pelle e del polmone in stadio avanzato presso l'MD Anderson tra il 2019 e il 2023. I soggetti che hanno ricevuto un vaccino mRNA contro il COVID-19 entro 100 giorni dall'inizio dell'immunoterapia con inibitori dei checkpoint immunitari hanno vissuto significativamente più a lungo rispetto a coloro che hanno ricevuto gli stessi farmaci ma non hanno ricevuto il vaccino. Per i pazienti con cancro del polmone in stadio avanzato, il tasso di sopravvivenza mediano è quasi raddoppiato, passando da 20,6 mesi a 37,3.

Grippin afferma che lui e i suoi colleghi "hanno utilizzato quanti più approcci statistici possibili" per tenere conto di potenziali fattori confondenti, ma l'associazione tra miglioramento dei tassi di sopravvivenza e vaccini contro il COVID-19 è persistita. I pazienti che hanno ricevuto vaccini non a mRNA per l'influenza e la polmonite, ad esempio, non hanno ottenuto risultati migliori rispetto al paziente medio sottoposto a immunoterapia.

I vaccini, costituiti principalmente da mRNA che codifica la proteina spike sulla superficie del coronavirus pandemico SARS-CoV-2, sono progettati per indurre una risposta immunitaria specifica per il patogeno. Tuttavia, sulla base di studi di laboratorio, Grippin e i suoi colleghi ritengono che nei pazienti oncologici il vaccino a mRNA agisca "come una sirena". Innesca il rilascio di proteine di segnalazione immunitaria note come citochine, tra cui l'interferone di tipo 1, la stessa proteina responsabile di molti dei gravi effetti collaterali che le persone sperimentano dopo essere state immunizzate. I dati di laboratorio suggeriscono che l'interferone, a sua volta, attiva le cellule immunitarie all'interno dei tumori e le induce a spostarsi nei linfonodi, dove addestra altre cellule immunitarie a tornare indietro attraverso il flusso sanguigno e ad attaccare i tumori.

I tumori normalmente rispondono a questo assalto esprimendo una proteina chiamata PD-L1, progettata per sopprimere il sistema immunitario. Ma gli inibitori dei checkpoint immunitari impediscono alle cellule immunitarie di legarsi a queste proteine. Questo ostacola i tentativi di elusione del tumore e aiuta a "liberare il potere del sistema immunitario di uccidere il cancro", afferma Grippin.

I precedenti studi sui topi suggeriscono che qualsiasi vaccino a base di mRNA potrebbe avere un effetto simile. "Non importa cosa si codifica", afferma Lin, che osserva che l'mRNA sembra essere il fattore "chiave" che innesca l'aumento delle citochine infiammatorie e prepara il sistema immunitario all'attacco. In futuro, spiega, gli scienziati potrebbero essere in grado di progettare un vaccino universale che funzioni persino meglio delle iniezioni a mRNA mirate alla proteina spike.

Ma l'idea che un prodotto già approvato come gli attuali vaccini contro il COVID-19 possa contribuire a "rafforzare" il sistema immunitario e rendere i pazienti oncologici più ricettivi alle immunoterapie è "davvero entusiasmante", afferma Jeff Collier, biologo molecolare della Johns Hopkins University. Sarebbe molto più economico rispetto allo sviluppo di vaccini mRNA personalizzati per colpire i tumori, come alcuni ricercatori stanno cercando di fare.

Questa scoperta è un ulteriore esempio del potenziale delle tecnologie basate sull'mRNA per il trattamento di tumori rari e malattie genetiche, oltre che per la protezione dalle infezioni. Eppure, gli attacchi politici contro di esse, basati su preoccupazioni di sicurezza non comprovate, stanno aumentando, con alcuni stati che stanno prendendo in considerazione la possibilità di legiferare per mettere al bando i prodotti a mRNA. Ad agosto, Robert F. Kennedy Jr., segretario del Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani degli Stati Uniti, ha annunciato che l'agenzia avrebbe sospeso quasi 500 milioni di dollari di sovvenzioni per la ricerca sui

vaccini a mRNA. Trattare alcune applicazioni della tecnologia a mRNA come "tabù politico" rischia di creare un "effetto paralizzante" per il settore, afferma Coller.

È a causa di questo "stigma", spiega Lin, che il suo team non ha tentato di ottenere finanziamenti federali per la sperimentazione clinica pianificata. Ma rimane ottimista sul fatto che le nuove scoperte attireranno l'interesse e il sostegno di altri finanziatori. "C'è ancora così tanto da imparare", afferma. "Questo è solo l'inizio".

https://www.science.org/content/article/surprise-bonus-covid-19-vaccines-bolstering-cancer-treatment?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_content=alert&utm_campaign=DailyLaTestNews&et rid=691092258&et cid=5766851



"Temo che siamo seduti su una bomba a orologeria". Gli scienziati discutono sulla distribuzione di massa di antibiotici in Africa

L'uso profilattico dell'azitromicina salva la vita dei bambini vulnerabili, ma potrebbe scatenare la resistenza agli antibiotici

[Gretchen Vogel](#)

In alcune delle aree più remote e povere del mondo, fino a un bambino su 10 muore prima di compiere cinque anni. Le cause sono molteplici e difficili da affrontare: mancanza di acqua pulita, alimentazione precaria, malaria e accesso limitato alle cure mediche. Ma diversi studi hanno suggerito che un passo semplice e allettante può essere d'aiuto: somministrare ai bambini una dose due volte all'anno dell'antibiotico azitromicina. Proteggendoli da infezioni multiple, questa strategia sembra ridurre i decessi di circa il 15%, con un calo maggiore tra i bambini di età inferiore a un anno. Potrebbe potenzialmente prevenire decine di migliaia di morti ogni anno.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha adottato con cautela questa strategia nel 2020. Tuttavia, per ridurre il rischio che un'adozione diffusa potesse portare alla resistenza agli antibiotici, ha raccomandato di trattare solo i neonati di età compresa tra 1 e 11 mesi e solo nelle aree in cui la mortalità infantile è particolarmente elevata. Tuttavia, un nuovo studio ha confermato precedenti indiscrezioni secondo cui questa tattica, che si limita ai neonati, non funziona.

Lo studio, [pubblicato la scorsa settimana sul New England Journal of Medicine](#), è l'ultimo di una serie di studi clinici che hanno spinto l'OMS a rivedere le proprie linee guida. Le nuove raccomandazioni, previste per il prossimo anno, dovranno trovare un equilibrio "tra l'accesso agli antibiotici e la conservazione dell'efficacia degli stessi", afferma l'OMS.

Il nuovo studio alimenta un dibattito di lunga data sulla cosiddetta somministrazione di massa di farmaci (MDA) con azitromicina. Da una parte ci sono coloro che vogliono cogliere ogni opportunità per salvare la vita di alcuni dei bambini più vulnerabili al mondo. Dall'altra parte, si teme che la resistenza causata dall'uso diffuso di antibiotici possa colpire le stesse comunità, e persino gli stessi bambini, tra qualche anno.

"È molto difficile affermare che la resistenza antimicrobica sia peggiore della mortalità infantile", afferma Iruka Okeke, microbiologa che studia la resistenza agli antibiotici presso l'Università di Ibadan. Ma se gli MDA di azitromicina venissero ampiamente adottati, "temo che saremo seduti su una bomba a orologeria", afferma. È un dilemma morale, afferma Kevin Outterson, esperto di economia della resistenza ai farmaci presso la Boston University: "C'è anche chi dice: 'Ora si stanno salvando delle vite. La casa è in fiamme, i bambini stanno morendo. Perché esitiamo?'"

Diversi paesi dell'Africa occidentale stanno portando avanti iniziative. Nigeria, Mali e Niger hanno tutti lanciato programmi MDA su larga scala, che dovrebbero curare complessivamente circa 17 milioni di bambini

quest'anno. Il Burkina Faso ha annunciato all'inizio di questo mese che lancerà un programma nazionale nel 2026. I programmi sono supportati da un [consorzio denominato REACH](#), finanziato dalla Fondazione Gates, che ha coordinato studi su diversi approcci MDA in sette paesi dell'Africa occidentale e sta supportando l'implementazione su larga scala.

L'azitromicina agisce su una vasta gamma di batteri ed è comunemente usata per trattare infezioni dell'orecchio, faringite streptococcica, polmonite e infezioni intestinali. Sicuro ed economico, il farmaco è già utilizzato nelle campagne periodiche dell'MDA contro il tracoma, un'infezione oculare potenzialmente cecante. Hanno contribuito a debellare il tracoma in decine di paesi. Nel 2009, i ricercatori hanno notato che in alcune comunità trattate in Etiopia, [la mortalità infantile complessiva era inferiore di quasi il 50%](#) rispetto alle comunità non trattate.

Ciò ha sollevato la questione se l'azitromicina potesse proteggere i bambini in modo più ampio. Uno studio clinico che ha coinvolto quasi 200.000 bambini in Malawi, Tanzania e Niger, condotto tra il 2014 e il 2017 e noto con l'acronimo MORDOR, ha rilevato che le comunità in cui tutti i bambini di età compresa tra 1 e 59 mesi hanno ricevuto due dosi di azitromicina all'anno hanno avuto [una mortalità infantile inferiore del 13,5% rispetto alle comunità di controllo](#). L'effetto è stato più forte in Niger, dove la mortalità infantile era inizialmente più alta. Questi dati [hanno portato l'OMS a raccomandare la strategia](#), ma solo nei neonati.

Lo studio pubblicato questa settimana, che ha coinvolto quasi 150.000 neonati maliani di età compresa tra 1 e 11 mesi, "è stato progettato per testare le raccomandazioni", afferma Laura Adubra, ricercatrice in salute globale presso l'Università di Tampere che ha contribuito a dirigerlo. In 254 villaggi, il team ha somministrato ai neonati dosi trimestrali di azitromicina. I neonati di altri 511 villaggi sono stati trattati due volte all'anno, mentre quelli di 386 villaggi hanno ricevuto un placebo trimestrale. Dopo 2 anni, non si sono riscontrate differenze statisticamente significative tra i tre gruppi. Una delle ragioni potrebbe essere che la mortalità infantile complessiva nei villaggi di controllo era di soli 36 decessi ogni 1000 nati vivi, circa la metà del tasso previsto.

Ciononostante, lo studio è "probabilmente il migliore e il più definitivo" per testare il trattamento solo sui neonati, afferma Thomas Lietman, oftalmologo ed epidemiologo presso l'Università della California di San Francisco, che ha guidato lo studio MORDOR. "Hanno dato ogni opportunità per dimostrare un effetto significativo". I nuovi dati sono coerenti con uno [studio in Niger pubblicato lo scorso anno](#), che non ha riscontrato alcun effetto significativo quando sono stati trattati solo i neonati, confermando al contempo i risultati dello studio MORDOR di un beneficio sostanziale quando il trattamento è continuato fino all'età di 5 anni. Sulla base di questi dati, tutti gli MDA lanciati di recente in Africa occidentale sono rivolti a bambini di età compresa tra 1 mese e 5 anni.

Il fallimento del trattamento riservato ai neonati suggerisce che l'antibiotico non funziona solo trattando le infezioni attive nei bambini, ma riducendo anche il rischio di esposizione, poiché il numero di infezioni nella loro comunità diminuisce. Oltre a combattere le malattie batteriche, il farmaco ostacola anche la replicazione del parassita della malaria. Monitorare i tassi di malattia e le cause di morte è molto difficile nelle aree remote prese di mira dalle MDA, ma capire esattamente come la distribuzione di massa dell'azitromicina prevenga i decessi è importante, afferma Robert Heyderman, esperto di malattie infettive presso l'University College di Londra: "Se non si comprende il meccanismo, allora non si capisce davvero come implementarlo al meglio o come si integra con altri interventi di sanità pubblica, come i programmi di vaccinazione o di controllo della malaria".

Gli studi sulla resistenza agli antibiotici hanno costantemente mostrato un aumento a seguito di MDA. A giugno, Heyderman e i suoi colleghi hanno pubblicato un'analisi dei ceppi di *Streptococcus pneumoniae* nei bambini dei villaggi coinvolti nello studio MORDOR, che includeva una ricerca di specifici geni di resistenza. Hanno scoperto che 3 anni e mezzo dopo la conclusione dello studio, [la resistenza agli antibiotici era aumentata in tutta la regione](#) e sembrava essersi diffusa dalle comunità trattate a quelle trattate con placebo. Alcuni dei geni di resistenza che il team ha osservato diffondersi conferiscono resistenza a diversi antibiotici, inclusa la penicillina.

Questi risultati potrebbero non essere così allarmanti come sembrano, afferma Lietman. Egli osserva che una campagna di trattamento di massa per il tracoma è stata condotta dopo lo studio MORDOR e potrebbe spiegare i geni di resistenza riscontrati nelle comunità di controllo. "La resistenza è sempre preoccupante", aggiunge Lietman, ma è spesso reversibile: studi hanno dimostrato che dopo l'interruzione del trattamento

di massa per il tracoma, i tassi di resistenza spesso diminuiscono di nuovo. I programmi di implementazione sponsorizzati da REACH includono tutti il monitoraggio della resistenza, osserva.

Okeke è più preoccupata. L'azitromicina è un importante trattamento di riserva per il tifo, un'epidemia in aumento nell'Africa occidentale, osserva, e le alternative sono più costose e spesso non disponibili. "Se si perde un antimicrobico negli Stati Uniti o nell'Europa occidentale, si perde qualcosa di prezioso. Ma se si perde un antimicrobico in un contesto in cui le opzioni sono così limitate, l'impatto sarà molto maggiore".

Sostiene che l'attenzione dovrebbe concentrarsi sul miglioramento della salute dei bambini africani in altri modi. "I bambini non muoiono perché non ricevono azitromicina. Muoiono perché non ricevono altre cose: cibo, acqua pulita, assistenza sanitaria di base, vaccini", afferma Okeke. Quando i paesi ricorrono alla somministrazione di massa di farmaci, aggiunge, "può essere un segno che ci stiamo arrendendo".

https://www.science.org/content/article/i-fear-we-are-sitting-time-bomb-scientists-debate-mass-distribution-antibiotics-africa?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_content=alert&utm_campaign=DailyLatestNews&et rid=691092258&et cid=5767943

quotidianosanità.it

Antibiotico-resistenza. Un'infezione batterica su sei è resistente. Allarme per i batteri Gram-negativi. Il report Oms

Il nuovo Global Antibiotic Resistance Surveillance Report 2025 rivela che tra il 2018 e il 2023 la resistenza agli antibiotici è aumentata in oltre il 40% dei farmaci monitorati, con incrementi annuali fino al 15%. Le infezioni da E. coli e Klebsiella pneumoniae risultano tra le più pericolose, con tassi di resistenza superiori al 50% a livello mondiale. L'Italia tra i Paesi europei con il più alto numero assoluto di infezioni del sangue segnalate nel 2023. L'Oms invita a rafforzare la sorveglianza migliorare l'accesso alle cure e promuovere un uso responsabile degli antibiotici

13 OTT -

Un'infezione batterica su sei tra quelle confermate in laboratorio e responsabili delle infezioni più comuni nel 2023 si è rivelata resistente ai trattamenti antibiotici.

È quanto emerge da un nuovo rapporto [Global Antimicrobial Resistance and Use Surveillance System \(GLASS\)](#) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms), pubblicato oggi, che segnala dati preoccupanti: tra il 2018 e il 2023, la resistenza agli antibiotici è aumentata in oltre il 40% degli antibiotici monitorati, con un incremento medio annuo compreso tra il 5% e il 15%. I dati del Report, provenienti da oltre 100 Paesi, mettono quindi in guardia contro la crescente minaccia che la resistenza agli antibiotici essenziali rappresenta per la salute globale.

Il nuovo Report 2025 presenta per la prima volta stime sulla prevalenza della resistenza in 22 antibiotici utilizzati per trattare infezioni delle vie urinarie e gastrointestinali, del flusso sanguigno e la gonorrea. Il rapporto copre otto patogeni batterici comuni – *Acinetobacter spp.*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Salmonella spp. non tifoidi*, *Shigella spp.*, *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus pneumoniae* – ciascuno collegato a una o più di queste infezioni.

Il rischio di resistenza varia a livello globale

Secondo l'Oms, la resistenza antibiotica è più elevata nelle regioni del Sud-Est asiatico e del Mediterraneo orientale, dove un'infezione su tre è risultata resistente. Nella regione africana la resistenza interessa una su

cinque infezioni. Il fenomeno è più comune e in peggioramento nei contesti dove i sistemi sanitari non dispongono delle capacità necessarie per diagnosticare o trattare i patogeni batterici.

“La resistenza antimicrobica sta superando i progressi della medicina moderna, minacciando la salute delle famiglie in tutto il mondo”, ha dichiarato Tedros Adhanom Ghebreyesus, direttore generale dell’Oms. “Man mano che i Paesi rafforzano i propri sistemi di sorveglianza sull’AMR, dobbiamo usare gli antibiotici in modo responsabile e garantire a tutti l’accesso ai medicinali appropriati, a diagnosi di qualità e ai vaccini. Il nostro futuro dipende anche dal rafforzamento dei sistemi di prevenzione, diagnosi e cura delle infezioni e dall’innovazione di antibiotici di nuova generazione e test molecolari rapidi al punto di cura”.

I batteri Gram-negativi rappresentano la minaccia maggiore

Il rapporto evidenzia che i batteri Gram-negativi resistenti ai farmaci stanno diventando sempre più pericolosi a livello globale, colpendo in particolare i Paesi meno attrezzati a rispondere.

Tra questi, *E. coli* e *K. pneumoniae* sono i principali batteri Gram-negativi resistenti identificati nelle infezioni del flusso sanguigno – tra le più gravi, spesso associate a sepsi, insufficienza d’organo e morte.

Oltre il 40% dei ceppi di *E. coli* e più del 55% di *K. pneumoniae* a livello mondiale risultano ora resistenti alle cefalosporine di terza generazione, trattamento di prima scelta per queste infezioni; in Africa la resistenza supera addirittura il 70%.

Anche altri antibiotici salvavita – tra cui carbapenemi e fluorochinoloni – stanno perdendo efficacia contro *E. coli*, *K. pneumoniae*, *Salmonella* e *Acinetobacter*.

La resistenza ai carbapenemi, un tempo rara, è in aumento, riducendo le opzioni terapeutiche e costringendo all’uso di antibiotici di ultima istanza, spesso costosi, difficili da reperire e non disponibili nei Paesi a basso e medio reddito.

Progressi nella sorveglianza, ma serve maggiore impegno

La partecipazione dei Paesi al sistema GLASS è aumentata di oltre quattro volte, passando da 25 nel 2016 a 104 nel 2023.

Tuttavia, il 48% dei Paesi non ha trasmesso dati all’Oms nel 2023 e circa la metà di quelli che lo hanno fatto non disponeva ancora di sistemi in grado di generare dati affidabili. In molti casi, i Paesi con le maggiori difficoltà sono anche quelli privi della capacità di monitorare efficacemente la propria situazione in materia di resistenza antimicrobica (AMR).

La dichiarazione politica sulla resistenza antimicrobica adottata all’Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel 2024 ha fissato obiettivi per affrontare l’AMR rafforzando i sistemi sanitari e promuovendo un approccio “One Health” che coordini le azioni nei settori della salute umana, animale e ambientale.

Per combattere la crescente minaccia della resistenza antimicrobica, i Paesi devono impegnarsi a potenziare i laboratori, generare dati affidabili, soprattutto nelle aree più svantaggiate, e orientare politiche e trattamenti sulla base delle evidenze.

L’Oms invita tutti i Paesi a fornire dati di alta qualità sulla resistenza e sull’uso degli antimicrobici al GLASS entro il 2030.

Raggiungere questo obiettivo, sottolinea l’Oms, richiederà un’azione concertata per migliorare la qualità, la copertura geografica e la condivisione dei dati di sorveglianza. Gli Stati sono inoltre esortati ad ampliare gli interventi coordinati contro l’AMR in tutti i livelli dell’assistenza sanitaria e ad aggiornare le linee guida terapeutiche e le liste dei farmaci essenziali in base ai modelli locali di resistenza.

In Italia quasi 54mila infezioni del sangue nel 2023. E. coli e Klebsiella tra i patogeni più diffusi

Con 53.987 infezioni del flusso sanguigno segnalate nel 2023, l’Italia figura tra i Paesi europei con il più alto numero assoluto di casi di batteriemia registrati nel Global Antibiotic Resistance Surveillance Report 2025. Un dato che riflette da un lato una rete di sorveglianza microbiologica capillare e funzionante, ma dall’altro un carico di infezioni ospedaliere e resistenze antimicrobiche ancora significativo.

No. of unboosted/injections reported in 2023 (% of total)							
WHO region and country ^a	Total	<i>Acinetobacter</i> spp.	<i>E. coli</i>	<i>K. pneumoniae</i>	<i>Salmonella</i> spp.	<i>S. aureus</i>	<i>S. pneumoniae</i>
Global	715 008	53 291 (7.5)	312 077 (43.7)	149 512 (20.9)	9970 (1.5)	165 679 (23.2)	24 479 (3.5)
France	919	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	56 (6.1)	0 (0.0)	863 (93.9)
Georgia	898	101 (11.2)	225 (25.1)	183 (20.4)	2 (0.2)	355 (39.5)	32 (3.6)
Greece	6464	1523 (23.6)	1837 (28.4)	2093 (32.4)	23 (0.4)	922 (14.3)	66 (1.0)
Croatia	2826	258 (9.1)	1299 (46.0)	562 (19.9)	13 (0.5)	606 (21.4)	88 (3.1)
Ireland	4946	56 (1.1)	3049 (61.6)	555 (11.2)	0 (0.0)	947 (19.1)	339 (6.9)
Iceland*	466	1 (0.2)	258 (55.4)	44 (9.4)	0 (0.0)	128 (27.5)	35 (7.5)
Italy	53 987	2651 (4.9)	24 841 (46.0)	11 836 (21.9)	123 (0.2)	13 404 (24.8)	1132 (2.1)
Lithuania	3099	120 (3.9)	454 (46.9)	532 (17.2)	6 (0.2)	810 (26.1)	177 (5.7)
Luxembourg	621	7 (1.1)	461 (74.2)	83 (13.4)	3 (0.5)	5 (0.8)	62 (10.0)
Latvia	807	55 (6.8)	329 (40.8)	143 (17.7)	1 (0.1)	235 (29.1)	44 (5.5)
Republic of Moldova	406	62 (15.3)	68 (16.7)	190 (46.8)	3 (0.7)	79 (19.5)	4 (1.0)
North Macedonia	283	32 (11.3)	52 (18.4)	95 (33.6)	0 (0.0)	99 (35.0)	5 (1.8)
Malta	859	24 (2.8)	498 (58.0)	168 (19.6)	7 (0.8)	134 (15.6)	28 (3.3)
Netherlands (Kingdom of the)	11 748	139 (1.2)	7255 (61.8)	1387 (11.8)	152 (1.3)	2034 (17.3)	781 (6.6)
Norway	6015	33 (0.5)	3949 (65.7)	779 (13.0)	86 (1.4)	792 (13.2)	376 (6.3)
Poland	7277	425 (5.8)	3031 (41.7)	1562 (21.5)	96 (1.3)	1796 (24.7)	367 (5.0)
Russian Federation	9671	1443 (14.9)	1627 (16.8)	3980 (41.2)	57 (0.6)	2378 (24.6)	186 (1.9)
Sweden	21 978	125 (0.6)	10 717 (48.8)	2165 (9.9)	0 (0.0)	7915 (36.0)	1056 (4.8)
Turkey	19 875	3048 (15.3)	6 000 (30.2)	6218 (31.3)	99 (0.5)	4256 (21.4)	254 (1.3)
Ukraine	1897	271 (14.3)	212 (11.2)	711 (37.5)	11 (0.6)	618 (32.6)	74 (3.9)
Kosovo ^c	164	29 (17.7)	24 (14.6)	63 (38.4)	2 (1.2)	36 (22.0)	10 (6.1)
Eastern Mediterranean Region	39 836	6362 (16.0)	11 266 (28.3)	9701 (24.4)	693 (1.8)	10 620 (26.7)	1194 (3.1)
Afghanistan	2	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)
United Arab Emirates	3959	167 (4.2)	1499 (37.9)	1000 (25.3)	124 (3.1)	908 (22.9)	261 (6.6)
Bahrain	964	106 (11.0)	267 (27.7)	249 (25.8)	25 (2.6)	294 (30.5)	23 (2.4)
Egypt	919	115 (12.5)	187 (20.3)	327 (35.6)	1 (0.1)	289 (31.4)	0 (0.0)
Iran (Islamic Republic of)	2925	688 (23.5)	826 (28.2)	621 (21.2)	14 (0.5)	723 (24.7)	53 (1.8)
Iraq	2164	565 (26.1)	492 (22.7)	366 (16.9)	113 (5.2)	606 (28.0)	22 (1.0)

La distribuzione dei patogeni

Secondo il rapporto, quasi la metà delle infezioni (46%) è attribuibile a *Escherichia coli*, mentre *Klebsiella pneumoniae* rappresenta un ulteriore 21,9%. Insieme, i due batteri Gram-negativi coprono oltre due terzi dei casi totali, una quota che conferma la loro predominanza anche in ambito ospedaliero. Seguono *Staphylococcus aureus* con il 24,8% dei casi, *Acinetobacter* spp. con 4,9%, *Streptococcus pneumoniae* con 2,1% e *Salmonella* spp. con appena 0,2%, una delle percentuali più basse in Europa.

Confronto europeo Rispetto agli altri Paesi analizzati, l'Italia si colloca sopra la media globale per numero assoluto di infezioni, con valori paragonabili soltanto a Svezia (21.978) e Turchia (19.875).

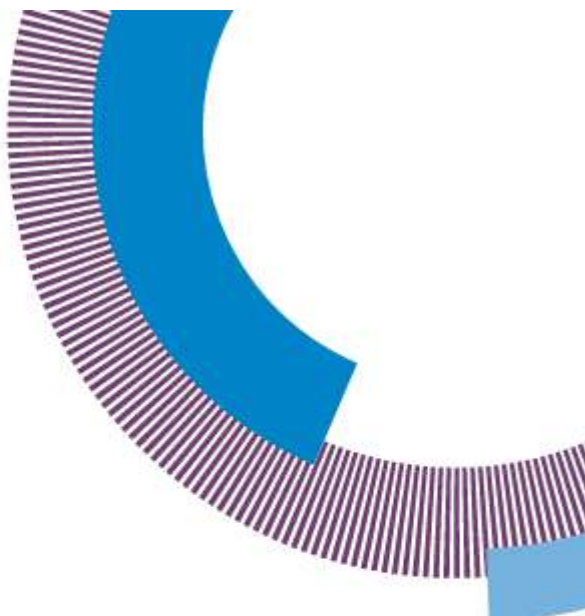
Le infezioni da *Klebsiella pneumoniae* e *E. coli* in Italia sono in linea con la media continentale, mentre la quota di *S. aureus* è tra le più alte d'Europa, segno della persistente circolazione di ceppi resistenti come l'MRSA. Al contrario, *Salmonella* e *S. pneumoniae* risultano molto meno diffusi, indicando un buon livello di prevenzione per queste infezioni.

Un quadro di luci e ombre

Nel complesso, i dati italiani confermano la solidità del sistema di monitoraggio, ma anche la necessità di mantenere alta l'attenzione sull'antibiotico-resistenza, soprattutto nei contesti ospedalieri e nei pazienti fragili.

Il peso dei Gram-negativi, la diffusione di *S. aureus* e l'elevato numero di casi complessivi segnalano che l'Italia resta esposta a un rischio clinico rilevante, richiedendo politiche di stewardship antibiotica e prevenzione delle infezioni sempre più integrate.

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=132527



Embargoed until 13 October 2025 at 09:00 CEST (Geneva)

Global antibiotic resistance surveillance report 2025

WHO Global Antimicrobial Resistance and Use Surveillance System (GLASS)



www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1760340523.pdf

24 **24OreSalute**

Tumori, lo studio «made in Italy» su Nature Medicine certifica l'oncologia di precisione

La medicina che pone al centro la persona nella sua completezza: così il Rome Trial rappresenta la prima dimostrazione prospettica della superiore efficacia delle terapie personalizzate nella gestione di pazienti con tumori solidi avanzati

Paolo Marchetti, Direttore scientifico dell'IDI-Irccs di Roma e promotore dello studio Rome Trial

Per la prima volta un grande studio randomizzato, accademico e indipendente, dimostra l'efficacia superiore delle terapie personalizzate rispetto alle cure standard nei pazienti con tumori solidi metastatici. Con la pubblicazione sul numero di ottobre di Nature Medicine, il "Rome Trial" entra ufficialmente nella storia della ricerca oncologica internazionale.

Lo studio

Lo studio confronta direttamente un approccio di medicina di precisione basato sulla profilazione genomica completa con le terapie convenzionali, fornendo evidenze scientifiche definitive sui benefici dell'oncologia di precisione. Lo studio, promosso e coordinato in Italia, ha coinvolto 40 centri oncologici distribuiti da Nord a Sud, con il reclutamento di 1.794 pazienti e il contributo di centinaia di professionisti: oncologi, patologi, genetisti, biologi molecolari, bioinformatici, radiologi, immunologi e farmacologi clinici. Un impegno corale che ha trasformato il Paese in un vero e proprio laboratorio clinico nazionale, dimostrando come la solidarietà scientifica e umana possa generare risultati straordinari.

I risultati

Il Rome Trial rappresenta la prima dimostrazione prospettica della superiore efficacia delle terapie personalizzate nella gestione di pazienti con tumori solidi avanzati. Lo studio ha confrontato direttamente due approcci: il braccio sperimentale, dove i pazienti ricevevano terapie mirate selezionate sulla base della loro profilazione genomica individuale, discusse all'interno di un Molecular Tumor Board centralizzato, e il gruppo di controllo, dove venivano somministrate le terapie standard, secondo le linee guida cliniche convenzionali. I pazienti trattati con terapie personalizzate hanno mostrato un tasso di risposta obiettiva del 17,5%, significativamente superiore al 10% osservato nel gruppo controllo trattato con terapie standard. La sopravvivenza libera da progressione ha mostrato un miglioramento clinicamente rilevante, passando da 2,8 mesi del gruppo controllo a 3,5 mesi nel gruppo trattato con terapie personalizzate. Ancora più rilevante, la durata della risposta a 12 mesi ha raggiunto il 22% nel braccio sperimentale contro appena il 9% del controllo, evidenziando che le terapie guidate dalla genomica non solo producono più risposte, ma anche più durature nel tempo. Particolarmente significativi si sono rivelati i risultati nei pazienti con alto carico mutazionale (in presenza di stabilità dei microsatelliti, trattati con immunoterapia, dove la sopravvivenza libera da progressione a 12 mesi ha raggiunto il 32,6% rispetto all'8,1% del gruppo controllo).

Questi risultati non costituiscono semplicemente un miglioramento incrementale, bensì un autentico cambio di paradigma. Abbiamo fornito la prova che l'approccio personalizzato, guidato dalla profilazione genomica completa, è clinicamente superiore alle terapie standard nella gestione dei pazienti oncologici con malattia avanzata.

Il "Rome Trial" ha validato scientificamente un approccio sistematico alla medicina di precisione che va oltre la semplice identificazione delle alterazioni genomiche. Ogni paziente è stato sottoposto a profilazione genomica completa su tessuto e sangue utilizzando tecnologie di sequenziamento di nuova generazione, identificando alterazioni potenzialmente azionabili in quasi 900 casi clinici.

Cruciali i Molecular Tumor Board

Il ruolo cruciale del Molecular Tumor Board multidisciplinare è emerso come elemento distintivo dell'approccio: attraverso 127 sessioni settimanali, il board ha valutato ogni caso singolarmente, distinguendo le alterazioni realmente azionabili da quelle non clinicamente rilevanti ed escludendo i casi dove non esisteva un'opzione terapeutica mirata appropriata.

Come ha evidenziato Andrea Botticelli (Professore all'Università La Sapienza di Roma e Principal Investigator del Centro Coordinatore dello studio presso il Policlinico Umberto I di Roma), «non è sufficiente possedere i test genetici più sofisticati. Il valore aggiunto risiede nella capacità di tradurre questi dati in decisioni terapeutiche efficaci, considerando il contesto clinico specifico di ogni paziente, la sua storia, le comorbidità, le terapie precedenti. Questo distingue una oncologia convenzionale da una oncologia veramente personalizzata».

Un successo italiano

Il successo del "Rome Trial" testimonia la capacità della ricerca italiana di fare sistema quando si tratta di raggiungere obiettivi comuni. Quaranta centri oncologici hanno collaborato superando le barriere geografiche e organizzative, creando un patrimonio collettivo di conoscenza di cui beneficia l'intero sistema sanitario nazionale.

La partecipazione dei pazienti e delle loro famiglie ha rappresentato l'elemento fondamentale di questo successo. I pazienti sono stati i veri custodi del senso ultimo di questa ricerca. Il loro coraggio e la loro determinazione hanno permesso di trasformare una speranza scientifica in una realtà clinica.

L'approccio del "Rome Trial" ha creato un modello replicabile di medicina di precisione che può essere implementato su tutto il territorio nazionale. Come ha sottolineato Mauro Biffoni (Direttore del Dipartimento di Oncologia e Medicina Molecolare dell'Istituto Superiore di Sanità e co-promotore dello studio), «la medicina di precisione non deve rimanere un privilegio riservato a pochi centri di eccellenza. Attraverso la telemedicina e la condivisione delle competenze, ogni paziente italiano può accedere a questo livello di cura personalizzata».

Le minacce di dazi si inseriscono in un contesto di crescente tensione geopolitica tra le due sponde del Pacifico. Il "Rome Trial" rappresenta molto più di un successo puramente scientifico: testimonia una visione della medicina che pone al centro la persona nella sua completezza. La medicina di precisione, come dimostrato da questo studio, non riguarda solamente le tecnologie avanzate, ma coinvolge la solidarietà scientifica e umana. Come ha evidenziato Giuseppe Curigliano (Professore di Oncologia medica all'Università Statale di Milano e Direttore della Divisione Sviluppo di Nuovi Farmaci per Terapie Innovative dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano), «l'obiettivo finale consiste nel rendere la medicina sempre più precisa, umana e vicina ai bisogni reali delle persone. Il Rome Trial dimostra che, quando la scienza si pone al servizio dell'umanità, i risultati possono essere straordinari».

https://www.ilsole24ore.com/art/tumori-studio-made-italy-nature-medicine-certifica-l-oncologia-precisione-AHEF5lxC?cmpid=nl_sanita24



Analisi degli effetti a lungo termine dell'infezione da COVID-19 (long-COVID) in Italia durante e dopo l'emergenza pandemica e la strategia di risposta

[Tiziana Grassi](#), [Dorina Tiple](#), [Marika Villa](#), [Tiziana Grisetti](#), [Flavia Pricci](#), [Marco Floridia](#), [Marina Giuliano](#), [Luigi Castriotta](#), [Valentina Rosolen](#), [Yvonne Beorchia](#), [Caterina Fanizza](#), [Lucia Bisceglia](#), [Paolo Francesconi](#), [Francesco Profili](#), [Guglielmo Bonaccorsi](#), [Mario Bruschi](#), [Graziano Onder](#)

Astratto

Contesto: la condizione di COVID-19 di lunga durata sta acquisendo sempre maggiore rilevanza in termini di salute pubblica, ma pochi studi ne hanno valutato l'impatto sull'utilizzo delle risorse sanitarie e sulle risposte organizzative dei sistemi sanitari. Sebbene molti studi abbiano valutato casi di individui con COVID-19 di lunga durata, lo spettro clinico dei sintomi è ancora scarsamente definito a causa dell'eterogeneità delle popolazioni studiate, della variabilità delle definizioni utilizzate e dell'assenza di marcatori di malattia. In questo contesto, nel 2022 è stato ideato e implementato un progetto in collaborazione tra il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo del Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Obiettivi e metodi: il progetto si è articolato in cinque obiettivi principali:

1. definizione delle dimensioni sanitarie del fenomeno long-COVID. Tale obiettivo ha incluso un'analisi dei flussi di dati regionali per misurare l'utilizzo dei servizi di ospedalizzazione (acuti, riabilitazione,

lungodegenza), il consumo di risorse (visite specialistiche e consumo di farmaci) e il tasso di istituzionalizzazione nei pazienti con storia di COVID-19;

2. definizione di numero, caratteristiche e distribuzione dei centri long-COVID sul territorio nazionale. Tale obiettivo è stato implementato attraverso un'indagine nazionale sui centri di diagnosi e assistenza long-COVID;

3. definizione di buone pratiche cliniche sulla gestione della condizione long-COVID da parte di un gruppo multidisciplinare di esperti;

4. definizione di un sistema di sorveglianza long-COVID; che include la definizione di uno specifico set di dati informativi e l'identificazione di un campione di centri clinici che si occupano della cura di soggetti con effetti a lungo termine di COVID-19 e la creazione di una piattaforma online dedicata; un'indagine telefonica basata su oltre 1.000 interviste ha valutato lo spettro dei sintomi riferiti;

5. strutturazione di una rete nazionale e di informazione, che ha incluso la messa in rete dei centri partecipanti allo studio con la diffusione di informazioni periodiche e workshop o webinar di aggiornamento; la creazione di un sito web dedicato alla condizione long-COVID, con informazioni generali per i cittadini e una sezione dedicata al progetto; attività di formazione.

Risultati:

Obiettivo 1: uno studio di coorte su oltre 600.000 individui ha mostrato che le persone esposte all'infezione da SARS-CoV-2, in particolare quelle ricoverate in ospedale, sembrano utilizzare più risorse sanitarie nei 6 mesi successivi all'infezione rispetto a coloro che non sono stati esposti.

Gli individui ricoverati in terapia intensiva hanno mostrato tassi di visite ambulatoriali 3 volte superiori rispetto a quelli non esposti e tassi oltre 4 volte superiori per esami di diagnostica per immagini e ricoveri ospedalieri. Lo studio caso-controllo ha rilevato un aumento del rischio di iniziare una terapia antidepressiva tra gli individui esposti all'infezione da SARS-CoV-2 rispetto a coloro che non sono stati esposti, in particolare tra coloro che sono stati ricoverati in ospedale durante l'infezione acuta.

Inoltre, la vaccinazione contro il COVID-19 può svolgere un ruolo protettivo in questo contesto.

Obiettivo 2: 124 centri clinici hanno compilato il questionario sviluppato per definire i modelli di assistenza clinica per i pazienti con COVID di lunga durata.

La maggior parte dei centri erogava assistenza tramite visite ambulatoriali o servizi di day hospital con visite programmate o invio alle cure primarie e disponeva di competenze specialistiche che consentivano un approccio multidisciplinare al soggetto con sospetta condizione di COVID-lungo.

Obiettivo 3: un team multidisciplinare, rappresentativo della natura multisistemica del COVID-lungo, con la partecipazione di 16 esperti, ha elaborato raccomandazioni per la gestione dei pazienti con COVID-lungo, basate sulle attuali conoscenze sul tema, con l'obiettivo di contribuire alla standardizzazione delle attività dei centri clinici su tutto il territorio nazionale.

Obiettivo 4: il sistema di sorveglianza clinica ha consentito la raccolta di dati da oltre 1.200 pazienti provenienti da 30 centri clinici per la definizione del sintomo, la sua aggregazione in cluster e i fattori associati. Le informazioni sul profilo sintomatologico sono state inoltre valutate attraverso un sondaggio telefonico su oltre 1.000 partecipanti.

Obiettivo 5: il sito web dell'ISS sul COVID-lungo ha fornito informazioni sulla condizione di COVID-lungo e ha illustrato il progetto CCM, con link a webinar e workshop. Inoltre, sulla piattaforma EDU-ISS è stato implementato un corso FAD dal titolo "long-COVID: un nuovo scenario clinico", con oltre 14.000 partecipanti.

Conclusioni: i risultati di questo studio mostrano che il COVID-19 di lunga durata è una condizione frequente nel nostro Paese, che, a causa dell'ampiezza dei numeri e dello spettro dei sintomi, ha un impatto sostanziale sul consumo di risorse. Ciò dimostra che sarà necessario implementare, garantire e monitorare standard di cura ben definiti per questa condizione.

Parole chiave: COVID-19; Comunicazione e formazione; Buone pratiche cliniche; Risorse sanitarie; Long-COVID.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39679484/>

Ospedale che cambia

quotidianosanità.it

Cau, filtri e realtà: perché il reale problema dei Pronto soccorso è (ancora) la capacità Snamì Emilia-Romagna

06 OTT -

Gentile Direttore,

abbiamo la sua analisi su [Quotidiano Sanità](#) relativa ai dati Agenas: oltre metà degli accessi in PS sono “verdi e bianchi” e quindi, si conclude, se il territorio non filtra, il PS va in affanno. Vero che la quota di bassa priorità è alta; ma l’esperienza emiliano-romagnola con i CAU dimostra che il nodo non è (solo) il filtro: è che Pronto soccorso ed Emergenza-Urgenza italiana sono in realtà sottodimensionati. La prova? Quando il filtro lo si è costruito davvero secondo quella filosofia, portando la medicina generale h24/7 nei CAU, si è nei fatti prodotto un aumento netto dei contatti complessivi e—complice la riconversione/chiusura di PS e PPI rei di rispondere ad accessi “inadeguati” secondo alcuni —una pressione paradossalmente più concentrata su meno presidi.

Cosa ci dicono i numeri (e la slide regionale)

- La Regione Emilia-Romagna ha rivendicato più volte l’“effetto CAU”: nei primi mesi 2024, -15,5% di codici bianchi e -9% di verdi afferenti ai PS, con una previsione di ~400.000 accessi ai CAU nell’anno. La stessa Regione ammette però che il totale PS+CAU è in aumento (circa 2 milioni a fine 2024, “in costante crescita”). Tradotto: si sposta flusso dal PS, ma la domanda complessiva cresce. ([Regione Emilia-Romagna](#))
- La slide regionale allegata a questa risposta (foto) aggiorna quel quadro: nel 2024 i PS scendono di 148.720 accessi (-8,1%) sul 2023, ma i CAU registrano 545.550 accessi. Risultato aritmetico: quasi +400mila contatti complessivi nell’area EMURG. Il “filtro” c’è, funziona su una parte degli arrivi... ma non alleggerisce il sistema, lo espande *senza aumentare* la capacità ospedaliera a valle.

La variabile che cambia tutto: meno presidi, stessa (o più) domanda

Non è solo una questione di “educare” i cittadini. La stessa Regione ha dichiarato che molti CAU sostituiscono Punti di Primo Intervento o Pronto soccorso dove l’inappropriatezza era ritenuta elevata. È una scelta politica legittima, ma significa meno PS/PPI a cui rivolgersi. Se gli accessi PS diminuiscono un po’, ma i presidi sono di meno, sugli ospedali rimasti la pressione si concentra, non evapora. ([Salute](#))

Il fenomeno è visibile sul campo: tra aperture, rimodulazioni orarie e sostituzioni con CAU, i flussi “non differibili” che comunque necessitano di diagnostica, osservazione o ricovero finiscono sugli stessi PS con boarding in crescita in molte strutture per carenza di posti letto e personale. È quanto emerge dai [report e dalle rilevazioni dei direttori di PS nel 2024](#).

Cosa ci insegna davvero l'esperienza dei CAU

4. Il filtro territoriale da solo non basta. Anche con decine di CAU attivi e campagne informative, la Regione ha riconosciuto che il volume totale PS+CAU cresce. Se il denominatore (domanda) sale e il numeratore critico (le risposte ospedaliere) non cresce, il sistema resta sotto stress. ([Regione Emilia-Romagna](#))
5. La riconversione di PS/PPI in CAU ha effetti collaterali. Dove si sostituisce un presidio d'urgenza con un ambulatorio per bisogni minori, si crea un "vuoto" per i casi più complessi che vengono dirottati più lontano, concentrandosi su pochi PS e spesso con maggiore consumo di tempo-ambulanza. Lo ha scritto nero su bianco la Regione, spiegando l'architettura a "tre tipologie" di CAU e ammettendo risultati "non univoci" vicino ai PS DEA. ([Salute](#))
6. La narrativa "colpa dei bianchi e verdi" è incompleta. Agenas misura un'ampia quota di bassa priorità; ma le società scientifiche e le indagini sul campo ricordano che il problema strutturale è la capacità a valle: posti letto, personale, percorsi di ricovero/OBI, tempi di consulenza e dimissione protetta. Il sovraffollamento è un problema di output almeno quanto di input.

La posizione (coerente) di SNAMI Emilia-Romagna

SNAMI ER lo dice da tempo: i CAU, così come implementati, non risolvono la crisi dei PS; rischiano anzi di diventare un "fast-food" sanitario che amplifica la domanda e sposta l'attenzione senza aumentare la capacità critica dove serve (PS, 118 medicalizzato, posti letto, osservazione breve, diagnostica rapida). E soprattutto: non si può garantire un medico con infermiere nei CAU per le urgenze minori e contestualmente negarlo o ritardarlo al paziente critico sul territorio per via della progressiva ulteriore riduzione dei Mezzi di Soccorso

Dati di attività

Regione Emilia Romagna

Numero di accessi in strutture di emergenza-urgenza (EMURG) nel periodo 2020-2024
e numero di accessi CAU, periodo 2023-2024



SNAMI Emilia-Romagna

(Nota: i valori riportati nella slide allegata – PS 2024: **1.686.458**; CAU 2024: **545.550**; **-148.720** PS vs 2023) sono estratti da una presentazione regionale ufficiale: numeri che confermano, più delle previsioni iniziali, l'aumento netto dei contatti totali e la natura "espansiva" del fenomeno CAU.)

Avanzato (quelli veri, con Medico e Infermiere a bordo). ([SNAMI - Sezione Provinciale di Bologna](#))

Che fare davanti a tutto ciò?

- Aumentare la capacità ospedaliera dell'emergenza: posti letto "a valle" (riducendo il boarding), OBI strutturate, personale stabilizzato e trattato dignitosamente. Sono i driver che gli stessi direttori di PS indicano come determinanti per ridurre l'affollamento. ([Quotidiano Sanità](#))

- Rete 118 e PS non negoziabile: mantenere/riattivare presidi e mezzi medicalizzati in aree critiche; i CAU non possono sostituire la medicina dell'emergenza. (SNAMI - Sezione Provinciale di Bologna)
- Territorio sì, ma integrato: continuità assistenziale, 116117, presa in carico reale nelle Cure Primarie— non “ambulatori filtro” lasciati a gestire il surplus della domanda.

In breve Direttore, ha ragione nel dire che il territorio deve funzionare. Ma i dati regionali e l'esperienza sul campo in Emilia-Romagna dicono che il filtro, da solo, non risolve: se contestualmente si riduce/riconverte la rete di PS e PPI e non si aumenta la capacità ospedaliera, la pressione non cala: si sposta e si concentra. È qui che oggi si gioca la necessità di una vera riforma con visione ampia, non atta a cercare colpevoli teorici da additare, ma a proporre reali e armoniche soluzioni pratiche complessive.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=132418

quotidiano**sanità**.it

Liste d'attesa e costi troppo alti: quasi 1 italiano su 10 rinuncia a cure.

Forte divario tra Regioni: in Sardegna niente visite ed esami per quasi uno su 5. A Bolzano invece uno su 20

G. Rodriquez

Nel 2024 il 9,9% degli italiani ha rinunciato a prestazioni sanitarie necessarie, in aumento rispetto al 7,6% del 2023. Le principali cause sono le lunghe liste d'attesa e le difficoltà economiche. Forti le disuguaglianze territoriali e di genere: in Sardegna il tasso raggiunge il 17,2%, tra le donne il 13%. Colpiti anche i laureati e le fasce centrali d'età, con un trend in crescita trasversale. Il fenomeno solleva interrogativi sulla reale equità del sistema sanitario nazionale.

PERSONE CHE DICHIARANO DI NON AVER POTUTO EFFETTUARE VISITE MEDICHE (PER RAGIONI ECONOMICHE O LISTE D'ATTESA O TROPPO LONTANO) ALMENO UNA VOLTA NELL'ANNO— POPOLAZIONE DI 16 ANNI O PIÙ NELLA UE A 27 E IN AREA EURO A 20 -ANNI 2021-2023

	(in percentuale)		
	2021	2022	2023
UE - 27 (DAL 2020)	2	2,2	2,4
AREA EURO - 20 (DAL 2023)	1,9	2,1	2,2
BELGIO	1,7	1	1,1
BULGARIA	1	1	1,1
CECHIA	0,3	0,2	0,4
DANIMARCA	1,3	2,1	2,7
GERMANIA	0,1	0,3	0,2
ESTONIA	8,1	9,1	12,9
IRLANDA	2,1	2,7	2,7
GRECIA	6,4	9	11,6
SPAGNA	1,1	1,2	1,8
FRANCIA	2,8	3,2b	3,7
CROAZIA	1,7	1,3	1b
ITALIA	1,8	1,8	1,8
CIPRO	0,1	0,1	0,1
LETTONIA	4	5,4	7,8
LITUANIA	2,4	2,9	3,8
LUSSEMBURGO	1b	0,5b	0,8
UNGHERIA	1,1	1,4	1
MALTA	0,1	0,3	0,1
PAESI BASSI	0,2	0,2	0,3
AUSTRIA	0,3	0,5	0,6
POLONIA	2,7	2,3	3,6
PORTOGALLO	2,3	2,9	2,8
ROMANIA	4,4	4,9	5,2
SLOVENIA	4,8	3,7	3,8
SLOVACCHIA	2,9	2,8	3,2
FINLANDIA	4,4	6,5	7,9
SVEZIA	1,3	1,8	2,1
NORVEGIA	0,8b	1,2	1,8

Fonte: Eurostat – dati EU-SILC 2021-2023

(b) dati stimati

A livello europeo, l'Italia si presenta in una posizione relativamente favorevole per quanto riguarda il

mancato accesso alle cure mediche: secondo i dati Eurostat EU-SILC per il 2023, solo l'1,8% della popolazione italiana ha rinunciato a visite mediche, un dato stabile dal 2021 e inferiore alla media UE sia a 20 (2,2%) che a 27 (2,4%). Tuttavia, osservando la situazione da una prospettiva interna, il quadro si complica.

Il Quaderno n. 4 della Corte dei Conti, dedicato all'analisi del Servizio sanitario nazionale, mette in luce una realtà ben più critica. I dati raccolti da Istat nell'ambito del monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) indicano un tasso di rinuncia alle prestazioni sanitarie pari al 9,9% nel 2024, in aumento rispetto al 7,6% registrato l'anno precedente. Le principali cause sono riconducibili alle lunghe liste d'attesa (6,8%, con un incremento di 2,3 punti percentuali rispetto al 2023) e alle difficoltà economiche (5,3%).

Le disuguaglianze territoriali sono marcate: nel Nord Italia la quota di rinuncia è del 9,2%, mentre sale al 10,7% nel Centro e al 10,3% nel Mezzogiorno. In Sardegna si registra il dato più alto con il 17,2% della popolazione coinvolta, contro il 5,3% della Provincia Autonoma di Bolzano. Anche il genere incide: rinunciano più le donne (11,4%) rispetto agli uomini (8,3%).

Nel Centro Italia, la quota di donne che rinunciano sale al 13%, mentre nel Mezzogiorno si registra il valore più basso tra gli uomini (8,5%). Le motivazioni variano: al Centro e al Nord prevalgono le liste d'attesa, mentre nel Sud le rinunce si distribuiscono equamente tra motivi economici e tempi di attesa.

TASSI DI RINUNCIA A PRESTAZIONI SANITARIE 2023-2024 (*)

	Totale (M+F)			Maschi (M)			Femmine (F)		
	2023	2024	Var. assoluta 2023-2024	2023	2024	Var. assoluta 2023-2024	2023	2024	Var. assoluta 2023-2024
Piemonte	8,8	9,2	0,40	7,8	7,7	-0,10	9,8	10,8	1,00
Valle d'Aosta	6,3	8,4	2,10	4,3	5,3	1,00	8,3	11,4	3,10
Liguria	7,8	10,1	2,30	6,1	7,7	1,60	9,3	12,2	2,90
Lombardia	7,2	10,3	3,10	5,7	9	3,30	8,6	11,6	3,00
Trentino-Alto Adige/Südtirol	5,3	6,3	1,00	4,8	5,2	0,40	5,7	7,4	1,70
P.A. Bolzano/Bozen	5,1	5,3	0,20	4,7	4,7	0,00	5,6	5,8	0,20
P.A. Trento	5,4	7,4	2,00	4,9	5,7	0,80	5,9	9	3,10
Veneto	7,4	7,9	0,50	6	6,5	0,50	8,8	9,2	0,40
Friuli-Venezia Giulia	5,1	8,5	3,40	3,5	6,6	3,10	6,6	10,3	3,70
Emilia-Romagna	5,8	8,8	3,00	4	7,3	3,30	7,5	10,3	2,80
Toscana	5,6	8,2	2,60	4,8	6,3	1,50	6,4	10	3,60
Umbria	9,2	12,2	3,00	7,2	10,3	3,10	11,1	14	2,90
Marche	9,7	10,6	0,90	7,8	9,5	1,70	11,6	11,6	0,00
Lazio	10,5	12	1,50	8,4	10,8	2,40	12,5	13,2	0,70
Abruzzo	9,2	12,6	3,40	5,2	10,6	5,40	13	14,4	1,40
Molise	9	10,9	1,90	7,1	10,2	3,10	10,8	11,6	0,80
Campania	5,9	8,6	2,70	5	6,9	1,90	6,8	10,2	3,40
Puglia	8,4	10,9	2,50	7,7	8,8	1,10	9,1	12,9	3,80
Basilicata	6,7	10,8	4,10	5,6	10,7	5,10	7,9	10,9	3,00
Calabria	7,3	10	2,70	5,6	7,2	1,60	9	12,7	3,70
Sicilia	7	9	2,00	6,1	7,9	1,80	7,8	10,1	2,30
Sardegna	13,7	17,2	3,50	11,7	14,4	2,70	15,6	19,9	4,30
Nord	7,1	9,2	2,10	5,7	7,7	2,00	8,5	10,7	2,20
Nord-ovest	7,7	10	2,30	6,3	8,5	2,20	9	11,4	2,40
Nord-est	6,4	8,1	1,70	4,9	6,7	1,80	7,8	9,6	1,80
Centro	8,8	10,7	1,90	7,1	9,2	2,10	10,4	12	1,60
Mezzogiorno	7,7	10,3	2,60	6,4	8,5	2,10	8,9	12	3,10
Sud	7,3	10	2,70	6	8,1	2,10	8,5	11,8	3,30
Isole	8,6	11	2,40	7,5	9,5	2,00	9,7	12,5	2,80
Italia	7,6	9,9	2,30	6,2	8,3	2,10	9	11,4	2,40

L'età rappresenta un ulteriore fattore critico: la quota di rinuncia cresce fino ai 45-54 anni (13,4%) e poi si

mantiene elevata tra le fasce più anziane. Rispetto al 2023, si registra un aumento in quasi tutte le classi d'età, con una variazione complessiva di +2,3 punti percentuali.

TASSI DI RINUNCIA A PRESTAZIONI SANITARIE 2023-2024 PER CLASSI DI ETÀ

(in percentuale)

Classe di età	Totale (M+F)		
	2023	2024	Var. assoluta 2023-2024
00-13	1,3	2,1	0,8
14-19	3,4	3,2	-0,2
20-24	4,6	5,6	1
25-34	5,3	9,8	4,5
35-44	8,1	11,8	3,7
45-54	10	13,4	3,4
55-59	11,1	12,1	1
60-64	10	11,6	1,6
65-74	9,7	11,7	2
75 e più	9,8	11,4	1,6
Totale	7,6	9,9	2,3

Fonte: Istat- Indagine Aspetti della vita quotidiana anni 2023-2024

Infine, il fenomeno appare trasversale anche rispetto al titolo di studio. Rinunciano il 10,6% delle persone con basso titolo di studio, l'11,4% dei diplomati e il 10,4% dei laureati, con incrementi significativi rispetto all'anno precedente in tutte le categorie.

TAVOLA R 3.4

TASSI DI RINUNCIA A PRESTAZIONI SANITARIE 2023-2024 PER TITOLO DI STUDIO

(in percentuale)

Titolo di Studio	Totale (M+F)		
	2023	2024	Var. assoluta 2023-2024
Licenza media/Elementare/Nessun titolo	9	10,6	1,6
Diploma superiore	7,9	11,4	3,5
Accademia/Diploma universitario/Laurea/Specializzazione/Dottorato	8,3	10,4	2,1

Fonte: Istat- Indagine Aspetti della vita quotidiana anni 2023-2024

Il quadro che emerge è quello di un fenomeno strutturale e crescente, che colpisce fasce sempre più ampie della popolazione italiana, con un impatto differenziato e diseguale. Un campanello d'allarme per la tenuta dell'universalismo del Servizio sanitario nazionale.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=132631

Se il territorio non filtra il Pronto soccorso va in affanno. Oltre metà degli accessi riguarda codici verdi e bianchi

Luciano Fassari

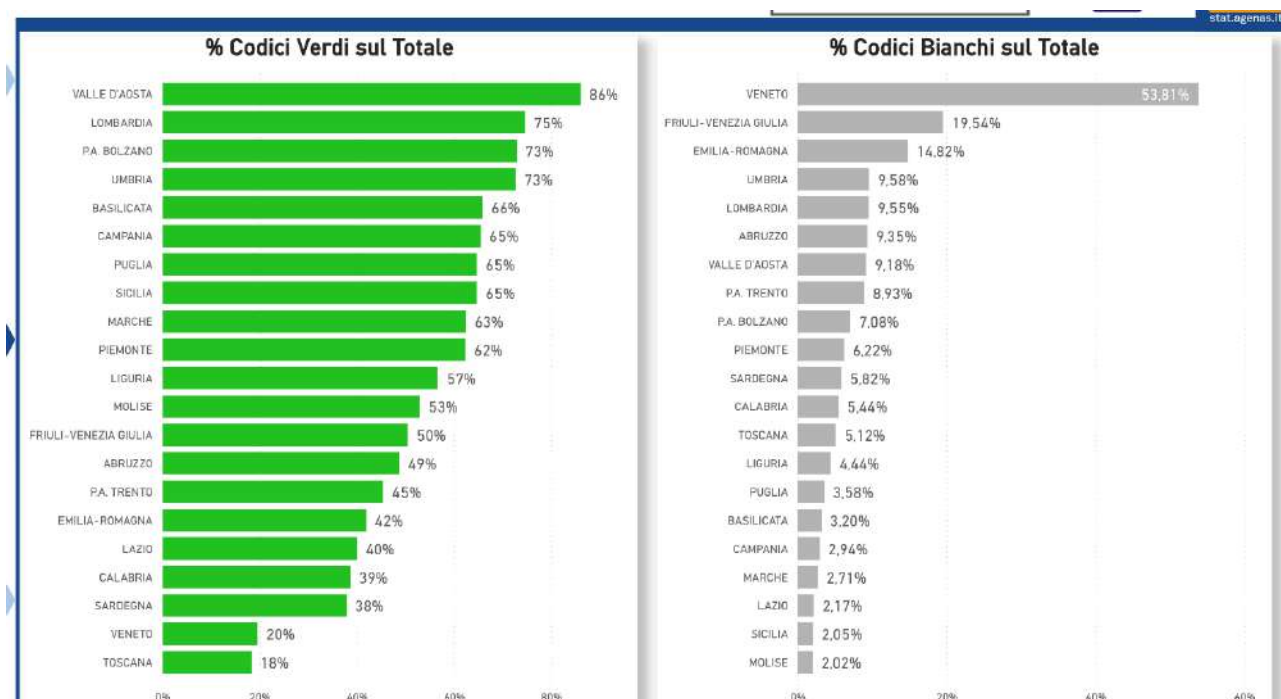
I numeri di Agenas sugli accessi in pronto soccorso nel 2022 confermano come i codici bianchi e verdi – che indicano casi di scarsa o nulla urgenza – rappresentano ancora una quota consistente degli accessi, tra l'altro con percentuali molto diverse tra le regioni. In Valle d'Aosta l'86% dei casi è verde, in Toscana appena il 18%. Il Veneto spicca per i codici bianchi: oltre la metà degli accessi. Nella gran parte dei casi i pazienti vengono dimessi a domicilio.

03 OTT -

Codici bianchi e verdi affollano i pronto soccorso italiani. Secondo i dati **Agenas** relativi al 2022, i casi classificati come minori continuano a pesare in maniera rilevante sugli accessi, contribuendo al sovraffollamento e rivelando al tempo stesso profonde differenze regionali oltre che carenze nel filtro dell'assistenza territoriale.

I **codici bianchi** si riferiscono a situazioni cliniche non urgenti, spesso inappropriate per il pronto soccorso, che potrebbero essere gestite dal medico di base o da strutture territoriali. I **codici verdi**, invece, identificano urgenze di minore gravità, che necessitano comunque di una valutazione sanitaria ma non presentano rischi immediati per la vita del paziente.

L'analisi Agenas evidenzia un'Italia a macchia di leopardo: la **Valle d'Aosta** guida la classifica con l'86% di accessi in codice verde, seguita da **Lombardia (75%)**, **Bolzano** e **Umbria (73%)**. In fondo troviamo la **Toscana (18%)** e il **Veneto (20%)**, con quote di verdi molto basse. Proprio il **Veneto** si distingue per l'anomalia dei codici bianchi: **53,8%**, un dato nettamente superiore rispetto a tutte le altre regioni, che oscillano tra il 2 e il 10%.



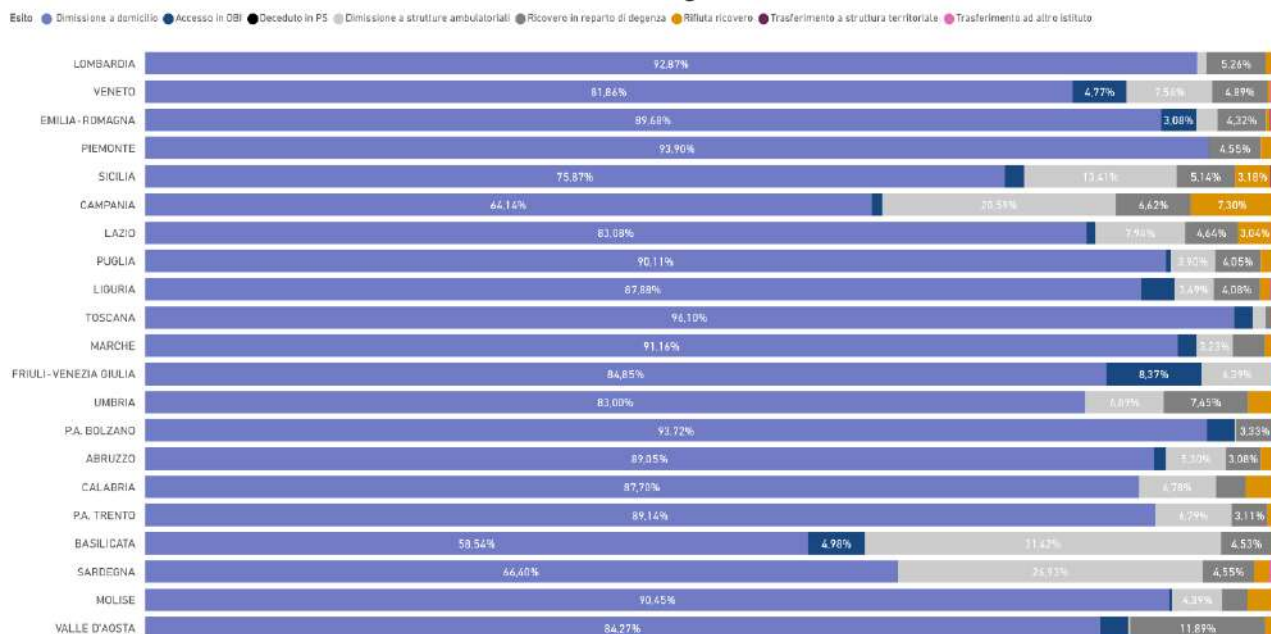
Sul fronte degli esiti, la regola è la **dimissione a domicilio**, che supera il 90% in regioni come **Toscana (96,1%)**, **Piemonte (93,9%)**, **Lombardia (92,8%)** e **Bolzano (93,7%)**.

Ci sono però regioni con percentuali molto più basse:

- In **Basilicata** solo il 58,5% dei pazienti viene dimesso subito, mentre oltre il 31% è inviato a strutture ambulatoriali.

- In **Sardegna** le dimissioni si fermano al 66,4% e oltre un quarto dei pazienti (26,9%) viene trasferito al territorio.
- In **Campania** la quota di dimissioni scende al 64,1% con un 20,5% di invii verso strutture territoriali e un 7,3% di rifiuti di ricovero.

Esito Trattamento con Codice di Triage alla visita Bianco e Verde



Questi dati confermano due aspetti cruciali: la persistenza di accessi impropri. Infatti, una quota significativa di cittadini continua a rivolgersi al pronto soccorso per problemi non urgenti, segno della difficoltà di intercettare la domanda sanitaria sul territorio.

Altro aspetto evidenziato: la disomogeneità regionale. Le grandi differenze nelle percentuali di codici e negli esiti evidenziano modalità di triage e capacità di presa in carico non uniformi sul territorio nazionale.

I dati dicono una cosa chiara: per ridurre la pressione sugli ospedali è necessario rafforzare la rete territoriale e uniformare i criteri di triage. Solo così sarà possibile evitare che il pronto soccorso continui a essere utilizzato come porta d'ingresso impropria al sistema sanitario, con effetti negativi sull'efficienza e sulla qualità delle cure.

https://www.quotidianosanità.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=132350

quotidianosanità.it

Dispositivi medici, spesa in crescita continua: tra il 2019 e il 2024 sfiorato il tetto di oltre 10 miliardi. E senza interventi il conto per le imprese rischia di superare i 5 miliardi

Negli ultimi sei anni la spesa per dispositivi medici ha superato stabilmente il tetto fissato al 4,4% del Fondo sanitario regionale, passando dal 5,6% del 2019 al 6,3% del 2024. Secondo le simulazioni, lo sfioramento complessivo ammonterebbe a 10,5 miliardi, metà dei quali da coprire con il meccanismo del payback. Il Governo ha istituito un Tavolo tecnico per valutare una revisione del sistema e del tetto di spesa.

15 OTT -

In attesa di capire se il Governo intenderà confermare o riformare l'istituto del payback e se vorrà rivedere il tetto di spesa per i dispositivi medici – tema attualmente all'esame di un Tavolo tecnico presieduto dal Ministro dell'Economia – i dati relativi agli ultimi sei anni offrono alcune indicazioni significative per le prossime scelte legislative.

L'analisi dell'andamento della spesa pubblicato dalla Corte dei Conti mostra infatti una crescita costante anche dopo il 2018, con uno sfondamento strutturale del tetto fissato al 4,4% del Fondo sanitario regionale (FSR). Dopo la forte accelerazione legata alla pandemia, dal 2021 al 2024 l'aumento è risultato più graduale ma continuo, in linea con il crescente fabbisogno di dispositivi medici. In rapporto al FSR, la spesa totale è passata dal 5,6% del 2019 al 6,3% del 2024.

Le differenze tra le regioni restano marcate. Pesano fattori strutturali e gestionali come le caratteristiche demografiche ed epidemiologiche, i diversi modelli organizzativi, la presenza di strutture private accreditate, il livello di adozione delle tecnologie innovative e la capacità di controllo della spesa pubblica.

SIMULAZIONE DEL PAYBACK SUI DISPOSITIVI MEDICI A LEGISLAZIONE VIGENTE RELATIVO AGLI ANNI 2019-2024

<i>(in milioni)</i>			
Regioni/PPAA	Scostamento totale (2019-2024)	Quota a carico delle imprese fornitrici	Composizione %
Piemonte	1.180	590	11,3
Valle d'Aosta	16	8	0,2
Lombardia	298	149	2,8
P.A. Bolzano	217	108,5	2,1
P.A. Trento	166	83	1,6
Veneto	1.363	681,5	13,0
Friuli V.G.	567	283,5	5,4
Liguria	316	158	3,0
E. Romagna	1.038	519	9,9
Toscana	1.216	608	11,6
Umbria	325	162,5	3,1
Marche	653	326,5	6,2
Lazio	108	54	1,0
Abruzzo	406	203	3,9
Molise	38	19	0,4
Campania	440	220	4,2
Puglia	875	437,5	8,3
Basilicata	60	30	0,6
Calabria	120	60	1,1
Sicilia	629	314,5	6,0
Sardegna	449	224,5	4,3
Totale	10.480	5.240	100,0
<i>RSO Nord</i>	<i>4.195</i>	<i>2.098</i>	<i>40</i>
<i>RSO Sud</i>	<i>1.939</i>	<i>969,5</i>	<i>19</i>
<i>RSO Centro</i>	<i>2.302</i>	<i>1.151</i>	<i>22</i>
<i>RSS Nord</i>	<i>966</i>	<i>483</i>	<i>9</i>
<i>RSS Sud</i>	<i>1.078</i>	<i>539</i>	<i>10</i>

Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati Ce

Considerando uno scenario a legislazione vigente, lo scostamento complessivo dal tetto di spesa per dispositivi medici accumulato dalle Regioni negli ultimi cinque anni – escludendo il 2020, non computato per effetto della pandemia – ammonterebbe a circa **10,5 miliardi di euro**, a fronte dei **4,4 miliardi** certificati nel quadriennio 2015-2018.

Applicando le regole attuali del payback, la quota a carico delle imprese produttrici sarebbe pari a circa **5,2 miliardi di euro**. Le Regioni del Nord Italia risulterebbero le più coinvolte, con circa **2 miliardi (40%)**, in particolare il Veneto (681 milioni) e il Piemonte (590 milioni). Seguono le Regioni del Centro con **1,15 miliardi (22%)**, di cui 608 milioni per la Toscana; il Sud con **964 milioni (19%)**, tra cui 437,5 milioni per la Puglia e 220 per la Campania; le Regioni a statuto speciale del Sud con **539 milioni (10%)** e quelle del Nord con **483 milioni (9%)**, quasi la metà dei quali imputabili al Friuli Venezia Giulia.

Va infine ricordato che, ai sensi della legge di bilancio 2022 (art. 1, comma 287), per gli anni 2020 e 2021 sono stati esclusi dal computo del limite di spesa i dispositivi medici acquistati dalle Regioni e dalle Province autonome per il contrasto all'emergenza Covid-19, rientranti nell'elenco della Presidenza del Consiglio dei Ministri dedicato agli "Acquisti di dispositivi e attrezzature per il contrasto all'emergenza Covid-19".

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=132622

IL DIRETTORE MEDICO DEL FUTURO: NASCE LA "CARTA DI TORINO"

Gianfranco Finzi, *Presidente di ANMDO*

Nel corso del 50esimo Congresso Nazionale di ANMDO, l'Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere, nata nel 1947 (la più antica associazione medica della Repubblica italiana), svoltosi a Torino in questo mese di ottobre, è stata approvata la Carta di Torino 2025 sulle nuove ed ulteriori competenze del Direttore Medico di Presidio Ospedaliero e del Direttore Sanitario.

ANMDO, in questi cinque decenni, ha accompagnato culturalmente l'evoluzione organizzativa del Sistema Sanitario Italiano, il suo passaggio dalla mutualità alla universalità, la scelta della aziendalizzazione e la regionalizzazione. Ugualmente ANMDO ha accompagnato scientificamente l'evoluzione dell'Ospedale sia dal punto di vista architettonico, che gestionale, contribuendo a far crescere la cultura dell'organizzazione ospedaliera in Italia.

Quest'anno, ANMDO, ha voluto proporre a tutti una riflessione sulla formazione, le competenze, le attribuzioni, le sfide che, già oggi, e a maggior ragione nei prossimi decenni, i Direttori Medici di Presidio Ospedaliero, assieme alle altre professioni sanitarie, sono e saranno chiamati a padroneggiare ed affrontare nel prossimo futuro.

In particolare il dibattito che coinvolge anche le direzioni strategiche, esplora i modelli di leadership ospedaliera che siano capaci di adattarsi meglio alle radicali trasformazioni che attraversano la Sanità e che, di conseguenza, richiedono un "cambio di passo" culturale e tecnico per innestarsi consapevolmente ed efficacemente in orizzonti strategici, manageriali, clinici in rapidissima evoluzione.

Il decalogo sul "Direttore Medico del Futuro" ha l'ambizione di essere uno strumento utile per navigare nelle complessità crescenti di un ruolo che è chiamato ad adeguarsi alle trasformazioni radicali e accelerate in ogni aspetto della vita, guidate da progressi tecnologici, mutazioni sociali e sfide globali come pandemie e crisi ambientali.

Fin dalla sua Fondazione nel 1947, ANMDO si è proposta di promuovere la professionalità, la deontologia e l'autonomia dei Direttori Medici di Presidio Ospedaliero.

A distanza di 78 anni e in presenza di evoluzioni velocissime ed inarrestabili, guidate da una serie di fattori che stanno ridefinendo l'intero sistema (*dai modelli di cura alla relazione tra medico e paziente, dalle innovazioni tecnologiche, ai cambiamenti demografici alle nuove esigenze dei cittadini, dall'intelligenza artificiale, ai big data, all'ecosostenibilità, alla robotica nella pratica clinica ed assistenziale*), ANMDO ha ritenuto di doversi interrogare sulle nuove competenze necessarie a guidare sistemi così complessi, ma soprattutto ribadire la centralità e la leadership del DMPO nel governo di una transizione che richiede figure capaci di "immaginare ed anticipare" l'innovazione, cogliendo e governando il cambiamento in essere, con nuove competenze ed accreditandosi non più solo per l'esperienza maturata sul campo, ma come promotore e guida di processi e percorsi di cura sempre più articolati.

Quindi, un "architetto dei percorsi di cura", capace di interpretare un ruolo nuovo, che richiede qualità personali e professionali molto diverse dal profilo che lo ha connotato per decenni e che, in assenza di questo cambiamento radicale di ruolo, competenze e mentalità, rischia di essere sopraffatto o soffocato dalle nuove ed emergenti professionalità.

In questa prospettiva, il DMPO, a differenza del Direttore Sanitario Aziendale, sarà chiamato sempre più ad interpretare, gestire, assemblare informazioni e set di dati complessi per orientare e governare l'Ospedale e renderlo idoneo a rispondere a complessità e a livelli di integrazione crescenti con le componenti territoriali dell'offerta sanitaria.

Un paradigma sostanzialmente diverso dalla figura delineata con il DPR 484, che aveva circoscritto le prerogative del DMPO all'ambito dell'Igiene e dell'organizzazione ospedaliera: oggi le nuove frontiere della Direzione Medica di Presidio Ospedaliero si "chiamano":

- Big Data
- Robotica
- Intelligenza artificiale e nuove questioni etiche
- Domotica (telemedicina, cartelle cliniche elettroniche, sistemi di telemonitoraggio)
- Ospedale al domicilio
- Gestione del rischio
- Rapporto con le nuove professioni
- Interdipendenza fra sistemi in logica "one health"
- Gestione della crisi

In sintesi, il Direttore Medico di Presidio di oggi e dei prossimi decenni dovrà essere un leader visionario, un manager esperto e un innovatore digitale, capace di guidare l'ospedale non solo verso l'efficienza operativa, ma verso un futuro in cui tecnologia e umanizzazione si fondono per offrire servizi e cura sempre più personalizzati ed evoluti.

La Carta di Torino, senza alcuna pretesa di essere completamente esaustiva, ha tuttavia l'ambizione di rappresentare l'evolutivezza e la complessità degli scenari con cui la Direzione Medica di Presidio Ospedaliero dovrà misurarsi, in un contesto permeato, al tempo stesso, da paradigmi consolidati e da accelerazioni rapidissime (dei processi, delle tecniche, dei nuovi orientamenti clinici, assistenziali ed organizzativi).

Un decalogo che non si limita, quindi, a descrivere buone prassi o elencare un set di competenze, ma una piccola "bussola" per orientare la formazione e la leadership del Direttore Medico Ospedaliero dei prossimi decenni e tracciarne la rotta.

È un decalogo che non va letto "d'un fiato" e che riteniamo meriti di essere metabolizzato. Forse il primo approccio susciterà percezioni contrastanti: da un lato, che si tratti di un'evoluzione di ruolo e di competenze troppo visionaria o plasmata su Strutture ospedaliere di altissima complessità, apparentemente decontestualizzate dalla realtà del nostro Paese.

Dall'altro però, è opinione diffusa che non sia più sufficiente acquisire le competenze che sono rilevanti oggi; è fondamentale anticipare quelle che lo saranno domani., perché le trasformazioni e le accelerazioni in tutti i contesti hanno dinamiche e velocità imprevedibili e tempi di reazione immediati.

Assumersi la responsabilità di proporre una nuova *vision* dell'organizzazione ed attuarla nel concreto delle proprie realtà, non significa reagire al cambiamento, ma anticiparlo. Le competenze del futuro sono quelle che ci permetteranno di navigare ed operare in un panorama in continua trasformazione, dominato da intelligenza artificiale, automazione, sostenibilità e globalizzazione.

Il vantaggio competitivo, nella dinamica evolutiva dei nostri attuali ospedali, sta nella capacità di dettare la direzione del cambiamento e renderlo possibile, agendo anche fuori dagli schemi per affrontare le sfide future, con nuove idee, nuove soluzioni organizzative e nuovi servizi, con una resilienza di fronte alle crisi che solo 10 anni fa era inimmaginabile.

In sintesi: questo decalogo di competenze non è una lista di "cosa fare o da sapere", ma una *roadmap* di suggestioni e di traiettorie di una Sanità sempre più complessa e di competenze necessarie per poterla governare.

Perché senza una vision (anche immaginifica o provocatoria) un decalogo rischierebbe di essere solo una lista di competenze che diventeranno "obsoleto" nel giro di pochi anni.

La "visione" che la "Carta di Torino" delinea, trasforma un elenco statico in una strategia dinamica per il successo e per dare nuovi stimoli ad una professione complessa, difficile, spesso "sotto attacco", ma pur sempre indispensabile per continuare a garantire ai nostri ospedali, ai pazienti e a nostri professionisti,

- Promozione della qualità e sicurezza,
- Accesso universalistico alle cure,

- Tutela della dignità dei malati e autonomia della professione,
- Innovazione,
- Promozione di una cultura organizzativa basata su rispetto, collaborazione e trasparenza.

ANMDO invita tutte le Istituzioni Sanitarie, le ASL, le Regioni e gli altri EE.LL., a voler recepire la Carta Di Torino anche con atti formali che permettano la miglior diffusione del dibattito sul DMPO e, di converso, sul futuro del Sistema Sanitario Italiano.

Solo attraverso un approccio collaborativo e strategico si potranno vedere i benefici desiderati nel miglioramento della qualità dell'assistenza e nella gestione delle risorse sanitarie nei prossimi 50 anni.

Bibliografia

La Carta di Torino, Quaderni di Direzione Sanitaria N.3-Anno II,
A cura di : L.Bertinato, L.Blandi, G.Mazzi e G.Pellisero, settembre 2025

LA CARTA DI TORINO

DECALOGO DELLE NUOVE COMPETENZE DEL DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO OSPEDALIERO E DIRETTORE SANITARIO DEL FUTURO

1. PRENDERSI CURA DEL PAZIENTE DEL FUTURO

Il DMPO/DS dovrà essere capace di orientare la presa in carico – in presenza, a distanza o attraverso le reti sociali – di pazienti sempre più consapevoli, ma anche sempre più anziani, fragili, soli e affetti da molteplici malattie cronico-degenerative e disabilità, o da disturbi della salute mentale ad esordio sempre più precoce. Il paziente sarà sempre più connesso, anche tramite dispositivi indossabili, e dovrà poter accedere ai dati del proprio programma di cura tra ospedale e territorio. Il DMPO/DS, a fronte di una popolazione multietnica, dovrà essere in grado di cogliere l'evoluzione dei percorsi di cura nell'organizzazione ospedaliera, con attenzione agli usi, costumi, abitudini e religioni eterogenee di pazienti e operatori.

2. LA GOVERNANCE DELLA SANITÀ DIGITALE E DELLA INTELLIGENZA ARTIFICIALE IN OSPEDALE

La sanità digitale ricomprende tutte le tecnologie di comunicazione e informazione che permettono il miglioramento dell'efficienza, efficacia e accessibilità del Servizio Sanitario Nazionale, tra cui telemedicina, ospedale digitale, virtuale e del metaverso, anche attraverso la trasformazione tecnologica dei servizi mediante l'uso dell'Intelligenza Artificiale (IA).

Pertanto, il DMPO/DS necessita di ulteriori competenze per governare la tumultuosa innovazione in sanità, tra cui: conoscere e comprendere i concetti fondamentali dell'IA per interagire efficacemente con i sistemi intelligenti allo scopo di assumere decisioni organizzative e cliniche competenti, integrandoli con l'intelligenza umana; acquisire consapevolezza etica e regolatoria per comprendere e gestire le implicazioni etiche, legali e sociali dell'uso della sanità digitale. In qualità di garante dell'equità, dell'appropriatezza e della formazione tecnica ed etica del personale, il DMPO/DS deve saper orientare l'attività dei professionisti incaricati di supervisionare lo sviluppo e l'adozione delle tecnologie di sanità digitale, nel rispetto dell'evoluzione normativa delle policy di digital risk management.

3. I NUOVI TRASPORTI SANITARI CON L'UTILIZZO DEI DRONI, DEI DRONI-AMBULANZA E DI ALTRI TRASPORTI SANITARI SMART, CON LE RELATIVE IMPLICAZIONI ANCHE SUGLI SPAZI COMUNALI DA DEDICARE;

I nuovi trasporti sanitari con l'utilizzo di droni rappresentano una soluzione innovativa e rapida per il trasporto di pazienti, di materiale medico, farmaci e organi. L'uso di droni ha implicazioni nello sviluppo delle reti tempo-dipendenti e nei rapporti con le istituzioni locali, tra cui la gestione dello spazio aereo, la sicurezza e le infrastrutture per consentire il decollo, l'atterraggio e la ricarica dei droni. Il coordinamento con l'elisoccorso, le ambulanze, ed ulteriori trasporti smart (come trasporti ad automazione robotica o con

robot umanoidi) è parte delle competenze nuove del DMPO.

4. L'EVOLUZIONE TECNOLOGICA E L'INTRODUZIONE DEI ROBOT NEL- LA PRATICA CLINICA ED ASSISTENZIALE IN RELAZIONE ALL'ETICA PROFESSIONALE DEL FUTURO

Nell'introduzione di nuove tecnologie robotiche, saper preservare e diffondere i concetti di qualità, etica e umanizzazione delle cure, affinché i clinici ed i pazienti comprendano che la tecnologia è e resta uno strumento a supporto dell'attività clinica e non un sostituto delle competenze umane e professionali.

Assicurare equità di accesso alle tecnologie innovative per evitare disuguaglianze nei percorsi diagnostici e terapeutici.

Garantire un controllo sistematico sulle decisioni, affinché queste ultime non vengano demandate alla tecnologia, preservando un corretto equilibrio tra l'innovazione e la salvaguardia dei valori fondamentali dell'etica medica, anche attraverso l'aggiornamento dei codici deontologici con riferimento a bioetica, nuove tecnologie, giustizia ed equità d'accesso.

5. LA GESTIONE DEL NUOVO PARADIGMA DELL'INTEGRAZIONE TRA OSPEDALE E TERRITORIO, ANCHE PADRONEGGIANDO TECNOLOGIE QUALI AD ESEMPIO L'INTEGRAZIONE TRA LA ROBOTICA OFFERTA IN OSPEDALE E L'INTEGRAZIONE CON LA DOMOTICA OFFERTA A DOMICILIO;

Acquisire le competenze per coordinare l'uso, le attività e le interazioni umane dei c.d. Robot umanoidi e/o collaborativi (per la consegna di farmaci, materiali e attrezzature in ospedale), la loro integrazione dentro l'ospedale e la connessione tra le UO ospedaliere con le strutture intermedie, le RSA e le cure primarie del territorio, anche utilizzando appositi navigatori che traccino i pazienti e - in tempo reale - comunichino con sistemi mobili in possesso del DMPO/DS.

6. LA GARANZIA DELLA QUALITÀ E DEL RISCHIO CLINICO (COME ANCHE DIGITAL RISK MANAGEMENT) NELL'INTRODUZIONE E VALUTAZIONE DELLE DIROMPENTI INNOVAZIONI TECNOLOGICHE E DELL'EVOLUZIONE DEGLI SCENARI SISTEMICI

Le tecnologie dirompenti hanno condotto allo sviluppo di servizi anche digitali, che sono il principale bersaglio degli hacker per il valore che ricoprono i dati sanitari. Il DMPO/DS deve ampliare la propria visione ai nuovi ambiti del digital risk management, conoscendo le caratteristiche peculiari delle tecnologie digitali di cui dispone il proprio ospedale.

7. COMUNICAZIONE CON I NUOVI STRUMENTI

La comunicazione riveste un ruolo centrale per il governo di un ospedale e impatta sulla qualità delle cure, la sicurezza dei pazienti e il benessere del personale, aumentando il senso di appartenenza e la disponibilità a collaborare. Al tempo stesso, pur non esistendo attualmente nel percorso formativo consolidato, il DMPO/DS dovrà sviluppare competenze di comunicazione del rischio (in particolare nell'ambito di un evento emergenziale), di advocacy e comunicazione di una crisi aziendale, e di gestione delle crisi mediatiche.

8. IL RAPPORTO DEL DMPO/DS CON LE NUOVE PROFESSIONI

Nel prossimo futuro l'assistenza sanitaria registrerà un'evoluzione di diverse professioni sanitarie (infermieri di anestesia, specialisti nella teleassistenza da remoto, professionisti capaci di integrare l'uso dell'IA nell'assistenza, specialisti nell'analisi dei big data, manager di ospedali virtuali, consulenti epigenetici, piloti di droni, e molti altri) e non sanitarie (health data manager, data and digital expert, machine learning specialist, bioinformatici, pilota di droni per trasporti sanitari, e molti altri). Il DMPO/DS, consapevole di questa evoluzione, dovrà conoscere e saper integrare queste nuove professioni nell'organizzazione dei futuri servizi sanitari.

9. IL DMPO/DS E IL SUO CONTRIBUTO ALL'ECOSOSTENIBILITA' AMBIENTALE A VALERE SULLA COSTRUZIONE O RISTRUTTURAZIONE DI OSPEDALI IN OTTICA GREEN, SULL'UTILIZZO DI NUOVI MATERIALI E DI NUOVE ENERGIE, SUL CONTENIMENTO DELLE EMISSIONI E DEGLI SMALTIMENTI

Il DMPO/DS ricopre un ruolo strategico nella promozione di un ospedale ecologicamente sostenibile attraverso soluzioni a basso impatto ambientale, in linea con le migliori pratiche internazionali, attraverso la sensibilizzazione di tutto il personale su questi obiettivi. Dalla promozione dell'utilizzo di farmaci e dispositivi medici a minor impatto ambientale, all'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse idriche ed energetiche, allo smaltimento corretto ed efficiente dei rifiuti, il DMPO/DS è promotore della collaborazione fra tutte le figure coinvolte al fine di condividere soluzioni eco-sostenibili e comportamenti più responsabili.

10. GESTIONE AZIENDALE NEI MOMENTI DI CRISI

Le crisi sono eventi improvvisi e inaspettati (ma anche crisi istituzionali, finanziarie o di prodotto) che minacciano di provocare un'interferenza con la normale operatività dell'azienda e che non consentono la loro gestione con modalità ordinarie. Il DMPO/DS dovrà essere in grado di identificare precocemente i potenziali rischi nell'area di competenza e gli eventi critici (catastrofi naturali, incidenti tecnologici, epidemie, ondate di calore, manifestazioni caratterizzate da grandi afflussi).

Inoltre, grazie alla capacità di programmare piani di emergenza con interventi dettagliati in termini di ruoli, responsabilità, procedure operative, dovrà realizzare gli interventi previsti e garantire la continuità operativa durante la crisi in funzione delle risorse ancora disponibili.

Quarta Indagine Nazionale

sullo stato di attuazione delle
Reti Tempo-dipendenti

Rapporto su dati 2023

22/10/2025



agenas.s.

AGENZIA NAZIONALE PER
I SERVIZI SANITARI REGIONALI

Sommario

1. Introduzione	5
2. Materiali e metodi	6
2.1 Questionario di rilevazione e valutazione	6
2.2 Anagrafica delle strutture ospedaliere delle Regioni/PA	10
2.3 Indicatori	11
2.4 Indici Sintetici Complessivi di Valutazione (ISCO) per Rete	13
2.4.1 ISCO Rete Cardiologica per l'emergenza	13
2.4.2 ISCO Rete Ictus	15
2.4.3 ISCO Rete Trauma	17
2.4.4 ISCO Rete dell'Emergenza-Urgenza	19
3. Risultati	21
3.1 Livello Nazionale	21
3.1.1 Questionario di rilevazione e valutazione	26
3.1.2 Indicatori	31
3.1.3 Indici Sintetici Complessivi di Valutazione (ISCO) per Rete	81
3.1.4 Conclusioni valutazione nazionale sullo stato di attuazione delle Reti Tempo-dipendenti	84
APPENDICE	88
Premessa	88
Protocolli degli indicatori	88

National health emergency alert and response framework



Contents

Foreword	iv
Glossary	v
Acronyms	vi
Aim of this document	1
Context	3
Methodology	5
Approach	7
National and international emergency coordination	11
Considerations for humanitarian settings	15
Actions for early detection, alert and response in health emergencies	17
Event detection and verification	17
Event alert and notification	17
Risk assessment	18
Situational analysis	20
Emergency response	22
Emergency response reviews and the integration of performance metrics	28
In the event of a PHEIC, or a Pandemic PHEIC	39
Annex 1: Risk assessment methodology for Member States	41
Annex 2: Description of functions within a health response IMS	43
Annex 3: National response checklist and tools for emergency response	47

Distretti. La Card verso il modello della “Comunità che cura” per una sanità più vicina alle persone

La Confederazione rilancia il ruolo del territorio come motore della sanità di prossimità. Cure domiciliari, telemedicina e nuovi modelli di integrazione socio-sanitaria i punti di forza. Antonino Trimarchi eletto Presidente per il prossimo triennio, annuncia un “patto trigerazionale” per rafforzare la rete dei distretti e la cultura della cura reciproca.

“Camminiamo insieme per dar vita alla Comunità che cura, nel Distretto della Comunità”.

Questa il messaggio che arriva dalla Card – Confederazione delle Associazioni Regionali dei Distretti riunita per il XXIII Congresso Nazionale. Una Confederazione che punta a portare alla ribalta i diversi territori regionali del Paese.

“Il sistema territoriale nell’osservatorio Card – ha dichiarato il Presidente Nazionale **Gennaro Volpe** – è in movimento positivo. Moltissimi distretti sono dinamici e vivaci: è facile osservare idee, progetti e azioni concrete in movimento, con innovazioni portate avanti da professionisti motivati. Questo nonostante le ben note difficoltà: carenza di personale, risorse limitate, differenze normative regionali ed altro”.

Cure domiciliari: innovazione e continuità

In molte Regioni, oltre al raggiungimento dell’obiettivo Pnrr/Dm 77 del 10% di presa in carico degli ultra 65enni, emerge una fase di rinnovamento profondo del sistema delle Cure domiciliari, sempre più orientato a offrire assistenza di qualità anche nei casi complessi, che molte regioni ritengono più coerente verso i bisogni rispetto al mero approccio e target prestazionale. Tutte le esperienze di rilievo realtà territoriali, tra tante: le cure palliative a domicilio, in costante espansione; le dimissioni protette e la continuità ospedale-territorio, anche avvalendosi della COT, vero snodo di regia e coordinamento tra i diversi attori del sistema di continuità; la telemedicina, che da strumento emergenziale diventa parte integrante dei percorsi di cura, migliorando accessibilità e tempestività.

Distretti e nuove sfide di salute

Tra le “best experiences” realizzate, figurano progetti e percorsi riconducibili a tre macro-aree di lavoro: disagio psichico adolescenziale, fenomeno in allarmante crescita dopo il periodo pandemico; gestione delle liste di attesa per le prestazioni specialistiche, tema che senza un governo di domanda e offerta demandato al Distretto sarà di difficile soluzione; tutela della salute dei soggetti più fragili, come grandi anziani e persone detenute, altro ambito specifico demandato ai Distretti.

“In ciascuna di queste esperienze – spiega la Card – si evidenzia una grande sensibilità verso i nuovi bisogni di salute, affrontati attraverso azioni multiprofessionali, intersettoriali e interdisciplinari. Il ruolo degli infermieri di famiglia e di comunità, dei medici di medicina generale, dei servizi sociali dei Comuni e del Terzo Settore è sempre più centrale e integrato. Ne emerge con forza il Distretto come irrinunciabile ‘soggetto coordinatore-integratore’, che va dotato di competenze specifiche (risorse) e di capacità di coordinamento esplicite”.

Nuova Presidenza Card: un patto trigerazionale per la comunità che cura La Card rinnova anche il Consiglio Nazionale. È stato che eletto il nuovo Presidente **Antonino Trimarchi** (Presidente CARD Veneto e da anni membro del Centro Studi), che per un triennio dal prossimo gennaio, succederà a Gennaro Volpe, alla guida della Confederazione per nove anni consecutivi. La nuova Presidenza Nazionale si avvale dei nuovi Vice Presidenti: **Rosella Squicciarini** (CARD Puglia) Vicepresidente per il Sud, **Luigi Rossi** (CARD Toscana)

Vicepresidente per il Centro. **Roberta Pennazio** (CARD Liguria) è la nuova Segretaria e **Valeria Trabacchi** (CARD Emilia-Romagna) Tesoriere.

“Grazie al lavoro svolto in questi anni la nuova Presidenza può contare su una Card presente in tutte le Regioni, arricchita da nuove leadership giovani – ha detto il neo-Presidente Trimarchi – intendo proseguire in continuità e dare ancora maggiore spazio alla collegialità, rafforzare l'alleanza trigenerazionale e rinforzare una cultura di cura reciproca: dobbiamo prenderci cura di chi si prende cura superando ogni esitazione sulla sostenibilità economica del Ssn pubblico: non possiamo non permettercelo.”

Dal “Distretto delle cose” al “Distretto delle persone”

Proposta infine come ampliamento della visione distrettuale, l'idea di trovare un nuovo senso al concetto di cura (“care”), portandosi verso pratiche di allargata partecipazione e condivisione. Una “cura condividente” che unisca caregiver, professionisti e persone assistite (“care recipients”) in un sistema di “care sharing” in cui tutti siano soggetti attivi con un medesimo fine. La prima finalità per la Card, concludono Volpe e Trimarchi, resta rafforzare le cure casa, anche costruendo una Comunità che cura, in cui tutte le forze e le risorse del territorio si integrino dinamicamente per offrire risposte personalizzate, continue e coerenti ai bisogni in costante evoluzione delle persone e delle famiglie.

“Solo attribuendo al Distretto la funzione centrale delle cure primarie sarà possibile affrontare insieme le nuove sfide che in esse troviamo rispetto alla promozione e tutela della salute mentale, della salute della donna e degli adolescenti; alla riabilitazione; all'attenzione dovuta alle persone in carcere”.

https://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=132964

quotidianosanità.it

Medici di famiglia, pediatri e specialisti ambulatoriali. Al via le trattative per il rinnovo delle convenzioni. Più flessibilità, sostegno ai giovani e ruolo centrale delle Case di Comunità. Ecco l'Atto d'Indirizzo

Luciano Fassari

Tra le novità: orari più flessibili, supporto ai giovani medici nelle AFT e risorse per il funzionamento delle Case di Comunità in linea con il PNRR. Obiettivo chiudere subito l'Acn 2022-2024 per rinviare alla prossima tornata contrattuale i temi più complessi.

13 OTT -

Dopo il via libera del Comitato di Settore all'Atto d'Indirizzo, la SISAC aprirà il 15 ottobre il tavolo negoziale sul rinnovo degli accordi 2022-2024 con medici di medicina generale, pediatri e specialisti ambulatoriali. Tra le novità: orari più flessibili, supporto ai giovani medici nelle AFT e risorse per il funzionamento delle Case di Comunità in linea con il PNRR.

“Con l'apertura del tavolo, auspichiamo che si possa giungere con celerità alla sottoscrizione dell'accordo nazionale per il triennio 2022-2024, rinviando alla successiva tornata contrattuale 2025-2027 i temi di maggiore complessità”, ha dichiarato il Presidente della Conferenza delle Regioni e Province autonome, **Massimiliano Fedriga**, intervenendo in video messaggio al Congresso nazionale FIMMG in corso a Cagliari.

Nell'atto di indirizzo, che *Quotidiano Sanità* ha potuto visionare, si puntano a introdurre maggiore flessibilità organizzativa e sostegno ai giovani professionisti. In particolare, viene previsto che i medici titolari di incarico a tempo indeterminato forniscano supporto ai colleghi che frequentano i primi anni del corso di formazione

in medicina generale e che operano con incarichi temporanei nelle stesse AFT. Si apre inoltre alla possibilità di modulare gli orari di lavoro, tenendo conto della crescente presenza di donne nella professione.

Sul fronte economico, le risorse destinate al triennio 2022-2024 – come si legge nella tabella allegata all’atto – derivano principalmente dalle leggi di bilancio 2021 e 2023, per un incremento complessivo fino al 5,78% nel 2024. Il 70% delle somme andrà all’adeguamento delle quote capitarie e orarie, mentre il restante 30% sarà destinato alla remunerazione degli obiettivi delle AFT, con particolare attenzione al funzionamento delle Case di Comunità e agli obiettivi di salute pubblica, inclusi progetti di screening regionali.

Infine, l’atto dispone l’eliminazione della “procedura SISAC” per l’assegnazione di incarichi a professionisti provenienti da regioni non confinanti e la ridefinizione dei comitati paritetici della specialistica ambulatoriale, per uniformare la governance contrattuale ai settori della medicina generale e pediatria.

https://www.quotidianosanità.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=132620

quotidianosanità.it

Medici di famiglia e pediatri sempre meno numerosi: in dieci anni persi oltre 8 mila professionisti. Ed è allarme pensionamenti

Luciano Fassari

Nel decennio 2013-2023 i medici di medicina generale si sono ridotti di 7.220 unità e i pediatri di libera scelta di quasi mille. Oggi in Italia ci sono 68,1 MMG ogni 100mila abitanti, meno della Germania e molto meno della Francia. Intanto cresce il rapporto cittadini/medico e incombe la “gobba pensionistica”: oltre 20 mila uscite previste entro il 2035. Aumentano le borse di formazione, ma restano dubbi sulla tenuta del sistema di cure primarie.

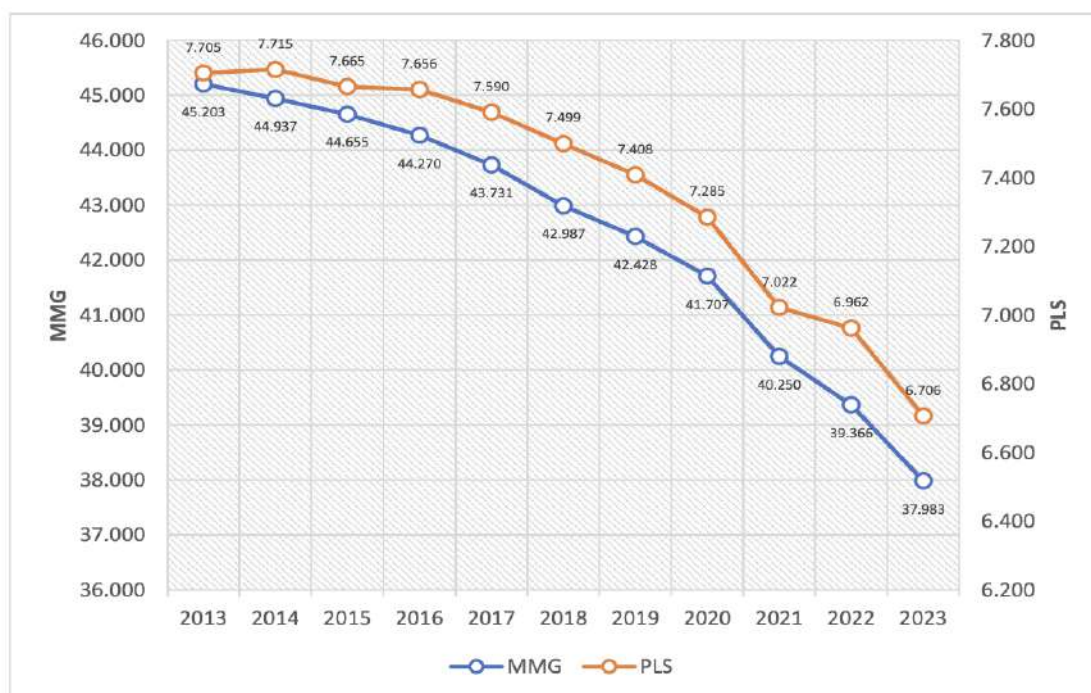
06 OTT -

Il Servizio sanitario nazionale rischia di trovarsi a breve senza un’adeguata rete di assistenza primaria e abbiamo visto come già questo sia un problema con numerosi [accessi impropri ai Pronto Soccorso](#). I [dati Agenas](#) sul personale del SSN evidenziano un calo costante di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta: dai 45.203 MMG del 2013 si è scesi a 37.983 nel 2023, mentre i pediatri sono passati da 7.705 a 6.706 nello stesso periodo. Una contrazione che pesa sulla capacità del sistema di garantire prossimità e continuità delle cure, proprio mentre aumenta l’età media dei professionisti e si avvicina l’ondata dei pensionamenti.

Un quadro in peggioramento

Il confronto europeo è eloquente: l’Italia conta 68,1 MMG ogni 100mila abitanti, contro i 72,8 della Germania e i 96,6 della Francia. In parallelo cresce il numero di assistibili per ciascun medico: nel Lazio si passa da 0,92 MMG per mille abitanti del 2019 a 0,83 nel 2023; in Lombardia da 0,72 a 0,62; in Campania addirittura da 0,86 a 0,73. Anche per i pediatri la riduzione è diffusa, con un peggioramento del rapporto bambini/pediatra in quasi tutte le regioni.

Figura 14: MMG e PLS dal 2013 al 2023



Fonte. Elaborazione Agenas su Annuario Statistico del SSN e ISTAT 2023

Tabella 18: Rapporto tra cittadini assistibili e Numero di medici di medicina generale (MMG) e PLS per regione

REGIONE	2019				2023			
	MMG	MMG/1.000 ab	PLS	PLS/1.000 ab	MMG	MMG/1.000 ab	PLS	PLS/1.000 ab
ABRUZZO	1.078	0,98	166	0,86	950	0,87	130	0,71
BASILICATA	475	1,01	60	0,74	443	0,96	54	0,73
CALABRIA	1.496	0,94	256	0,84	1.263	0,81	221	0,77
CAMPANIA	4.037	0,86	754	0,75	3.396	0,73	701	0,74
EMILIA ROMAGNA	2.949	0,78	615	0,88	2.673	0,71	565	0,85
FRIULI V. GIULIA	809	0,78	121	0,69	712	0,69	112	0,68
LAZIO	4.462	0,92	773	0,85	4.023	0,83	727	0,84
LIGURIA	1.139	0,86	165	0,81	994	0,76	157	0,79
LOMBARDIA	6.091	0,72	1.165	0,72	5.277	0,62	1.062	0,68
MARCHE	1.094	0,85	174	0,76	946	0,75	151	0,71
MOLISE	258	1,00	36	0,87	241	0,96	29	0,76
PIEMONTE	2.952	0,80	401	0,63	2.732	0,75	352	0,58
P. A. BOLZANO	284	0,66	63	0,63	292	0,67	56	0,57
P. A. TRENTO	340	0,75	72	0,77	330	0,72	68	0,77
PUGLIA	3.260	0,98	559	0,89	2.811	0,85	500	0,85
SARDEGNA	1.147	0,82	187	0,86	961	0,70	140	0,70
SICILIA	4.000	0,99	721	0,89	3.654	0,91	580	0,75
TOSCANA	2.622	0,83	438	0,80	2.814	0,90	474	0,92
UMBRIA	728	0,98	115	0,89	635	0,87	103	0,85
VALLE D'AOSTA	84	0,80	16	0,82	72	0,69	11	0,60
VENETO	3.123	0,76	551	0,71	2.764	0,67	513	0,70
Totale complessivo	42.428	0,85	7.408	0,79	37.983	0,76	6.706	0,75

Fonte: Elaborazione Agenas su Annuario Statistico del SSN e ISTAT anni 2019-2023. MMG per popolazione dai 18 anni e PLS < 18 anni

Pensionamenti in arrivo

Secondo le stime Agenas, al 31 dicembre 2023 erano attivi 57.176 medici nel ruolo unico di assistenza primaria. Considerando che il 39,5% ha più di 55 anni, entro il 2035 lasceranno il servizio circa 20.500 professionisti, pari a oltre 1.700 all'anno. Uno scenario che rischia di aggravare la già critica disponibilità di medici di famiglia e pediatri.

Le risposte: più borse, ma basteranno?

Un tentativo di inversione di rotta arriva dal rafforzamento della formazione. Grazie anche ai fondi PNRR, le borse destinate alla formazione dei medici di medicina generale sono aumentate di 900 unità nel quinquennio 2020-2025, raggiungendo quota 2.228 nel 2025. In totale, dal 2020 al 2025 sono state finanziate 15.830 borse. Un impegno significativo, ma che rischia di non essere sufficiente a colmare il gap tra uscite e nuovi ingressi, soprattutto in assenza di misure per rendere più attrattiva la professione.

Il nodo della prossimità

Il nuovo Accordo collettivo nazionale ha introdotto il "ruolo unico di assistenza primaria", con incarichi a tempo pieno fino a 38 ore settimanali e funzioni estese al governo del processo assistenziale, alla continuità delle cure e al perseguimento degli obiettivi di salute della comunità. Ma senza un adeguato ricambio generazionale e strumenti di incentivo, la rete rischia di restare fragile.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=132394

welforum.it Osservatorio nazionale
sulle politiche sociali

Le Centrali Operative Territoriali: rischio di sovrastrutture vuote

L'esperienza positiva dell'ASL Città di Torino

Franco Cirio, Sara Razzetti, Marcella Rivolta, Fabiano Zanchi

Report

La riorganizzazione dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale, prevista dal DM 77 del 2022, prevede una nuova articolazione di servizi di prossimità al luogo di vita dei cittadini con Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali (COT), potenziamento delle Cure domiciliari e dell'Infermiere di Famiglia o Comunità¹.

Le Centrali Operative Territoriali, secondo il DM 77/2022, svolgono "una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogano con la rete dell'emergenza-urgenza". Non costituiscono un'interfaccia diretta con il cittadino, ma rappresentano un punto di riferimento per i Servizi/Professionisti sanitari e sociali che richiedono l'attivazione di percorsi di cura.

Su [Quotidiano Sanità, il 24 gennaio 2025, un articolo del GIMBE](#) evidenziava la preoccupazione che "Sebbene sia stato raggiunto il target europeo di almeno 480 COT pienamente funzionanti, ... ad oggi non è disponibile pubblicamente la relativa distribuzione regionale..., indispensabile per monitorare l'equità territoriale. In un momento storico caratterizzato da una grave carenza di infermieri nel SSN, l'effettiva operatività delle COT rischia di essere compromessa".

Nella stessa giornata, il [Ministero della Salute, con un comunicato stampa](#), ribadiva che le COT "...non saranno scatole vuote", "...confermando la programmazione prevista di oltre 600 Centrali Operative Territoriali...".

Nell'ASL Città di Torino sono state attivate tutte e 9 le COT previste, considerando la popolazione della città che al 31 dicembre 2024 era di 862.999 abitanti, di cui 447.199 femmine e 415.800 maschi. Ciascuna COT, come descritto [nell'articolo apparso sulla rivista online "I luoghi della cura"](#), segue specifici percorsi di cura e assistenza per tutta la popolazione cittadina, indipendentemente dal Distretto sanitario di residenza.

La seguente analisi si concentrerà su alcuni percorsi che vedono coinvolte quattro delle nove COT: le dimissioni ospedaliere protette con proseguo dell'assistenza in strutture di post-acuzie (COT Continuità cure), l'avvio di percorsi di cura e assistenza domiciliare (COT Cure domiciliari), fornitura di ausili e altro materiale protesico (COT Protesica) e percorsi di monitoraggio di patologie croniche (COT Cronicità).

COT Continuità delle cure ospedale-territorio

Come già descritto nell'articolo pubblicato su [Welforum.it il 6 giugno 2023](#), questa COT costituisce il riferimento per gli ospedali dell'area metropolitana torinese per avviare percorsi di dimissione protetta e inserimento dei ricoverati residenti o domiciliati nella Città di Torino, in strutture di post-acuzia per il proseguo dell'assistenza.

Nell'anno 2024 ha gestito l'inserimento di 1.855 assistiti in posti letto di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (CAVS) per 30-60 giorni e l'inserimento temporaneo (tempo massimo di 30 giorni) di 1.950 assistiti in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA). Nel primo semestre 2025 analoga attività ha già coinvolto 959 assistiti inseriti in CAVS e 1.163 in RSA.

Con la prossima apertura a inizio 2026 degli Ospedali di Comunità questa COT si occuperà anche della gestione delle richieste di ricovero in tali strutture che perverranno dagli ospedali, a supporto dell'assistenza erogata dai medici di medicina generale (medici di famiglia).

COT Cure domiciliari

I percorsi di cura e assistenza domiciliare, comprensivi delle cure palliative domiciliari, sono stati gestiti dalla COT Cure domiciliari che nel 2024 ha interessato 15.200 assistiti, per i quali sono state attivate 1.216 cure domiciliari multiprofessionali mediche e infermieristiche, 1.159 cure palliative, 1.723 cure riabilitative e 11.102 assistenze infermieristiche. Per 873 casi la presa in carico è stata attivata alla dimissione ospedaliera per il proseguo cure a domicilio, ma nella maggioranza dei casi è stata richiesta dai Medici di Medicina Generale per assistiti già a domicilio.

Nel primo semestre 2025 le prese in carico complessive sono state 8.536 (15% in più rispetto all'anno precedente) con un incremento del 30% delle prese in carico direttamente alla dimissione ospedaliera. Inoltre la COT ha pianificato e monitorato nel 2024 1.162 sostegni domiciliari sociosanitari per anziani non autosufficienti, attivati congiuntamente con i Servizi Sociali del Comune di Torino². Tale attività è proseguita nel 2025.

Nel periodo estivo, sia nel 2024 che nel 2025, la COT ha anche stratificato la popolazione anziana di Torino per gradi di rischio di malesseri da ondate prolungate di calore attraverso l'analisi di parametri clinici e sociali forniti dai sistemi epidemiologici regionali e dai MMG. Successivamente i soggetti maggiormente a rischio sono stati contattati da infermieri per ulteriori approfondimenti dei casi e per attivare aiuti domiciliari.

COT Protesica

La COT Protesica accoglie tutte le prescrizioni di ausili (esempio: letti articolati, carrozzine, stampelle e altri ausili per la deambulazione), materiale protesico e integrativo che devono essere autorizzate dall'ASL per essere fornite gratuitamente ai cittadini che ne hanno diritto secondo la normativa vigente. Per ciascuna richiesta, che perviene attraverso una piattaforma digitalizzata messa a disposizione dei cittadini (56.000 assistiti nel 2024 e 26.500 nel 1° semestre 2025), la COT verifica la presenza di una corretta documentazione giustificativa della fornitura e la sussistenza delle condizioni di autorizzazione da parte dei medici preposti, quindi provvede alla consegna da parte dei fornitori.

Ogni difformità viene segnalata al richiedente, al prescrittore o al fornitore affinché possano adottare i necessari correttivi.

COT Cronicità

La COT Cronicità è deputata a seguire i percorsi di cura relativi a patologie croniche. Dal mese di aprile 2024 ha coordinato i follow-up domiciliari periodici per il monitoraggio delle condizioni dei malati di scompenso cardiaco e di quelli in ossigenoterapia domiciliare. L'attività della COT è condotta in raccordo con i medici specialisti della Cardiologia e della Pneumologia aziendale.

La procedura operativa prevede che le segnalazioni degli assistiti da monitorare pervengano alla COT Cronicità da parte dei Servizi di Cardiologia e Pneumologia, specificando il grado di complessità clinica di ciascun malato. In relazione alla complessità, l'assistito viene inserito dalla COT in differenti percorsi di monitoraggio delle sue condizioni da attuare con periodicità e modalità differenziate. Tali percorsi prevedono follow-up condotti telefonicamente, con visita domiciliare, con rilevazione di segni e sintomi o con esecuzione di esami: elettrocardiogramma, emogasanalisi, ecc.

Pazienti in Scompenso Cardiaco

Dal 1° aprile 2024, data di avvio della COT Cronicità, al 30/06/2025 sono stati segnalati dalla Cardiologia 489 assistiti. L'obiettivo del monitoraggio era la verifica dell'aderenza terapeutica della terapia cardiologica prescritta e l'intercettazione precoce di eventuali segni e sintomi di scompenso. Il monitoraggio si è svolto prevalentemente con chiamata telefonica e compilazione di un questionario (251 casi, pari al 51%) o visita domiciliare (238 casi).

Indipendentemente dalla modalità di follow-up, le valutazioni si sono ripetute con una periodicità che teneva conto dell'indice di complessità clinica dello scompenso, delle problematiche emerse durante la prima rilevazione e della necessità di verifiche sull'efficacia degli interventi.

Pazienti in Ossigenoterapia domiciliare

Parallelamente al monitoraggio cardiologico, la COT ha condotto anche quello pneumologico su 1.359 assistiti con età tra 25 e 100 anni. Due terzi di essi hanno tra i 67 e i 91 anni (età media 79 anni; $DS \pm 12$). L'obiettivo era verificare l'aderenza terapeutica all'ossigenoterapia domiciliare e ai farmaci pneumologici prescritti. I dati raccolti facilitano il rinnovo annuale del piano terapeutico. Il monitoraggio si è svolto per 1.021 casi (75%) con chiamate telefoniche e compilazione di una check-list di domande o per 338 casi con visita domiciliare. Le valutazioni si sono ripetute con periodicità basata sulle problematiche emerse e sulla necessità di verifica degli interventi.

I risultati delle valutazioni effettuate dagli infermieri (saturazione dell'ossigeno, frequenza respiratoria, sintomi riferiti) sono stati registrati su una piattaforma digitale condivisa in tempo reale con i pneumologi, che hanno potuto così rinnovare o modificare i piani terapeutici in diversi casi senza necessità di visita ambulatoriale.

Il modello sperimentato con la COT Cronicità potrà essere esteso nel 2026 ad altre patologie croniche come diabete e demenza.

Conclusioni

L'esperienza condotta nell'ASL Città di Torino dimostra, secondo gli autori di questo articolo, che le COT possono costituire un reale coordinamento della presa in carico degli assistiti da parte dei diversi setting assistenziali coinvolti.

In particolare:

- la COT Continuità cure, ha concorso a ridurre i tempi di ricovero ospedaliero a quanto necessario per la gestione della condizione di acuzia o di riacutizzazione o di scompenso di patologie croniche, evitando di prolungarli per criticità sociali (es.: assenza di caregiver, abitazione non idonea al rientro al domicilio);
- la COT Cure domiciliari e palliative, ha ora una visione complessiva delle prese in carico domiciliari attivate sia dall'ASL (es.: ADI), sia dal Comune di Torino competente per gli interventi socio-assistenziali e ne facilita l'integrazione;
- la COT Protesica, ha ottimizzato le procedure e di ridurre i tempi di rilascio delle autorizzazioni e della fornitura dei diversi presidi;
- la COT Cronicità, ha individuato i casi di ridotta aderenza terapeutica e intervenuta tempestivamente con prestazioni educative rivolte agli assistiti e ai caregiver. Ha inoltre fornito aggiornamenti ai medici

specialisti sul mantenimento o meno del compenso della malattia cronica, riducendo le visite specialistiche, mantenendo o anticipando solo quelle rivolte a casi con problematiche evidenziate. Si segnala infine che il monitoraggio delle COT ha anche determinato una significativa riduzione della spesa. Ad esempio attraverso la riduzione delle degenze medie ospedaliere con trasferimento dell'assistito in altri setting di cura più appropriati e l'utilizzo di concentratori di ossigeno³ al posto dell'Ossigeno liquido per un 11,5% di assistiti monitorati.

Allegati

Analisi della frequenza di sintomi rilevati nei monitoraggi di assistiti affetti da Scompenso cardiaco correlati alla loro grado di salute percepita e a ricoveri per problemi cardiaci successivi alla presa in carico da parte della COT.

Tabella 1 – Frequenza sintomi correlati alla salute percepita in pazienti con scompenso cardiaco

Età media di 72 anni (range 29-98). Due terzi di loro si colloca in un range di età tra 61 e 83 anni (DS±11).

	Popolazione che dichiara un peggioramento della salute cardiaca (totale pazienti: 63)	Popolazione che dichiara una stabilità clinica (totale pazienti: 426)
Sintomi monitorati	N° pazienti con presenza sintomi	N° pazienti con presenza sintomi
Dolore a riposo	8 (12.7%) – pvalue < 0.001	31 (7.3%) – pvalue < 0.001
Palpitazioni	23 (36.5%) – pvalue < 0.001	81 (19.0%) – pvalue < 0.001
Vertigini	25 (39.7%) – pvalue < 0.001	113 (26.5%) – pvalue < 0.001
Svenimenti	4 (6.3%) – pvalue < 0.001	7 (1.6%) – pvalue < 0.001
Confusione mentale	21 (33.3%) – pvalue < 0.001	81 (19.1%) – pvalue < 0.001
	Dichiarato dall'assistito un peggioramento della salute cardiaca (totale pazienti: 63)	Dichiarato dall'assistito una stabilità clinica (totale pazienti: 426)
Aderenza terapeutica		
Assunzione non regolare della terapia	1 (1.6%)	17 (4.0%)

Tabella 2 – Frequenza sintomi in pazienti che hanno avuto un ricovero per problemi cardiaci

	Popolazione che dichiara un ricovero per problemi cardiaci (totale pazienti: 56)	Popolazione che non ha avuto ricoveri per problemi cardiaci (totale pazienti: 433)
Sintomi monitorati	N° pazienti con presenza sintomi	N° pazienti con presenza sintomi
Dolore a riposo	2 (3.6%) – pvalue < 0.001	27 (6.2%) – pvalue < 0.001
Palpitazioni	11 (19.6%) – pvalue 0.004	38 (8.8%) – pvalue < 0.001
Vertigini	17 (30.4%) – pvalue 0.211	32 (7.4%) – pvalue < 0.001
Svenimenti	0 (0.0%)	7 (1.6%) – pvalue < 0.001
Confusione mentale	12 (21.4%) – pvalue 0.006	31 (7.2%) – pvalue < 0.001
	Dichiarato dall'assistito un peggioramento della salute cardiaca (totale pazienti: 56)	Dichiarato dall'assistito una stabilità clinica (totale pazienti: 433)
Aderenza terapeutica		
Assunzione non regolare della terapia	1 (1.8%)	35 (8.1%)

<https://www.welforum.it/le-centrali-operative-territoriali-rischio-di-sovrastutture-vuote/>

quotidianosanità.it

Comparto Sanità. Firmato definitivamente il rinnovo del contratto 2022-2024. Aumento di 172 euro al mese. Il testo con tutte le novità

Il rinnovo riguarda circa 580 mila lavoratori del Ssn tra infermieri, tecnici, amministrativi e personale sanitario non medico. Si prevedono risorse complessive pari a 1,784 miliardi di euro, con un aumento medio mensile di 172,37 euro per tredici mensilità, pari al 6,8% in più rispetto alle retribuzioni attuali. Gli arretrati medi saranno di 1.200 euro. Non hanno firmato Uil e Cgil.

Firmato oggi da Aran e sindacati il rinnovo del contratto nazionale del comparto Sanità, relativo al triennio 2022-2024, che coinvolge oltre 581 mila lavoratori del Servizio sanitario nazionale, tra infermieri, tecnici, amministrativi e personale sanitario non medico. Il contratto con l'Aran è stato firmato da Fials, Cisl, Nursind e da Nursing Up mentre Cgil e Uil hanno ribadito il loro no.

Ricordiamo che il rinnovo prevede risorse complessive pari a 1,784 miliardi di euro, con un aumento medio mensile di 172,37 euro per tredici mensilità, pari al 6,8% in più rispetto alle retribuzioni attuali.

Le risorse includono indennità specifiche per le professioni sanitarie:

175 milioni di euro per l'indennità di pronto soccorso;

35 milioni di euro per l'indennità di specificità infermieristica;

15 milioni di euro per l'indennità di tutela del malato.

Gli arretrati medi saranno di 1.200 euro.

Le novità del contratto

Il CCNL si caratterizza per numerose e rilevanti innovazioni concernenti aspetti salienti del trattamento normativo-economico delle personali volte a migliorare le condizioni di lavoro e valorizzare le competenze professionali in continuità con il precedente contratto.

E' stato infatti previsto, fra l'altro, l'ampliamento della platea dei possibili dipendenti che possono partecipare all'accesso all'area di elevata qualificazione: oltre alla laurea magistrale accompagnata da un incarico di funzione di almeno tre anni è stata introdotta la possibilità di accesso al personale in possesso della laurea triennale accompagnata da un periodo di incarico di funzione di almeno sette anni oppure il possesso di titoli di studio equipollenti ai sensi dell'art. 4 della Legge 26.2.1999, n. 42 unitamente ad un periodo di almeno sette anni di incarico di funzione.

Sono stati inoltre introdotti e/o rivisti alcuni aspetti degli istituti contrattuali, fra i quali:

- la possibilità, in via sperimentale e garantendo comunque qualità e livello dei servizi resi all'utenza, di poter articolare l'orario di lavoro di 36 ore settimanali su quattro giorni, previa adesione volontaria da parte dei lavoratori;
- il riconoscimento del buono pasto in lavoro agile nonché la priorità di accesso a questo istituto contrattuale per chi è in situazioni di disabilità o per assistenza a familiari disabili;
- l'aggiornamento di alcuni aspetti degli incarichi già previsti dal precedente contratto prevedendo, fra l'altro, la possibilità di poter coniugare lo straordinario in presenza di incarico fino al valore di 5.000 euro.

E' stato introdotto il nuovo profilo di Assistente infermiere, già istituito con specifico Accordo Stato Regioni, figura intermedia fra i profili dell'area dei Professionisti della salute e dei funzionari e dell'area degli Operatori; sono state estese alcune tutele relative a permessi, assenze e congedi nonché la formazione del personale.

Sono stati inoltre disciplinati gli istituti delle prestazioni aggiuntive e dell'attività di collaborazione alla realizzazione della libera professione intramuraria del dirigente sanitario.

Particolare attenzione è stata poi riservata all'aumento dell'età media del personale prevedendo specifiche politiche e strumenti di age management volte a favorire e a migliorare le condizioni di lavoro del personale

pubblico che presenta oggi un'età media elevata, la possibilità di fruizione delle ferie anche ad ore, eventuali necessità temporanee del personale che possono essere affrontate attraverso la concessione di limitati periodi di part time in deroga alla graduatoria annuale.

Data la peculiarità del settore sanitario, è stata introdotta specifica tutela per il personale oggetto di aggressioni da parte di terzi, prevedendo il patrocinio legale da parte dell'Azienda e la possibilità, se richiesta dal dipendente, di supporto psicologico.

Infine, sono state aggiornate le indennità di specificità infermieristica e di tutela del malato nonché l'indennità di pronto soccorso prevedendo un meccanismo di distribuzione delle risorse fra regioni in linea con quanto già introdotto con il contratto dell'area, delineando un percorso che consenta l'integrale utilizzo delle disponibilità economiche garantite dalla legge.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=132954

quotidianosanità.it

Formazione infermieristica. No delle società scientifiche al "liceo abilitante": "Così si mette a rischio la qualità delle cure"

Le società scientifiche infermieristiche italiane esprimono forte preoccupazione per le proposte di riduzione del percorso formativo: "Non è la formazione a creare carenza di personale, ma le condizioni di lavoro e le scarse prospettive di carriera". Appello alle Istituzioni: "Servono investimenti in competenze, ricerca e valorizzazione professionale, non scorciatoie formative".

"Esprimiamo profonda preoccupazione per le recenti dichiarazioni riguardanti la presunta eccessiva durata del percorso formativo infermieristico e la proposta di istituire un 'liceo infermieristico abilitante'. Tale visione, pur forse animata dall'intento di rispondere rapidamente alla carenza di personale, rischia di compromettere la qualità dell'assistenza e di svilire un patrimonio di competenze costruito in decenni di evoluzione professionale, scientifica e accademica".

È quanto scrivono in una lettera aperta le società scientifiche infermieristiche: "La formazione universitaria in infermieristica non rappresenta un ostacolo, bensì la garanzia di sicurezza, competenza e qualità delle cure. Ridurre o semplificare questo percorso significherebbe arretrare sul piano della tutela dei cittadini e del riconoscimento di una professione che oggi costituisce la spina dorsale del Ssn".

Per le società scientifiche la carenza di infermieri in Italia non deriva da un eccesso di formazione, ma da "condizioni di lavoro spesso difficili, retribuzioni non adeguate alla complessità delle responsabilità e mancanza di reali percorsi di carriera".

"È su questi aspetti – proseguono – che le politiche sanitarie devono intervenire con urgenza, investendo sulla valorizzazione delle competenze, sulle specializzazioni e sulla ricerca infermieristica, non sulla riduzione della qualità formativa. Gli infermieri sono professionisti che operano quotidianamente in contesti complessi, assumendosi decisioni cliniche cruciali, gestendo tecnologie avanzate e garantendo prossimità, continuità e sicurezza delle cure. Pensare di sostituire questo livello di professionalità con figure formate in percorsi scolastici secondari significherebbe mettere a rischio la salute pubblica e disconoscere il valore della scienza infermieristica".

Le società scientifiche infermieristiche lanciano quindi un appello alle Istituzioni affinché il dibattito sulla formazione e sulla carenza di personale infermieristico sia fondato su evidenze, dati e competenze, e non su semplificazioni che nulla hanno di costruttivo. "L'Italia ha bisogno di più infermieri, ma soprattutto di infermieri pienamente formati, valorizzati e rispettati. Alle cittadine e ai cittadini chiediamo di sostenere una visione di sanità fondata sulla qualità e sulla sicurezza: due principi che non possono essere garantiti se non attraverso una formazione universitaria solida e un riconoscimento professionale adeguato".



https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=132928

Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del comparto

SANITA'

Periodo 2022-2024

www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1761576460.pdf



Infermieri: siglato il contratto, aumento di 172 euro al mese e a novembre arretrati in busta paga

Naddeo (presidente Aran): è un contratto in continuità con il precedente ed è una buona base di partenza per il prossimo Ccnl del triennio 2025-2027

Ernesto Diffidenti

Via libera definitivo al contratto del comparto sanità. Nel corso dell'incontro all'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (Aran) il Ccnl 2022-2024 è stato firmato da Fials, Cisl, Nursind e Nursing Up ma non da Cgil e Uil, che già si erano astenuti sulla preintesa di giugno. Il contratto si rivolge a una platea di 581mila professionisti, tra infermieri, ostetriche e personale amministrativo e prevede un aumento medio mensile lordo di 172 euro per 13 mensilità. Dal momento che alcuni aumenti sono già scattati a partire da gennaio 2024 e altri sono previsti nel 2025, nel prossimo mese di novembre dovrebbero arrivare gli arretrati in busta paga.

“Esprimo grande soddisfazione per la forma definitiva del contratto del comparto sanità 2022-2024 - sottolinea il presidente Aran, **Antonio Naddeo** -. Una trattativa difficile e complicata, ma alla fine si è raggiunto un risultato positivo. È un contratto in continuità con il precedente ed è una buona base di partenza per il prossimo Ccnl del triennio 2025-2027”.

Ecco le novità introdotte

E' stato previsto l'ampliamento della platea dei possibili dipendenti che possono partecipare all'accesso all'area di elevata qualificazione: oltre alla laurea magistrale accompagnata da un incarico di funzione di almeno tre anni è stata introdotta la possibilità di accesso al personale in possesso della laurea triennale accompagnata da un periodo di incarico di funzione di almeno sette anni oppure il possesso di titoli di studio equipollenti unitamente ad un periodo di almeno sette anni di incarico di funzione.

Accedi e personalizza la tua esperienza

Sono stati inoltre introdotti e rivisti alcuni aspetti degli istituti contrattuali, fra i quali: la possibilità, in via sperimentale e garantendo comunque qualità e livello dei servizi resi all'utenza, di poter articolare l'orario di lavoro di 36 ore settimanali su quattro giorni, previa adesione volontaria da parte dei lavoratori; il riconoscimento del buono pasto in lavoro agile nonché la priorità di accesso a questo istituto contrattuale per chi è in situazioni di disabilità o per assistenza a famigliari disabili; la possibilità di poter coniugare lo straordinario in presenza di incarico fino al valore di 5.000 euro.

E' stato introdotto il nuovo profilo di assistente infermiere e sono state estese alcune tutele relative a permessi, assenze e congedi nonché la formazione del personale. "Particolare attenzione - spiega ancora l'Aran - è stata poi riservata all'aumento dell'età media del personale prevedendo specifiche politiche e strumenti di age management volte a favorire e a migliorare le condizioni di lavoro del personale pubblico che presenta oggi un'età media elevata; la possibilità di fruizione delle ferie anche ad ore; eventuali necessità temporanee del personale che possono essere affrontate attraverso la concessione di limitati periodi di part time in deroga alla graduatoria annuale".

Data la peculiarità del settore sanitario, è stata introdotta specifica tutela per il personale oggetto di aggressioni da parte di terzi, prevedendo il patrocinio legale da parte dell'Azienda e la possibilità, se richiesta dal dipendente, di supporto psicologico. Infine, sono state aggiornate le indennità di specificità infermieristica e di tutela del malato nonché l'indennità di pronto soccorso.

Nursind: con la firma si apre la nuova tornata negoziale

Per **Andrea Bottega**, segretario nazionale del Nursind, la firma definitiva apposta oggi al Ccnl del comparto sanità 2022-2024, è importante soprattutto per la prospettiva che apre. "Ci permette subito, infatti - spiega - di sbloccare l'iter della prossima tornata 2025-2027, come avevamo auspicato fin dall'inizio". L'intenzione adesso è quella di chiudere la negoziazione 2025-2027 entro il 2026. "Una novità assoluta - continua - che ci consentirà di aggiungere un nuovo mattone per ridurre in modo più deciso la perdita di potere d'acquisto che l'inflazione ha creato. Finalmente saranno adeguati gli stipendi degli infermieri entro un anno e quindi entro la vigenza del contratto. Il nuovo Ccnl infatti non richiederà grande lavoro, visto che il più è stato fatto con questa tornata appena chiusa. Si tratterà di aggiornare la parte economica alla luce di quanto già stanziato e di quanto stanzierà la manovra in discussione".

Come noto, però, il Nursind ha difeso le diverse novità del Ccnl appena sottoscritto, a cominciare da quelle inerenti la libera professione, "anche se siamo in attesa - precisa il segretario - di una proroga per svolgere l'attività extra istituzionale pure a partire dal nuovo anno". "Non solo, ma abbiamo espresso apprezzamento sulle prestazioni aggiuntive con una tariffa unica nazionale di 50 euro l'ora, l'attività di collaborazione, la definizione di obiettivi e strumenti per l'age management, la disciplina sperimentale delle ferie fruibili ad ore e la possibilità di cederle anche per assistere parenti di primo grado (ferie solidali) e, infine, il patrocinio legale per i casi di aggressione".

"Non dimentichiamo poi - conclude Bottega -, oltre a una migliore disciplina delle ferie contenuta in questo contratto, tutte le novità riguardanti il sistema degli incarichi. E per finire l'equiparazione sul fronte dell'indennità di specificità delle ostetriche agli infermieri".

Nursing Up: rinnovo Ccnl è solo l'inizio, ora battaglie per stipendi dignitosi

Per **Antonio De Palma**, presidente del Nursing Up, la firma del contratto è "una scelta coerente con quanto già annunciato a giugno, spinta dalla conquista della progressione di carriera, con l'accesso all'Area di elevata qualificazione per tutti i professionisti sanitari ex legge 43/2006, oltre agli altri interventi normativi a beneficio dei lavoratori". In ogni caso per il sindacato "questo contratto non è affatto risolutivo ma solo un punto di partenza: i veri giochi si faranno con il prossimo Ccnl anche sulla valorizzazione dei nostri laureati magistrali

con l'ingresso nell'area della dirigenza". Non manca il riferimento alla legge di Bilancio: "Questa Manovra - aggiunge il leader sindacale - rappresenta l'ennesima delusione, tra promesse evaporate, come quella sulla libera professione degli infermieri, dietro front e stipendi fermi al palo, con aumenti irrisori e un previsto piano di assunzioni del tutto insufficiente nel numero, e non certo risolutivo rispetto alla carenza di professionisti. Ci aspettiamo di tornare presto al tavolo più battaglieri che mai, perché la sanità non può più attendere".

Uil Fpl: il contratto non affronta crisi salari in modo strutturale

La segretaria generale di Uil Fpl **Rita Longobardi**, a margine dell'incontro Aran, spiega i motivi del disaccordo. "Pur riconoscendo che la legge di Bilancio ha previsto in termini generali risorse destinate al lavoro - sottolinea - a per la sanità pubblica non si registrano interventi concreti in grado di determinare un reale cambio di rotta e di affrontare in modo strutturale le criticità del comparto. La Uil Fpl ha riconfermato la propria posizione, non ritenendo ci siano i presupposti per la sottoscrizione del Ccnl sanità pubblica 2022/2024". Sul piano economico "il contratto non recepisce le necessità rappresentate nel corso del negoziato con un aumento medio netto sul tabellare intorno ai 40 euro al mese, indennità ferme da troppi anni e nessun riconoscimento dell'indennità di esclusività e dell'adeguamento del valore economico del buono pasto". "A ciò si aggiunge una visione che continua a basarsi su meccanismi accessori e temporanei - conclude la segretaria - incentrati su lavoro straordinario e prestazioni aggiuntive, piuttosto che su un rafforzamento stabile dei trattamenti tabellari e della struttura retributiva ordinaria".

https://www.ilsole24ore.com/art/infermieri-siglato-contratto-aumento-172-euro-mese-e-novembre-arretrati-busta-paga-AHUF8bND?cmpid=nl_sanita24

quotidianosanità.it

Aumentano i medici e gli infermieri del Ssn ma il futuro non è roseo: entro il 2035 in uscita oltre 140mila operatori. Il report Agenas

Luciano Fassari

Nel 2023 il Servizio sanitario nazionale ha contato 701mila dipendenti, quasi 52mila in più rispetto al 2019. L'Italia si conferma sopra la media UE per numero di medici, ma con un'età media tra le più alte d'Europa e un'ondata di pensionamenti alle porte. Resta forte la carenza di infermieri, mentre gli OSS aumentano ma senza una programmazione omogenea. Agenas avverte: servono politiche di formazione e attrattività più incisive per non compromettere la tenuta del sistema.

02 OTT -

Il Servizio sanitario nazionale ha recuperato personale dopo anni di contrazioni, ma lo squilibrio tra le diverse professioni sanitarie e l'invecchiamento della forza lavoro rischiano di vanificare i progressi. È questa la fotografia che emerge dal **Rapporto Agenas sul personale del SSN 2023**, che analizza consistenza, distribuzione e prospettive di medici, infermieri e operatori socio-sanitari. Nel 2023 il personale dipendente del SSN ammontava a 701.170 unità di cui 69% donne e 31% uomini. Rispetto all'anno 2019 l'aumento è stato di 51.647 unità di personale (da 649.523 a 701.170), pari al 7,95% del totale. Questo periodo di espansione ha fatto seguito ad un periodo di progressivo calo che è iniziato nel 2014, raggiungendo un plateau tra il 2016 e il 2019 con una contrazione di circa 30 mila unità. Nella fase di espansione successiva al 2019 si è mantenuta una rimarchevole maggiore presenza delle donne rispetto agli uomini. Una crescita significativa, che però non basta a rassicurare sulle sfide dei prossimi 10 anni dove si stima andranno in pensione circa 140 mila tra medici, infermieri e Oss.

Medici: tanti, ma sempre più anziani

L'Italia continua ad avere un numero di medici superiore alla media europea: 5,3 per 1.000 abitanti contro i 4,07 della UE. Ma il dato è in parte distorto: quasi il 44% ha più di 55 anni e oltre un quinto supera i 65, contro valori molto più bassi in Francia, Germania e Spagna.

Nel 2023 i camici bianchi dipendenti del SSN erano 109.024, con un leggero incremento rispetto al 2019. Tuttavia, la distribuzione non è uniforme: Lazio, Emilia-Romagna e Toscana hanno registrato aumenti, mentre in regioni come Molise, Basilicata, Valle d'Aosta e Calabria i numeri sono in calo.

Il futuro prossimo sarà segnato da un'ondata di pensionamenti: 39mila medici potrebbero lasciare il servizio tra il 2026 e il 2038, con un picco di oltre 3.200 uscite l'anno nel quadriennio 2029-2033.

Infermieri: la vera emergenza

Se sul fronte medico la questione è l'età avanzata, sugli infermieri il problema resta la carenza strutturale. Nel 2023 erano 277.138, circa 8.800 in più rispetto al 2019. Ma il tasso di copertura è ancora insufficiente: 6,86 per mille abitanti contro una media europea di 8,26. Il rapporto infermieri/medici è di 1,3 contro 2,1 della media OCSE, segnalando uno squilibrio che penalizza il sistema.

Anche qui pesa la "gobba pensionistica": entro il 2035 circa 78mila infermieri raggiungeranno l'età di pensionamento, aggravando un fabbisogno che già oggi fatica a essere coperto. A complicare lo scenario c'è il calo di attrattività dei corsi di laurea: nel 2024 le domande di iscrizione si sono equilibrate con i posti disponibili, segnalando un disinteresse crescente tra i giovani. Le proiezioni al 2029 indicano circa 73-86mila nuovi laureati, insufficienti a compensare le uscite.

OSS: crescono i numeri, ma restano criticità

Diverso l'andamento per gli operatori socio-sanitari (OSS), che nel 2023 erano 75.978, con un incremento di oltre 20mila unità rispetto al 2019 e più che raddoppiati rispetto al 2013. La media è di 1,3 ogni 1.000 abitanti, ma con forti squilibri territoriali: dal 3,1 del Friuli-Venezia Giulia allo 0,3 del Lazio.

Anche qui, però, l'invecchiamento pesa: oltre 26mila OSS lasceranno il servizio entro il 2035, con il rischio di nuove carenze.

Medicina generale e pediatria: calo costante

Un ulteriore elemento di criticità riguarda il ruolo unico di assistenza primaria. Nel 2013 i medici di medicina generale erano oltre 45mila, scesi a 38mila nel 2023. In dieci anni si contano 7.220 MMG in meno e circa 1.000 pediatri persi. Il rapporto tra cittadini assistibili e medici di base continua ad aumentare, mentre il fabbisogno resta insoddisfatto.

Formazione: più posti, ma troppe borse scoperte

Sul fronte della formazione, Agenas segnala alcuni progressi ma anche criticità. Dal 2014 al 2025 i posti a Medicina sono più che raddoppiati (da 10.656 a oltre 24mila). In parallelo, le borse di specializzazione sono passate dalle 5mila del 2015 a oltre 15mila negli ultimi anni.

Nonostante l'aumento, molte restano scoperte, soprattutto in discipline cruciali come medicina d'emergenza-urgenza, anestesia e rianimazione, radioterapia e microbiologia. Un paradosso che riflette la difficoltà di attrarre giovani medici verso settori ad alta complessità ma scarsamente valorizzati.

Il rapporto si chiude con un monito: il personale è il vero "capitale" del SSN, ma senza un'efficace pianificazione delle professioni sanitarie il sistema rischia di non reggere. L'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle cronicità e la riduzione della forza lavoro attiva spingeranno la domanda sanitaria verso l'alto proprio mentre migliaia di professionisti lasceranno il servizio.

Secondo Agenas, servono politiche di attrattività, riconoscimento sociale e progressione di carriera, soprattutto per gli infermieri, e una programmazione più attenta per le specializzazioni mediche in sofferenza. Solo così si potrà evitare che la carenza di personale diventi la prossima grande emergenza della sanità italiana.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=132371



Differenze nella violenza sessuale contro giovani e anziani in contesti umanitari complessi: un'analisi retrospettiva di Medici Senza Frontiere nel 2019-2024

[Elburg Van Boetzelaer, Tesfahun Biru,](#)

[Amina Idris, Patrick Keating, Marion Staunton, Favila Escobio](#) e altri

Riepilogo

Sfondo

La violenza sessuale contro gli anziani in contesti umanitari è scarsamente documentata, il che comporta lacune nella prevenzione e nell'erogazione di servizi di supporto.

Questo studio mirava a documentare le differenze nelle caratteristiche delle aggressioni tra giovani e anziani, in base a sesso, sfollamento, stato di disabilità e regione.

Metodi

Questo studio osservazionale retrospettivo, descrittivo e multinazionale ha incluso sopravvissuti di età pari o superiore a 20 anni che hanno avuto accesso ai servizi di assistenza per la violenza sessuale supportati da Medici Senza Frontiere in contesti umanitari in 11 paesi tra il 1° novembre 2019 e il 1° novembre 2024.

Le caratteristiche dell'aggressione (contesto e circostanze dell'aggressione e caratteristiche dell'autore) sono state confrontate tra sopravvissuti più giovani (20-49 anni) e più anziani (50 anni e oltre), stratificati per sesso e regione utilizzando analisi di regressione.

Tra i sopravvissuti più anziani, le analisi sono state reciprocamente aggiustate per fascia d'età, sfollamento e stato di disabilità.

Risultati

Abbiamo incluso i dati di 35.248 sopravvissuti che hanno avuto accesso alle cure nello studio (33.548 [95,2%] sopravvissuti avevano un'età compresa tra 20 e 49 anni e 1.700 [4,8%] avevano 50 anni o più). 34.007 (96,5%) partecipanti erano donne e 1.241 (3,5%) uomini.

Lo stupro è stato il tipo di violenza sessuale più frequentemente segnalato in tutti i sessi e gruppi di età, anche nelle sopravvissute donne più anziane rispetto alle sopravvissute donne più giovani (odds ratio [OR] 2,01 [95% CI 1,34–3,22]).

Rispetto alle loro controparti più giovani, le donne sopravvissute più anziane avevano maggiori probabilità di denunciare aggressioni durante attacchi armati (OR 1,85 [95% CI 1,65–2,07]), da parte di più aggressori (OR 1,66 [1,50–1,84]), da parte di gruppi armati (OR 1,21 [1,09–1,34]), mentre raccoglievano cibo o legna (OR 1,51 [1,36–1,68]), e con variazioni regionali, e meno probabilità di denunciare violenza sessuale da parte di un partner intimo (OR 0,29 [0,23–0,36]).

Gli uomini sopravvissuti più anziani avevano maggiori probabilità di denunciare violenza sessuale diversa dallo stupro (OR 2,85 [95% CI 1,51–5,07]), e di denunciare un'aggressore donna (OR 1,65 [1,01–2,78]).

Le donne anziane sopravvissute con disabilità avevano maggiori probabilità di denunciare violenze sessuali da parte del partner intimo (OR aggiustato [a] 3,57 [95% CI 1,42–7,84]) e ripetute aggressioni da parte dello stesso aggressore (OR aggiustato 4,01 [1,68–8,57]).

Interpretazione

Questo studio rivela modelli distinti di violenza sessuale tra le donne anziane, in particolare aggressioni da parte di più aggressori armati sconosciuti durante attività di sopravvivenza, e tra gli uomini anziani, le cui esperienze spesso esulano dalle narrazioni dominanti sulla violenza sessuale.

La disabilità e lo sfollamento aggravano ulteriormente la vulnerabilità degli anziani, influenzando il tipo, il contesto e la ricorrenza della violenza. I risultati sottolineano l'urgente necessità di strategie di supporto alla violenza sessuale attente all'età e alla disabilità in contesti umanitari.

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

Abbiamo effettuato ricerche su PubMed, Google Scholar e Google combinando termini correlati a "violenza sessuale", "umanitario" e "anziani".

Abbiamo scoperto che la violenza sessuale contro gli anziani è gravemente poco studiata. Ad esempio, una revisione della prevalenza globale dell'OMS ha identificato 392 studi sulla violenza sessuale, di cui solo 66 (17%) includevano dati su donne di età pari o superiore a 50 anni.

Le prove provenienti da contesti umanitari sono ancora più scarse. In diversi contesti di sfollamento (Uganda, Iraq, Panama e Pakistan), le indagini hanno rilevato che l'11% degli intervistati di età pari o superiore a 50 anni ha riferito di aver subito violenza sessuale correlata al conflitto.

Tuttavia, gli anziani vengono raramente analizzati come un gruppo distinto nelle crisi umanitarie e la maggior parte degli studi non ha esplorato in che modo età, sfollamento o disabilità abbiano influenzato i rischi e le esperienze di violenza sessuale dei sopravvissuti.

A nostra conoscenza, nessuno studio su larga scala e multinazionale ha confrontato le caratteristiche della violenza sessuale tra sopravvissuti più giovani e più anziani in contesti umanitari utilizzando una lente intersezionale che includa sesso, contesti, età e disabilità.

Valore aggiunto di questo studio

A nostra conoscenza, questa è la più ampia e unica analisi multinazionale ad oggi condotta per esaminare le caratteristiche della violenza sessuale tra giovani e anziani (N=35.248) in contesti umanitari attraverso una lente intersezionale.

Sebbene gli anziani costituissero una piccola percentuale di sopravvissuti che hanno avuto accesso alle cure (4,8%), i nostri risultati hanno documentato che affrontano forme distinte di violenza sessuale, determinate da vulnerabilità intersecanti come lo stato di sfollamento e lo stato di disabilità.

Le donne anziane avevano probabilità significativamente maggiori di denunciare stupri, di essere aggredite da più autori e di subire violenze per mano di attori armati o gruppi criminali.

Queste aggressioni erano più probabili durante attività di sopravvivenza come la raccolta di cibo o legna da ardere, o durante attacchi a case e villaggi.

I sopravvissuti maschi anziani, sebbene in numero inferiore, erano più propensi degli uomini più giovani a denunciare forme di violenza sessuale diverse dallo stupro, aggressioni che comportavano la distruzione di proprietà e aggressori donne, esperienze che spesso esulano dalle narrazioni convenzionali sulla violenza sessuale, evidenziando la necessità di ampliare la comprensione di genere della violenza sessuale oltre lo stupro.

Implicazioni di tutte le prove disponibili

Questi risultati mettono in discussione l'invisibilità degli anziani nella ricerca e nella programmazione sulla violenza sessuale. Sottolineano l'urgente necessità di servizi di prevenzione, protezione e risposta che siano inclusivi in base all'età, al sesso e alla disabilità in tutti i contesti umanitari.

Evidenziano l'urgente necessità di riconoscere e rispondere ai rischi specifici e alle esperienze vissute dai sopravvissuti anziani attraverso approcci inclusivi, basati sui diritti e intersezionali.

Gli sforzi umanitari di prevenzione, protezione e risposta alla violenza sessuale devono rivalutare se le attività attuali raggiungano e siano realmente utili agli anziani e se le vulnerabilità che affrontano, come la violenza sessuale durante le attività di sopravvivenza o all'interno delle loro case, siano adeguatamente affrontate.

È fondamentale che gli anziani, compresi gli anziani con disabilità, siano direttamente coinvolti nella definizione di queste risposte.

La loro partecipazione alla progettazione di programmi, programmi di ricerca e servizi di supporto contro la violenza sessuale è essenziale per garantirne la pertinenza, l'accessibilità e l'efficacia.

È inoltre fondamentale formare gli operatori sanitari e gli operatori umanitari sulla gravità, i modelli e le manifestazioni della violenza sessuale tra le popolazioni anziane.

La ricerca futura dovrebbe includere studi basati sulla popolazione e metodi qualitativi, progettati congiuntamente con gli anziani, per cogliere meglio la portata, le dinamiche e le esperienze vissute della violenza sessuale in età avanzata, non come una ricerca condotta sulle persone anziane, ma come una ricerca modellata su di loro.

Questo studio include dati quinquennali di sopravvissuti che hanno avuto accesso ai servizi di contrasto alla violenza sessuale supportati da Medici Senza Frontiere in contesti umanitari complessi, in cui una serie di eventi (ad esempio, conflitti armati, disastri ambientali, epidemie o malnutrizione) ha comportato una minaccia critica per la salute, la sicurezza e la protezione di una comunità. [11](#)

Questo studio mirava a documentare come le caratteristiche delle aggressioni sessuali in contesti umanitari complessi differiscano tra sopravvissuti più giovani e più anziani, in base al sesso.

Lo studio ha cercato di applicare una lente intersezionale per indagare se le caratteristiche delle aggressioni variassero tra sopravvissuti più anziani in base all'età avanzata, allo stato di sfollamento e disabilità e alla regione.

[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(25\)00318-3/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(25)00318-3/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)



Uscire dall'ombra: affrontare la violenza sessuale negli anziani

[Anne Nobels](#)

La violenza sessuale è ampiamente riconosciuta come una grave minaccia per la salute pubblica e mentale, nonché una violazione dei diritti umani. [1](#) Tuttavia, la ricerca sulla sua prevalenza e sui suoi effetti sugli anziani in tutto il mondo rimane scarsa.

Gli anziani spesso non corrispondono all'immagine prevalente della cosiddetta vittima di stupro reale [2](#), tipicamente immaginata come una giovane donna aggredita di notte da uno sconosciuto motivata dalla gratificazione sessuale.

Poiché gli anziani sono generalmente meno sessualizzati rispetto ai giovani adulti, potrebbero essere considerati meno desiderati e non a rischio quanto i giovani adulti.

Una recente ricerca belga contesta questa percezione: l'8% degli adulti di età pari o superiore a 70 anni ha dichiarato di essere stato vittima di violenza sessuale nell'anno precedente [3](#)

Ad oggi, le scarse prove sulla vittimizzazione sessuale negli anziani sono state in gran parte generate nei paesi ad alto reddito (HIC). I dati sulla prevalenza e l'impatto nei paesi a basso e medio reddito (LMIC) sono attualmente carenti.

L'articolo di Elburg Van Boetelaer e colleghi [4](#) su *The Lancet Global Health* aggiunge importanti prove provenienti dai LMIC esaminando un gruppo particolarmente vulnerabile: gli anziani in contesti umanitari complessi.

Utilizzando un database multinazionale di Medici Senza Frontiere di 35.248 vittime di violenza sessuale che hanno avuto accesso alle cure, gli autori hanno identificato modelli distinti tra gli anziani.

Rispetto alle vittime più giovani, le vittime di sesso femminile più anziane (di età pari o superiore a 50 anni) avevano maggiori probabilità di denunciare la violenza sessuale da parte di più aggressori (odds ratio [OR] 1,66 [95% CI 1,50–1,84]) durante attività di sopravvivenza come la raccolta di cibo o legna da ardere (OR 1,51 [1,36–1,68]).

Le vittime di sesso maschile più anziane avevano maggiori probabilità di denunciare violenze sessuali diverse dallo stupro (OR 2,85 [IC 95% 1,51–5,07]), perpetrate da aggressori donne (OR 1,65 [1,01–2,78]).

Questi risultati confermano che sia le donne che gli uomini più anziani sono vulnerabili alla vittimizzazione sessuale, ma con modelli di vulnerabilità diversi da quelli delle vittime più giovani.

La consapevolezza di questi modelli può aiutare gli operatori sanitari a riconoscere e indagare sulla vittimizzazione sessuale negli anziani in contesti umanitari.

Sebbene questi risultati siano preziosi, un limite importante dello studio è la sua attenzione rivolta agli anziani che avevano già avuto accesso alle cure.

La ricerca condotta nei Paesi ad alto reddito mostra che solo una piccola minoranza di vittime anziane di violenza sessuale rivela le proprie esperienze o cerca aiuto professionale e che, anche in contatto con gli operatori sanitari, la maggior parte delle vittime rimane in silenzio. [5](#)

Sentimenti di colpa, vergogna e sfiducia verso gli altri sono frequentemente segnalati e possono complicare ulteriormente la ricerca di aiuto. [6](#) Anche gli stereotipi legati all'età, [7](#) incluso il nichilismo terapeutico – la convinzione che gli interventi psicoterapeutici abbiano un valore limitato in età avanzata – possono dissuadere gli anziani dal cercare aiuto, rafforzando la sensazione di non meritare più cure. [5](#)

Sebbene i risultati degli studi sui Paesi ad alto reddito non possano essere semplicemente generalizzati ai Paesi a basso e medio reddito o ai contesti umanitari, è probabile che molte vittime anziane in questi contesti e oltre non ricevano cure adeguate.

Nei paesi a basso e medio reddito (LMIC) è urgente condurre ricerche sulla prevalenza, l'impatto e il comportamento di ricerca di aiuto degli anziani dopo vittimizzazione sessuale, [8](#) per determinare se le prove provenienti dai paesi ad alto reddito, compresa l'influenza di questioni sociali come l'età, possano essere applicate a questi contesti.

Inoltre, dato il notevole impatto sulla salute mentale della vittimizzazione sessuale lungo tutto il corso della vita, anche in età avanzata, [6](#) mettere in contatto le vittime anziane con un supporto professionale rimane una sfida importante.

Una recente ricerca olandese ha dimostrato che le terapie incentrate sul trauma, come la desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari, possono ridurre i sintomi della depressione e del disturbo da stress post-traumatico nelle vittime anziane di violenza sessuale, [9](#) sottolineando che non è mai troppo tardi per fornire un'assistenza personalizzata ed efficace.

Gli operatori sanitari dovrebbero quindi guardare oltre gli stereotipi legati all'età e sviluppare strategie attente all'età per affrontare la violenza sessuale in contesti umanitari e non solo. Solo attraverso un approccio informato sul trauma, che ne riconosca l'effetto e promuova sicurezza, fiducia e responsabilizzazione, le vittime anziane possono essere incoraggiate a uscire dall'ombra e ad accedere alle cure appropriate a cui hanno diritto. Il rafforzamento delle capacità tra gli operatori sanitari che lavorano con gli anziani è essenziale. La formazione dovrebbe dare priorità allo sviluppo di specifici strumenti di rilevamento e protocolli di assistenza, guidare gli operatori sanitari ad avviare conversazioni sulla violenza sessuale con sicurezza e migliorare la loro capacità di rispondere efficacemente alle vittime anziane.

È importante sottolineare che questo approccio basato sul trauma non solo migliora le risposte sanitarie, ma contribuisce anche a rafforzare il diritto alla salute delle vittime anziane di violenza sessuale.

Come riconosciuto dalle Nazioni Unite, gli anziani hanno pari diritto a tutti i diritti umani, tra cui il diritto alla salute, alla libertà dalla violenza sessuale e da altre forme di violenza, e alla libertà dalla discriminazione basata sull'età. La tutela di questi diritti dovrebbe essere una priorità globale.

Il processo in corso per l'istituzione di una convenzione ONU giuridicamente vincolante sulla promozione e la protezione dei diritti umani degli anziani è quindi un passo positivo nella giusta direzione.

[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(25\)00402-4/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(25)00402-4/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

Ageing populations, their fiscal implications and policy responses

By: Vassiliki Koutsogeorgopoulou
and Hermes Morgavi

No. 1844



Invecchiamento della popolazione, implicazioni fiscali e risposte politiche

Riassunto

Nella maggior parte dei paesi OCSE, la popolazione sta invecchiando, con l'aumento dell'aspettativa di vita e il calo dei tassi di fertilità. Vivere più a lungo e invecchiare in condizioni di salute migliori sono senza dubbio traguardi importanti.

Il rapido invecchiamento delle società, tuttavia, pone anche sfide importanti. Questo documento fornisce una valutazione completa delle implicazioni a lungo termine dell'invecchiamento della popolazione per le finanze pubbliche, basandosi sul modello a lungo termine dell'OCSE e su precedenti lavori analitici.

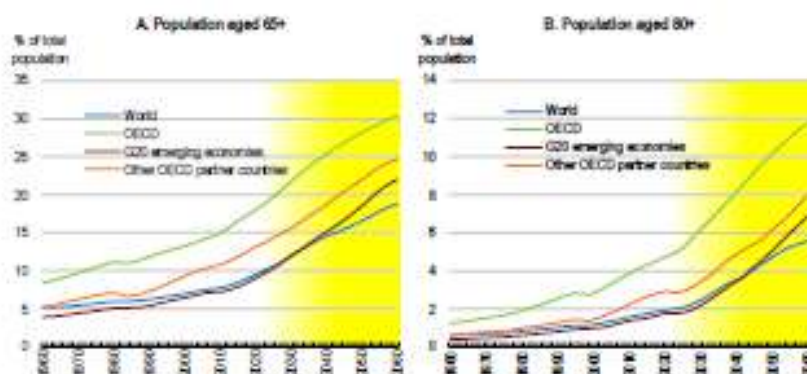
Sviluppa un quadro analitico per quantificare gli effetti fiscali dell'invecchiamento, esaminando le crescenti pressioni sulle pensioni, sulla sanità e sulla spesa per l'assistenza a lungo termine, nonché i potenziali impatti sulle entrate pubbliche e sulle dinamiche del debito.

Il documento evidenzia la necessità di una risposta politica completa che combini riforme fiscali e strutturali, fornendo orientamenti politici per affrontare l'impatto fiscale dell'invecchiamento della popolazione

attraverso la promozione di un invecchiamento sano, la riforma dei sistemi pensionistici, il miglioramento dell'efficienza nell'assistenza sanitaria e nell'assistenza a lungo termine, l'ampliamento delle basi imponibili e l'aumento della partecipazione al mercato del lavoro tra i lavoratori più anziani e i gruppi sottorappresentati. Questi sforzi politici possono essere integrati da misure volte a incrementare la fertilità e l'immigrazione.

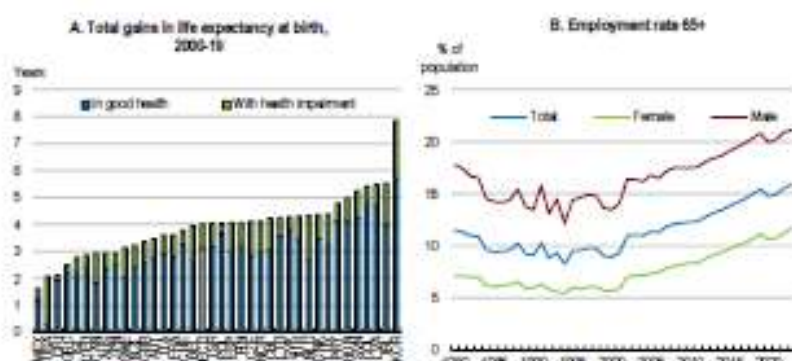
Ageing populations, their fiscal implications and policy responses	6
1. Introduction	6
2. Population ageing and public finances: An analytical framework	9
3. Population ageing: cross-country developments	12
4. What are the driving forces of population ageing?	14
5. Fiscal implications of population ageing	15
6. Impact of ageing on the government debt dynamics	21
7. A comprehensive approach is needed to address ageing-related fiscal costs	23
8. Conclusions	45
References	46
Annex A. Measuring the sensitivity of long-term ageing-related spending to demographic changes	53
Annex B. The impact of demographic changes on equilibrium interest rates	56
Annex C. Estimating the impact of reforms on older workers' employment and pension spending	58
FIGURES	
Figure 1. Populations are ageing rapidly	7
Figure 2. Living longer and healthier is a great achievement, extending working lives	7
Figure 3. The substantial demographic transition poses important economic challenges	8
Figure 4. Ageing will increase further the already high debt in OECD area	9
Figure 5. Population ageing affects public finances through many channels	11
Figure 6. The speed of population ageing varies among countries	13
Figure 7. Population ageing is driven by increasing longevity and declining fertility	15
Figure 8. Ageing-related spending is mostly publicly financed	16
Figure 9. Public pension spending will continue to rise	17
Figure 10. Public spending on health care will also keep rising	18
Figure 11. Long-term care costs have been growing faster than other ageing-related costs	19
Figure 12. Fiscal pressure to keep government debt ratios stable is large	21
Figure 13. Population ageing will lower potential growth	22
Figure 14. Healthy ageing helps to alleviate pressures on public health spending	23
Figure 15. Increased gains in life expectancy are not evenly distributed	24
Figure 16. Average effective retirement age is below the normal retirement age in many countries	26
Figure 17. Reforms of retirement policies that prolong working lives would reduce fiscal pressure	27
Figure 18. Long-term care costs would be unaffordable for many elderly without public support	30

Figure 1. Populations are ageing rapidly



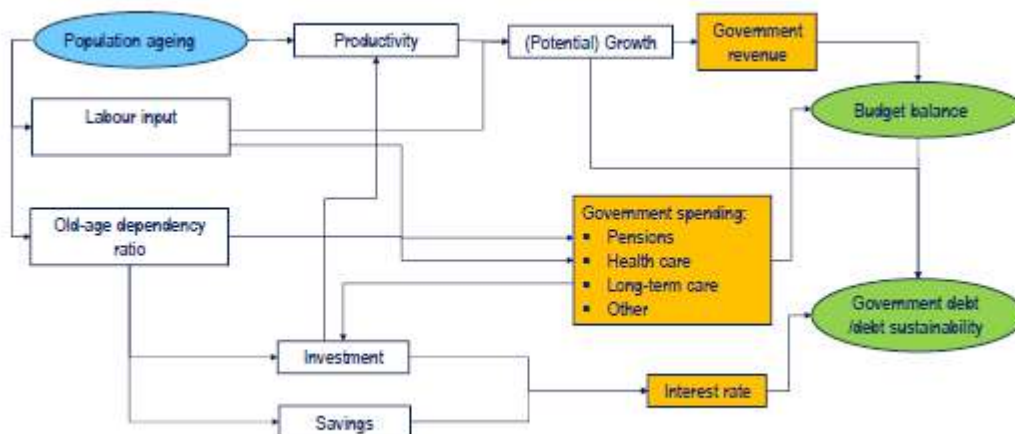
Note: OECD refers to the simple average among the OECD countries, G20 emerging economies include Argentina, Brazil, China, India, Indonesia, Russia, Saudi Arabia, and South Africa. Other OECD partner countries include Bulgaria, Croatia, Romania, Peru, Morocco, Tunisia, and Egypt. The highlighted area refers to the projection period, starting in 2024. Projections are based on the 'medium variant' population projections from the United Nations.
Source: United Nations World Population Prospects: The 2024 Revision.

Figure 2. Living longer and healthier is a great achievement, extending working lives



Note: Life expectancy at birth is given by the average number of years that a newborn could expect to live, if he or she were to pass through life exposed to the sex- and age-specific death rates prevailing at the time of his or her birth, for a specific year, in a given country, territory, or geographic area. Healthy life expectancy is defined as the average number of years that a person can expect to live in "full health" by taking into account years lived in less than full health due to disease and/or injury. The employment rate for the population aged 65 or more is the percentage of employed persons aged 65 or more in relation to the total population of the same age.
Source: WHO database; and OECD labour force statistics database.

Figure 5. Population ageing affects public finances through many channels



Source: Authors' illustration.

https://www.oecd.org/en/publications/ageing-populations-their-fiscal-implications-and-policy-responses_6aec03b3-en.html

L'APPROFONDIMENTO

Più poveri, (anche) di relazioni

Oltre 9,3 milioni di italiani si sentono soli
Soprattutto gli over 65 non hanno legami:
il ritiro sociale per la mancanza di sostegni
Il welfare di fronte a questa nuova sfida
La rivista Nessi: volontariato scuola di cura

di **Giulio Sensi**

Per alcuni italiani un po' di solitudine è un desiderio, ma per molti, troppi, è una condanna. Perché amplifica le povertà e le difficoltà. La densità di relazioni sociali è in realtà un'apparenza, perché con la crescita dell'età media aumenta anche la solitudine che avvolge la vita delle persone, soprattutto anziane, di quelle con disabilità e immigrate. Ma nella spirale della solitudine scivolano anche i giovani. I dati statistici e le ricerche sulle persone sole di Eurostat e Istat parlano chiaro: nel nostro Paese in 9,3 milioni si sentono soli e quasi la metà ha più di 65 anni. Evidenze riprese e commentate da Percorsi di secondo welfare che ha dedicato al tema il primo numero della sua nuova rivista divulgativa «Nessi». «Fra le sfide sociali di cui spesso parliamo - spiega Franca Maino, direttrice scientifica di Percorsi di secondo welfare e docente all'Università degli Studi di Milano - va aggiunta quella della solitudine, per come cambia la struttura familiare e per come è cambiata la società. Essere soli amplifica i rischi presenti e futuri. Significa essere più poveri: di relazioni, di contatti, avere meno possibilità di interazione con altri e questo tipo di

povertà si aggiunge ad altre forme non solo materiali. Ma che toccano varie sfere della vita delle persone, alimentare, lavorativa, sanitaria, e dei legami sociali».

Le situazioni toccano la quotidianità di tanti. Chi si trova in emergenza per un problema sanitario, un lutto o la perdita del lavoro non sa a chi rivolgersi, come affrontarlo, come gestire le ansie generate e superarlo. Non avere relazioni su cui poter contare cronicizza i problemi e spinge a una sorta di ritiro sociale: ci chiudiamo in casa, si esce poco, non ci rivolgiamo a servizi e non condividiamo ciò che viviamo, amplificando la sensazione che quel problema sia insormontabile. «Invece, nel dialogo e nel confronto con gli altri - spiega Maino - non solo si possono trovare soluzioni, ma rendersi conto che altri sperimentano situazioni analoghe. E questo dà sollievo».

Un tempo i «legami forti» - familiari e non solo - erano visti con sospetto, perché fautori di forme di nepotismo o familismo amorale, restringendo il desiderio di autonomia. Ma oggi possono produrre senso di appartenenza. «Sono anche quelli da cui ci si aspetta maggiormente solidarietà e

sostegno in caso di bisogno. Per questo - sostiene la sociologa Chiara Saraceno, che ne ha scritto per Nessi - giocano un ruolo importante, anche se con diversa intensità, lungo tutto l'arco della vita. Possono essere più o meno numerosi e soprattutto più o meno differenziati per tipo di legame, che siano i familiari più prossimi o gli amici più vicini. La povertà di legami forti, quindi, non riguarda solo la mancanza di relazioni familiari significative, il sentirsi soli, incompresi, non amati in famiglia. Riguarda anche l'assenza di persone su cui si può contare anche fuori e talvolta in alternativa della famiglia».

Le trasformazioni sociali hanno ridotto la cerchia prossima familiare e parentale dei legami sociali, ma sono stati messi in discussione anche quelli di vicinato, amicali e i rapporti nelle comunità in cui viviamo. Tutto questo avrà un impatto anche dal punto di vista della capacità di reagire ai cambiamenti che ognuno ha nella vita: quando va tutto bene i problemi sono relativi ma, in un sistema in cui il welfare è sempre più fragile, non poter contare sul sostegno degli altri è un'ulteriore grande sfida.

La solitudine in Europa e Italia

Cittadini europei che si sentono soli

Molto soli
13,1%



Un po' soli
35,5%



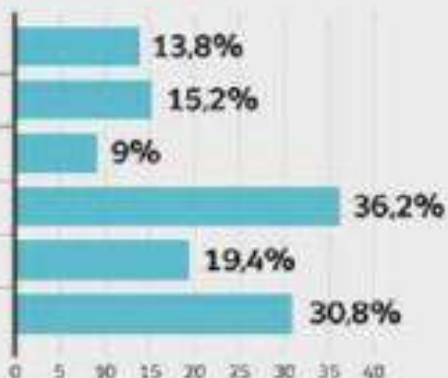
Le persone sole in Italia

9,3 milioni



di cui 4,4 milioni con più di 65 anni

Italiani solitari



Italiani con rapporti avversi con i genitori

15,2%

Italiani con parente stretto con grave malattia

9%

Famiglie composte da persone sole

36,2%

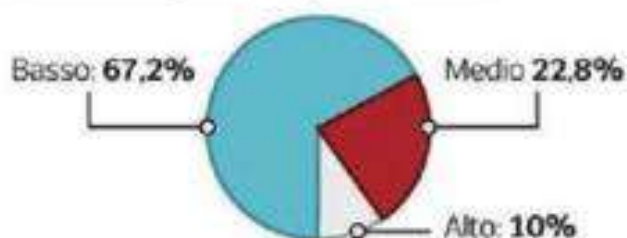
Coppie senza figli

19,4%

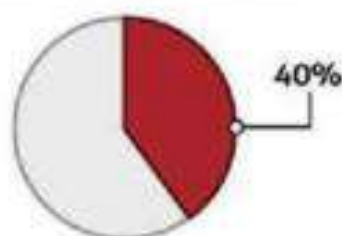
Persone sole con almeno 75 anni

30,8%

Grado di istruzione delle famiglie con persone sole



Persone sole soddisfatte della vita



Come si valuta la non autosufficienza in Francia?

Franco Pesaresi, | 20 ottobre 2025

Questo è il primo di una serie di cinque articoli sulla valutazione dei bisogni degli anziani in Italia e all'estero.

La valutazione dei bisogni rimane il punto partenza, insieme all'accesso, della presa in carico delle persone non autosufficienti. Le diverse nazioni hanno affrontato questo tema con differenze importanti relative all'esistenza o meno di strumenti di classificazione delle persone in base al loro livello di autonomia, alla composizione del team che la effettua e al legame con il tipo di servizio che verrà offerto e supportato.

In Italia, il tema è particolarmente attuale perché la legge 23 marzo 2023, n. 33. (Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane) ed il successivo D. Lgs. 29/2024 di attuazione della Legge affidano ad un ulteriore decreto il compito di individuare lo strumento nazionale di valutazione della non autosufficienza degli anziani.

Per questo potrebbe essere utile cercare di capire che cosa succede negli altri paesi a questo proposito. Questo primo articolo si occupa della Francia.

La valutazione della non autosufficienza in Francia.

La valutazione del grado di perdita di autonomia viene effettuata da un'équipe medico-sociale del Dipartimento territoriale. L'équipe è composta da più figure professionali con diversa formazione: medici, assistenti sociali, infermieri, personale amministrativo, ecc. La sua composizione varia a seconda del Dipartimento territoriale di competenza.

Generalmente, solo un membro del team si reca a casa dell'utente per valutare i bisogni della persona nel suo ambiente. Tale valutazione porta alla classificazione in una fascia di dipendenza (attribuzione di un GIR) e alla definizione di un piano di assistenza, che indica il numero di ore di assistenza necessarie alla persona valutata, nonché l'eventuale necessità di ausili tecnici. Si può tenere conto anche dell'ambiente in cui vive l'anziano, ad esempio della presenza del coniuge e dell'aiuto informale che può fornire.

Il Codice dell'Azione Sociale e della Famiglia (CASF) prevede ora che "l'équipe medico-sociale del dipartimento valuta il grado di perdita di autonomia della persona attraverso la griglia AGGIR e valuta la situazione e i bisogni del richiedente e di chi lo assiste e sulla base di un quadro di riferimento multidimensionale".

La valutazione multidimensionale che affronta la situazione della persona in modo globale (attività quotidiane, ambiente, habitat, sostegni erogati, progetti e aspirazioni della persona) non è tuttavia vincolante e non è ancora fatta propria da tutti gli attori. Il suo utilizzo dovrebbe essere ulteriormente incoraggiato.

La griglia AGGIR

In Francia, la valutazione dei bisogni dell'anziano e del suo piano di assistenza all'autonomia viene effettuata utilizzando la griglia AGGIR (gruppo autonomia-gerontologia-iso-risorse). Aggir classifica gli anziani in base al loro livello di capacità o incapacità di svolgere le azioni della vita quotidiana.

La griglia si articola su 6 livelli, dal GIR 1 corrispondente agli individui con maggiore perdita di autonomia al GIR 6 corrispondente agli individui autonomi. Chi viene classificato nei gruppi iso-risorse GIR da 1 a 4 hanno diritto all'assegno di autonomia personalizzato (APA).

La griglia AGGIR è uno strumento semplice di classificazione iso-risorse degli anziani che la Francia ha adottato alla fine degli anni '90. Il sistema AGGIR è costruito con dieci indicatori di autonomia indicati nella tab. 1.

Per ogni item è possibile assegnare un codice riferito rispettivamente alla capacità di svolgere quella particolare funzione abitualmente o in modo indipendente (A), solo parzialmente (B) o mai (C). Al codice si arriva dopo aver risposto se le varie funzioni vengono eseguite "spontaneamente", "totalmente", "correttamente" o "abitualmente". Quattro SI corrispondono al codice A, 4 NO corrispondono al codice C; per la risposta negativa ad alcune specifiche domande viene assegnato il codice C (Cfr. Tab. 1)

Tab.1 – Griglia Aggir – Gruppi isorisorse di autonomia geriatrica

n.	Variabili discriminanti	specifiche	Codice		
			A	B	C
1	<i>Comunicazione coerente:</i> Conversa e si comporta in modo logico e coerente				
2	<i>Orientamento:</i> È orientato nel tempo e nello spazio				
3	<i>Igiene personale:</i> È in grado di pettinarsi, farsi la barba, lavarsi al tronco e al viso (alto) e sotto la vita (basso)	alto			
		basso			
4	<i>Abbigliamento:</i> È in grado di scegliere i vestiti, vestirsi, spogliarsi al tronco (alto) agli arti inferiori (basso) o di chiudere e di aprire bottoni e cerniere (medio)	Alto			
		Medio			
		basso			
5	<i>Alimentazione: servirsi, mangiare:</i> È in grado di servirsi (prendere dal piatto, tagliare) e mangiare alimenti preparati	Servirsi			
		mangiare			
6	<i>Evacuazione urinaria e fecale:</i> È in grado di gestire in modo autonomo le sue funzioni	Urinaria			
		Fecale			
7	<i>Trasferimenti:</i> È in grado di spostarsi da solo dal letto alla poltrona, carrozzina, ecc.				
8	<i>Spostamenti interni:</i> Autonomo nei movimenti all'interno, anche se con deambulatore o carrozzina				
9	<i>Spostamenti esterni:</i> Autonomo nei movimenti all'esterno, anche se con carrozzina, e nell'uso dei mezzi pubblici				
10	<i>Comunicazione a distanza:</i> Utilizza gli strumenti di comunicazione: telefono, citofono, campanello.				

Note: I codici vanno compilati seguendo le seguenti istruzioni: Codice A quando la funzione viene svolta abitualmente in modo indipendente; Codice B quando la funzione viene svolta occasionalmente o con aiuto parziale; Codice C quando la funzione non viene svolta mai autonomamente, o solo con aiuto completo. Fonte: Brizioli et al, 2002 (modificato).[/caption]

La diversa combinazione dei vari codici A, B e C, consente di raggruppare i pazienti in 6 gruppi isorisorse (Cfr. Tab.2).

Tab.2 – Descrizione dei 6 gruppi iso-risorse Aggir

GIR Descrizione

GIR 1 Persone confinate a letto o in poltrona le cui funzioni intellettuali sono gravemente alterate e che necessitano una presenza indispensabile e continua dei caregiver. In questo gruppo si trovano le persone in fin di vita.

GIR 2 Persone le cui funzioni mentali non sono totalmente alterate, ma che necessitano di una sorveglianza permanente e di azioni di aiuto durante il giorno e la notte; oppure persone le cui funzioni mentali sono alterate ma che hanno conservato la loro capacità di muoversi.

GIR 3 Persone che hanno conservato la loro autonomia mentale e parzialmente la loro autonomia locomotrice ma che necessitano quotidianamente e più volte al giorno di aiuti per la loro autonomia corporale.

GIR 4 Persone che non hanno problemi locomotori ma che debbono essere aiutati per le attività corporali.

Persone con problemi locomotori che debbono essere aiutate per le attività corporali ma che si alimentano da sole.

GIR 5 Persone che sono in grado di muoversi all'interno del loro alloggio e che si alimentano e si vestono da sole. Necessitano di un aiuto puntuale per la toilette, la preparazione dei pasti e per la casa.

GIR 6 Persone che non hanno perduto la loro autonomia per gli atti di vita quotidiana.

La rilevanza dell'utilizzo della sola griglia AGGIR è tuttavia messa in discussione da diversi anni, in quanto non tiene sufficientemente conto di tutte le dimensioni della vita della persona, sottovaluterebbe il peso delle malattie neurodegenerative ed è soggetta a una grande variabilità di utilizzo tra i diversi Dipartimenti.

La griglia Aggir viene anche e soprattutto usata per stabilire le persone che possono beneficiare dell'Assegno personalizzato di autonomia (APA) che viene erogato a chi viene classificato nella classe GIR1, GIR2, GIR3 e GIR4 e a cui viene erogato un assegno graduato in relazione al livello di non autosufficienza.

La tab. 3 indica la distribuzione dei diversi livelli di gravità della popolazione che beneficia, sia in struttura che a domicilio, dell'assegno personalizzato di autonomia (Cfr. Tab.3).

Tab. 3 – Ripartizione % in gruppi GIR dei beneficiari dell'assegno di autonomia personalizzata a domicilio e in struttura residenziale al 31/12/ 2018

	GIR1	GIR2	GIR3	GIR4	TOTALE
In struttura residenziale					
65-69 anni	12,9	39,6	18,4	29,2	100,0
70-74 anni	14,1	42,6	18,6	24,8	100,0
75-79 anni	14,8	45,7	17,0	22,4	100,0
80-84 anni	15,2	45,5	16,9	22,4	100,0
85-89 anni	15,4	43,4	17,6	23,5	100,0
90-94 anni	14,6	42,8	18,3	24,3	100,0
95 anni o più	17,1	42,2	17,8	23,0	100,0
A casa					
65-69 anni	1,4	13,9	18,2	66,5	100,0
70-74 anni	2,0	15,8	19,1	63,1	100,0
75-79 anni	2,3	16,6	19,8	61,3	100,0
80-84 anni	2,3	16,1	20,7	60,9	100,0
85-89 anni	2,3	16,5	22,7	58,5	100,0
90-94 anni	2,8	18,8	25,7	52,7	100,0
95 anni o più	4,3	25,3	28,2	42,1	100,0

Fonte : Drees, enquête Aide sociale

Bibliografia

Brizioli E., Ferrucci L., Masera F., Grechi F., "Sistemi di remunerazione e di analisi del case-mix delle RSA" in Trabucchi

M., Brizioli E., Pesaresi F., (a cura di), *Residenze sanitarie per anziani*, Il Mulino, Bologna 2002.

CNAMTS, *Le modèle AGGIR – Fiche simplifiée d'évaluation*, 2004.

Cram Aquitaine, *Guide sur la réforme des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes*, 2005.

HCFEA, *Politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées*, Paris, 2019.

KPMG, *Observatoire des Ehpad*, Paris, 2014.

Pesaresi F., *Quanto costa l'RSA?*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2015.

<https://www.welforum.it/come-si-valuta-la-non-autosufficienza-in-francia/#:~:text=In%20Francia%2C%20la%20valutazione%20dei,le%20azioni%20della%20vita%20quotidiana.>



Ministero della Salute

EX DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE
SANITARIA

IL DIRETTORE GENERALE

RELAZIONE ILLUSTRATIVA

Aggiornamento del Piano Nazionale Cronicità

Il “Piano nazionale Cronicità” (PNC) nasce dall’esigenza di armonizzare a livello nazionale tutte le attività poste in essere in questo campo e si propone come documento condiviso che individua un disegno strategico comune, centrato sulla persona.

Già il primo PNC 2016 afferma la necessità di dotarsi di un impianto unitario di rilievo nazionale, improntato al pieno rispetto delle scelte attuative delle Regioni, in una logica di promozione e sviluppo di tendenze unitarie sul piano tecnico-scientifico, organizzativo e operativo.

A tal fine, il Piano prevede l’istituzione di una Cabina di Regia Nazionale che veda coinvolti, accanto al Ministero e alle Regioni, anche altri attori istituzionali (AGENAS, ISS, ISTAT ecc) e non, Società scientifiche, Associazioni di tutela dei malati, identificati tramite criteri oggettivi e qualitativi predefiniti.

Secondo le indicazioni del PNC, in particolare, la Cabina di regia ha il compito, in primis, di coordinare a livello centrale l’implementazione del Piano, proponendone quando ritenuto necessario, il relativo aggiornamento.

La Cabina di regia nazionale del Piano Nazionale Cronicità (PNC) ha ritenuto necessario procedere ad un aggiornamento complessivo del Piano, rendendolo cogente con le norme ed i documenti di programmazione nazionale intervenuti successivamente e, in particolare, con il quadro delle importanti riforme in corso di attuazione¹.

Il documento di aggiornamento del PNC, analogamente alla versione precedente **anch’essa isorisorse**, nasce dall’esigenza di armonizzare a livello nazionale un nucleo di attività da porre in essere per assicurare **uniformità nell’erogazione dei servizi sul territorio**, per l’assistenza ai pazienti cronici.

¹ In accordo a quanto previsto dal PNRR e dal DM77/2022, il territorio rappresenta il contesto assistenziale migliore per la cura dei pazienti cronici, anziani, con multimorbidità, disabilità e fragilità, essendo in grado di rispondere ai bisogni di salute del paziente al proprio domicilio o nella comunità di riferimento, anche attraverso interventi di educazione, prevenzione e promozione della salute.

Il D.M. 77 del 23.05.22 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”, traendo le proprie priorità sia dal PNRR che dal Patto per la Salute, si propone di stabilire gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi sulla base dei quali le Regioni/Province Autonome sono tenute a rimodulare l’assistenza territoriale per garantire la presa in carico individuale, oltre alle caratteristiche della rete di prossimità in cui si articola l’offerta dei servizi territoriali.

In particolare, riguardo alla cronicità, il modello assistenziale della Sanità d’Iniziativa si pone l’obiettivo di migliorare la gestione delle malattie croniche e di prevenirne l’evoluzione e le complicanze attraverso l’applicazione di un piano di presa in carico e di follow up proattivo, precoce e personalizzato, programmato sul medio-lungo termine, non solo sulla base delle condizioni cliniche, ma anche rispetto alle caratteristiche psicosociali e comportamentali del paziente.

Uno degli obiettivi fondamentali di questo modello assistenziale è, infatti, quello di coinvolgere attivamente il paziente e chi gli presta assistenza in modo da stabilire un Patto di Cura nel quale gli obiettivi di salute siano concordati e comprendano anche l’educazione alla conoscenza della propria malattia, l’acquisizione della capacità di autovalutazione ed autocura, l’adesione ad obiettivi di perseguimento di stili di vita che migliorino il livello specifico di salute e l’esperienza di malattia.

In particolare, si tratta di attivare l'integrazione delle risorse già esistenti che a vario titolo occorre governare al fine di porre in essere le azioni di competenza e, dunque, raggiungere i risultati attesi nel percorso di gestione del paziente cronico.

Gli aspetti trasversali dell'assistenza alla cronicità, infatti, sono affrontati nel PNC in una visione di *governance* unitaria che propone il collegamento di fasi di gestione quali l'integrazione sociosanitaria, la sanità di iniziativa, la sanità digitale, il ruolo delle farmacie, ecc., a favore della migliore gestione degli aspetti di fragilità sociale, potenziamento dell'ADI, dei progetti a supporto della valutazione della qualità delle cure ecc.

Il PNC, dunque, si pone come promotore di un sistema organizzato su tale visione e ogni Regione, nell'ambito della propria autonomia nelle scelte organizzative e operative, dovrà tener conto sia delle potenzialità sia delle criticità presenti nei contesti locali per disegnare progetti di innovazione nella gestione della cronicità, in armonia con il disegno nazionale prospettato nel piano.

Il controllo delle malattie croniche richiede, come noto, un approccio multidisciplinare, con un ampio spettro di interventi coordinati a differenti livelli, per prevenirne l'insorgenza e assicurare la precoce presa in carico dei soggetti a rischio o già affetti da patologia al fine di rallentarne la progressione anche con interventi comportamentali. Le dette previsioni - **che non hanno carattere innovativo dell'ordinamento** anche in quanto in tal caso non potrebbero essere contenute in un documento di programmazione - **sono infatti riferibili a quanto già previsto notoriamente a legislazione vigente.**

Il Piano vuole quindi indirizzare la gestione della cronicità verso un sistema virtuoso che realizzi tale integrazione, attraverso una progressiva transizione in un modello di rete.

Per ciascuna fase del percorso è stato previsto un obiettivo, le linee di intervento, i risultati attesi, un rationale e le criticità correlate, definendo indicazioni e suggerimenti per favorire l'integrazione tra servizi e la collaborazione tra operatori.

Il PNC, dunque, in relazione alle risorse stanziare a vario titolo, sulla base dei provvedimenti di riforma già emanati, in fase di attuazione, e in raccordo con quelle attivate da altre missioni del bilancio dello Stato, nonché da leggi speciali in materia, delinea un modello organizzativo e gestionale ottimale. Come rinvenibile dalla mera lettura dei titoli dei vari paragrafi (stratificazione, promozione della salute, prevenzione, diagnosi precoce, presa in carico attraverso un piano di cura, coinvolgimento del paziente e caregiver nel piano di cura, integrazione sociosanitaria, sanità digitale, interoperabilità dei sistemi, umanizzazione delle cure, ruolo delle associazioni, ruolo delle farmacie, sanità d'iniziativa) si tratta di temi da anni diffusamente trattati e oggetto di specifica normazione di rango primario.

La mancata previsione di risorse specifiche per l'attuazione del documento medesimo, come già accaduto per il vigente PNC e come previsto per la pressoché totalità dei documenti di programmazione sanitaria, nasce dalla constatazione che le risorse necessarie vanno, infatti, rinvenute in primis nell'ambito del Fondo sanitario nazionale.

Preme, inoltre, sottolineare che la Missione 6 del PNRR convoglia importanti risorse finanziarie a sostegno della presa in carico come momento centrale della gestione delle patologie croniche, con investimenti per l'assistenza di prossimità e domiciliare, la telemedicina e il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica per la raccolta ed analisi dei dati, oltre alle risorse stanziare per il potenziamento dell'assistenza territoriale, anche con riferimento ai maggiori oneri per la spesa di

personale dipendente della L. di bilancio 2022, **tutti argomenti che risultano specificamente trattati nei citati capitoli del PNC, proprio nella logica sopra enunciata.**

Per l'integrazione sociosanitaria territoriale e per le azioni legate all'attuazione dei LEPS di erogazione e la costituzione di sistemi di servizi integrati presso le Case della comunità previste anche dal PNRR del Ministero del Lavoro e Politiche Sociali; il Servizio sanitario nazionale e gli ATS (ambiti territoriali sociali) devono garantire alle persone in condizioni di non autosufficienza, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari, fino dalla legge 328 del 2000.

Alle risorse del SSN, infatti, la programmazione regionale deve aggiungere le risorse a carico dei Fondi per la spesa sociale ex legge 30 dicembre 2021, n. 234, come finanziate e implementate a legislazione vigente.

Per i soggetti cronici con problemi di disabilità, si cita a titolo meramente esemplificativo, il Fondo per le politiche in favore delle persone affette da disabilità, trasferito presso lo stato di previsione del MEF (dallo stato di previsione del MLPS), sul quale sono state autorizzate, a legislazione vigente, risorse incrementalmente della dotazione al fine di dare piena attuazione alla delega al Governo prevista nell'ambito del PNRR per il riordino e la sistematizzazione delle politiche di sostegno alla disabilità.

Si cita altresì il Fondo dedicato agli interventi a favore dei caregiver le cui risorse indirizzate ad interventi legislativi per il riconoscimento dell'attività non professionale del prestatore di cure familiari, sono state oggetto di previsioni incrementalmente della spesa.

Si elencano, inoltre, le risorse stanziare da leggi speciali quali quelle per il finanziamento della diagnostica di primo livello ai MMG e PLS, le risorse stanziare per la farmacia dei servizi, o il credito d'imposta in favore delle farmacie per favorire l'accesso a prestazioni di telemedicina da parte dei cittadini di piccoli centri urbani, i fondi straordinari stanziati sempre da leggi speciali per singole patologie croniche.

f.to IL DIRETTORE GENERALE

* Prof. Americo Cicchetti

VISTO IL CAPO DIPARTIMENTO DPDMF
Prof. Francesco Saverio Mennini

FRANCESCO
SAVERIO MENNINI
11.02.2025
12:36:53 UTC

AMERICO
CICCHETTI
11.02.2025
13:56:58
GMT+02:00

Referente:
Rosanna Mariniello – 06.59942216
email: r.mariniello@sanita.it

**Documento firmato digitalmente ai sensi e per gli effetti del d.lgs. n. 82/2005 "Codice dell'Amministrazione Digitale" e s.n.*



Ministero della Salute

*DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE, DEI DISPOSITIVI MEDICI, DEL FARMACO
E DELLE POLITICHE IN FAVORE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'EDILIZIA SANITARIA*

Piano Nazionale della Cronicità

Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di
Bolzano del

Sommario

<i>Introduzione.....</i>	<i>4</i>
<i>PARTE PRIMA.....</i>	<i>6</i>
Epidemiologia - Il trend demografico.....	6
I costi.....	14
<i>A. Il macro-processo di gestione della persona con cronicità.....</i>	<i>17</i>
FASE I: stratificazione e targeting della popolazione.....	18
FASE II: promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce.....	28
FASE III: presa in carico e gestione del paziente attraverso il piano di cura	36
FASE IV: erogazione di interventi personalizzati attraverso il coinvolgimento del paziente e caregiver nel piano di cura.	45
FASE V: monitoraggio e valutazione della qualità delle cure erogate	53
<i>B. Gli aspetti trasversali dell'assistenza alla cronicità</i>	<i>61</i>
Integrazione sociosanitaria	61
Sanità Digitale	65
Umanizzazione delle cure.....	71
Ruolo delle associazioni di tutela delle persone con malattie croniche e delle loro famiglie....	74
Il ruolo delle farmacie.....	77
Sanità d'iniziativa ed empowerment	82
<i>C. La cronicità in età evolutiva.....</i>	<i>87</i>
<i>D. Il monitoraggio del piano</i>	<i>95</i>
<i>PARTE SECONDA</i>	<i>96</i>
1. OBESITÀ.....	98
2. EPILESSIA.....	102
3. ENDOMETRIOSI.....	104
<i>Glossario e acronimi</i>	<i>107</i>
<i>Bibliografia.....</i>	<i>110</i>

Introduzione

Il Servizio sanitario nazionale (Ssn), nato sui principi della Costituzione (art.32) e basato sulle finalità universalistiche delineate sin dalla prima riforma sanitaria (art.1, Legge n. 833/1978), deve garantire equità, parità di accesso di tutti i cittadini ai servizi sanitari e l'abbattimento di ogni forma di disuguaglianza nell'accesso alle cure.

Questo principio assume particolare importanza nella cura della cronicità, che comporta un notevole impegno di risorse, richiedendo continuità di assistenza per lunghi periodi, il potenziamento dei servizi territoriali, non sufficientemente sviluppati nel nostro Paese, e una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali.

Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione dei sintomi, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita.

Per realizzarli è necessaria la definizione di percorsi in grado di prendere in carico il paziente nel lungo termine, prevenire e contenere la disabilità, garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sociosanitari.

La Cabina di regia nazionale del Piano Nazionale Cronicità (PNC) ha ritenuto necessario procedere ad un aggiornamento complessivo del Piano, rendendolo cogente con le norme ed i documenti di programmazione nazionale intervenuti successivamente alla approvazione del PNC 2016.

La Prima Parte è costituita da sezioni aggiornate che vanno a integrare i corrispondenti capitoli e paragrafi del Piano 2016. Nella Seconda Parte, utilizzando gli stessi criteri impiegati per il precedente documento, sono state individuate e aggiunte tre patologie croniche: obesità, epilessia, endometriosi. I relativi paragrafi sono stati redatti secondo la medesima metodologia utilizzata per il Piano precedente.

Le patologie croniche costituiscono uno dei più rilevanti problemi di salute pubblica a livello globale, nazionale e locale, per il loro impatto rilevante sulla mortalità ¹, ma anche sull'insorgenza della disabilità e il peggioramento della qualità della vita degli individui e spesso dei loro conviventi.

Si segnala, pertanto, l'opportunità di procedere ad aggiornamenti periodici delle schede contenute nella seconda parte del piano, che tengano conto della situazione epidemiologica, della condizione di salute generale dei soggetti con patologie croniche, dei bisogni emergenti ai quali rispondere con una presa in carico e continuità delle cure e quindi con una gestione sinergica e integrata attraverso il raccordo continuo tra più professionisti del servizio sanitario nazionale al fine di garantire l'ingresso quanto più precoce della persona con malattia cronica nel percorso diagnostico-terapeutico multidisciplinare.

A livello europeo molti sono i programmi comunitari attivati per contrastare le patologie croniche e scenari futuri di possibili insostenibilità del sistema nel garantire adeguati livelli di assistenza².

L'ampio obiettivo globale, tuttora auspicato, è quello di ridurre la mortalità prematura dovuta alle malattie di un terzo entro il 2030 e promuovere la salute e il benessere mentale a tutte le età (*SDGs - Sustainable Development Goals Obiettivo 3.4*).

1 Secondo l'OMS le malattie croniche (MCNT- Malattie croniche non trasmissibili) tra cui le principali sono le malattie cardiovascolari (cardiopatie e ictus), il cancro, il diabete e le malattie respiratorie croniche - insieme alla salute mentale, causano quasi tre quarti dei decessi nel mondo. (cfr: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057661>)

2 Ne sono esempio quelli già promossi nello scorso decennio sulla promozione dell'Invecchiamento attivo (*Active ageing*) e Guadagnare salute (*Gaining health*) nell'ottica della prevenzione e tutela della salute in tutto il corso di vita (*Long life approach to health*), o più di recente l'approccio *One health*, un approccio multidisciplinare che riconosce l'interconnessione tra le persone, l'ambiente e il pianeta. Dopo la grave crisi sanitaria da Covid-19 che ha colpito senza precedenti la maggior parte dei paesi nel mondo, la Commissione Europea ha lanciato il programma EU4Health (2021-2027), per sostenere gli Stati membri nelle sfide sanitarie di lungo periodo al fine di costruire sistemi sanitari più resilienti, mirati a ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle prestazioni sanitarie. Tali sostegni dovrebbero migliorare le condizioni di salute negli Stati membri e, al contempo, di raggiungere gli obiettivi di sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030 dell'ONU.

.....
L'invecchiamento della popolazione europea e ancor più quella italiana ha comportato nel tempo un incremento di persone affette da patologie croniche, nonché una maggiore diffusione della multimorbilità, segmento a maggior rischio di fragilità.

A ciò si affiancano anche in Italia cospicui guadagni di longevità, che si devono ad una pluralità di fattori - ambientali, stili di vita come la dieta mediterranea, sociali come il ruolo importante della rete familiare e di relazioni - e l'indiscussa rilevanza del supporto di un'assistenza caratterizzata dal principio universalistico di tutela della salute principi cardine del nostro sistema sanitario, che merita di essere salvaguardato. Permangono tuttavia, e non sembrano attenuarsi, le disuguaglianze territoriali e sociali delle condizioni di salute che incrementano il rischio non solo di mortalità evitabile, ma anche di fragilità e vulnerabilità.

Gli obiettivi di cura di tali pazienti, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati a migliorare il quadro clinico e il livello di funzionalità, cercando di minimizzare la sintomatologia e prevenendo la disabilità e la perdita di autonomia. I pazienti, essendo inoltre generalmente anziani o molto anziani, a causa dei mutamenti demografici e sociali sono spesso persone o coppie sole, con eventuali difficoltà nella gestione di

piani terapeutici domiciliari e criticità se versano in precarie condizioni socioeconomiche.

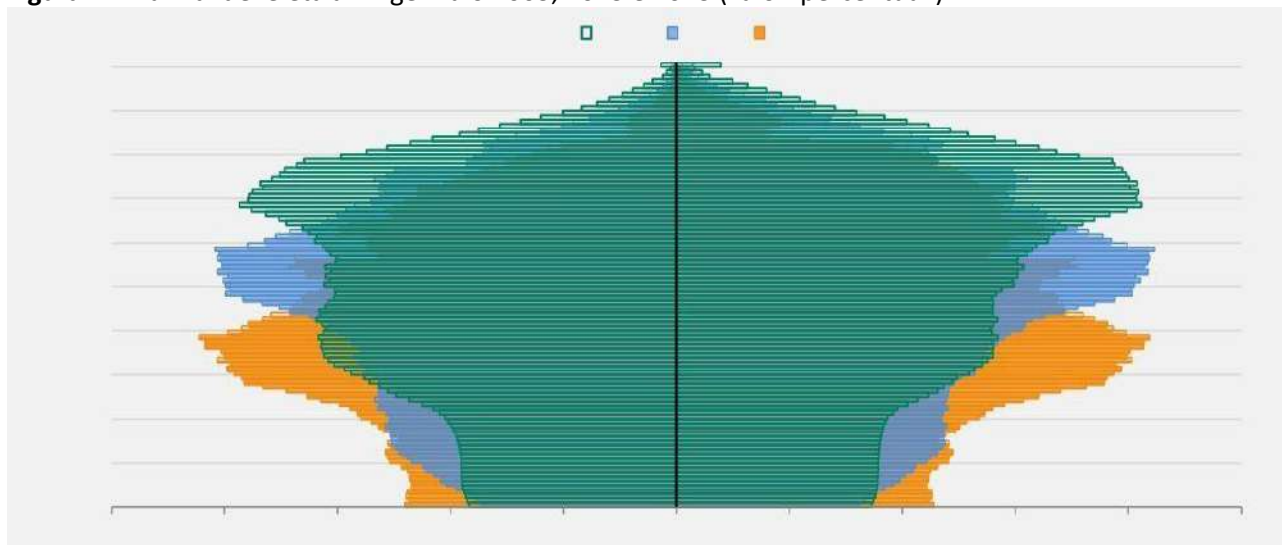
Per rispondere al bisogno di assistenza così articolato e complesso, già il Patto per la Salute 2019-2021 aveva ipotizzato una riorganizzazione dell'assistenza territoriale con percorsi di presa in carico della cronicità basati sulla medicina di iniziativa, in linea con quanto previsto dal Piano Nazionale Cronicità 2016 e dal più recente PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza), nell'ambito della Missione 6 "Salute", evidenziando la necessità di investire sull'assistenza socio-sanitaria, con la garanzia di promuovere omogeneità, accessibilità e integrazione socio-sanitaria dei servizi erogati.

Il D.M. 77 del 23.05.22 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale", traendo le proprie priorità sia dal PNRR che dal Patto per la Salute, si propone di stabilire gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi sulla base dei quali le Regioni/Province Autonome rimodulino l'assistenza territoriale per garantire la presa in carico individuale, oltre alle caratteristiche della rete di prossimità in cui si articola l'offerta dei servizi territoriali.

In particolare, riguardo alla cronicità, il modello assistenziale della Sanità d'Iniziativa si pone l'obiettivo di migliorare la gestione delle malattie croniche e di prevenirne l'evoluzione e le complicanze attraverso l'applicazione di un piano di presa in carico e di follow up proattivo, precoce e personalizzato, programmato sul medio-lungo termine, non solo sulla base delle condizioni cliniche, ma anche rispetto alle caratteristiche psicosociali e comportamentali del paziente. In questo contesto operativo si colloca il collegamento già previsto con il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) vigente.

Uno degli obiettivi fondamentali di questo modello assistenziale è, infatti, quello di coinvolgere attivamente il paziente e chi gli presta assistenza in modo da stabilire un Patto di Cura nel quale gli obiettivi di salute siano concordati e comprendano anche l'educazione alla conoscenza della propria malattia, l'acquisizione della capacità di autovalutazione ed autocura, l'adesione ad obiettivi di perseguimento di stili di vita che migliorino il livello specifico di salute e l'esperienza di malattia.

Figura 1. Piramidi delle età al 1° gennaio 2003, 2023 e 2043 (valori percentuali)



Fonte: Istat, *Popolazione per sesso, ed età e Previsioni della popolazione e delle famiglie*, base 1.1.2022, scenario mediano.

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1737108617.pdf>

Dalle visite online al controllo dei parametri vitali da casa. Da Agenas arrivano le regole per televisita, telemonitoraggio e telecontrollo

Dalla visita specialistica in videochiamata al monitoraggio continuo dei parametri vitali per i pazienti cronici o fragili. Prende forma il sistema nazionale di telemedicina con la pubblicazione da parte di Agenas dei modelli operativi per Televisita, Telemonitoraggio e Telecontrollo. Documenti che definiscono regole, responsabilità e percorsi per garantire uniformità, sicurezza e interoperabilità su tutto il territorio, finanziati dall'Ue con il Pnrr.

Sono i tre pilastri su cui si regge la sanità digitale del futuro, ma con caratteristiche, obiettivi e destinatari ben distinti. L'**Agenas Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas)** ha messo a punto e pubblicato i documenti analitici che disegnano il modello orientativo di erogazione di [Televisita](#), [Telemonitoraggio](#) e [Telecontrollo](#), tre servizi fondamentali della Telemedicina.

Si tratta di linee guida operative dettagliate che, per la prima volta in modo organico, spiegano come questi servizi debbano essere erogati, chi ne sia responsabile e quali passi debbano seguire i professionisti sanitari e i pazienti. L'obiettivo è triplice: spiegare l'architettura dei servizi sulla Piattaforma Nazionale di Telemedicina (PNT), favorire l'interoperabilità tecnica e organizzativa in tutto il Paese e supportare lo sviluppo della telemedicina transfrontaliera.

Tre servizi, tre obiettivi diversi

La confusione tra questi termini è frequente, ma i documenti di Agenas chiariscono una volta per tutte le differenze sostanziali.

- **La Televisita** è un "atto medico" vero e proprio, una prestazione di cura e assistenza erogata a distanza in tempo reale. È paragonabile a una visita ambulatoriale tradizionale, ma condotta via video. Il suo scopo principale è il **controllo di pazienti la cui diagnosi sia già stata formulata in presenza**, per follow-up, rinnovi terapeutici o valutazioni cliniche. Non può e non deve sostituire la prima visita in presenza, se non in casi eccezionali e valutati dal medico.
- **Il Telemonitoraggio** è destinato a pazienti con patologie **già diagnosticate e a rischio di evoluzione rapida**. Si basa sulla raccolta e trasmissione **in tempo reale (o near-real-time)** di dati clinici (ad esempio, parametri vitali rilevati da dispositivi digitali). È un servizio più "reattivo": la piattaforma software è impostata con valori soglia e, quando questi vengono superati, genera **alert (allarmi)** che attivano una **risposta sanitaria tempestiva**, che può andare dalla modifica della terapia all'attivazione del 118. Richiede dispositivi affidabili e spesso operativi anche offline per garantire la sicurezza.
- **Il Telecontrollo**, invece, è pensato per il monitoraggio a distanza di condizioni cliniche **perlopiù stabili**, tipiche delle patologie croniche, o a fini di prevenzione. La raccolta dati è più cadenzata e non richiede una risposta immediata. L'elemento centrale sono le **videochiamate periodiche** (televisite, videocolloqui) tra il paziente e il medico o l'équipe, durante le quali si analizza l'andamento clinico nel lungo periodo e si decide se modificare le terapie. È un servizio più "proattivo" e di programmazione.

Un percorso strutturato per pazienti e medici

I modelli di Agenas non si limitano a definire i servizi, ma ne descrivono minuziosamente il flusso operativo. Sia per il Telemonitoraggio che per il Telecontrollo, il percorso del paziente inizia con una **fase di arruolamento** che valuta priorità di accesso, indicazioni/controindicazioni cliniche e la **compliance digitale** del paziente (ovvero l'adeguatezza del suo contesto tecnologico). Solo al superamento di questi step si procede con la prescrizione e l'attivazione del servizio.

Anche per la Televisita è prevista una **verifica di eseguibilità**, in cui il medico valuta se la visita a distanza possa essere svolta con utilità e sicurezza, considerando le limitazioni dell'esame obiettivo a distanza e la dotazione

tecnologica disponibile. Il consenso informato del paziente è un passaggio obbligatorio e imprescindibile per tutti e tre i servizi.

La matrice delle responsabilità

Un elemento di grande chiarezza introdotto dai documenti è la "Matrice delle Responsabilità", una tabella che per ogni attività (dalla richiesta alla refertazione) indica chiaramente il soggetto responsabile, i soggetti coinvolti e quelli che devono essere informati. Questo garantisce trasparenza e definisce i perimetri d'azione di ciascun professionista, dal medico al personale infermieristico, da quello tecnico a quello amministrativo.

Verso un sistema sanitario integrato e digitale

La pubblicazione di questi modelli rappresenta un passo decisivo verso un'effettiva integrazione della telemedicina nel SSN. Fornisce a Regioni e Aziende Sanitarie una guida concreta per progettare e realizzare servizi non solo tecnologicamente avanzati, ma soprattutto clinicamente solidi, sicuri per il paziente e giuridicamente robusti, ponendo le basi per un nuovo modo di prendersi cura della persona, più proattivo e personalizzato.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=132696

JAMA

Special Communication

AI, Health, and Health Care Today and Tomorrow

The JAMA Summit Report on Artificial Intelligence

Derek C. Angus, Rohan Khera, Tracy Lieu

Riassunto

Importanza L'intelligenza artificiale (AI) sta cambiando la salute e l'assistenza sanitaria su una scala senza precedenti. Sebbene i potenziali benefici siano enormi, lo sono anche i rischi. Il JAMA Summit on AI ha discusso di come l'IA sanitaria e sanitaria dovrebbe essere sviluppata, valutata, regolata, diffusa e monitorata.

Osservazioni L'intelligenza artificiale sanitaria e sanitaria è di vasta portata, tra cui strumenti clinici (ad esempio, avvisi di sepsi o software di screening della retinopatia diabetica), tecnologie utilizzate da individui con problemi di salute (ad esempio, app sanitarie mobili), strumenti utilizzati dai sistemi sanitari per migliorare le operazioni aziendali (ad esempio, gestione del ciclo delle entrate o pianificazione) e strumenti ibridi che supportano sia le operazioni commerciali (ad esempio, documentazione e fatturazione) che le attività cliniche (ad esempio, suggerendo diagnosi o piani di trattamento).

Molti strumenti di intelligenza artificiale sono già ampiamente adottati, in particolare per l'imaging medico, la salute mobile, le operazioni di assistenza sanitaria e le funzioni ibride come la scrittura di visite ambulatoriali. Tutti questi strumenti possono avere importanti effetti sulla salute (buoni o cattivi), ma questi effetti spesso non sono quantificati perché le valutazioni sono estremamente impegnative o non richieste, in parte perché molti sono al di fuori della supervisione normativa della Food and Drug Administration degli Stati Uniti. Una grande sfida nella valutazione è che gli effetti di uno strumento dipendono fortemente dall'interfaccia uomo-computer, dalla formazione dell'utente e dall'impostazione in cui viene utilizzato lo strumento.

Numerosi sforzi stabiliscono gli standard per l'uso responsabile dell'IA, ma la maggior parte si concentra sul monitoraggio per la sicurezza (ad esempio, il rilevamento di allucinazioni del modello) o sulla conformità istituzionale con varie misure di processo e non affrontano l'efficacia (cioè, dimostrazione di risultati migliori).

Garantire che l'IA sia implementata in modo equo e in modo che migliori i risultati sanitari o, se il miglioramento dell'efficienza dell'erogazione dell'assistenza sanitaria, lo fa in modo sicuro, richiede progressi in 4 aree. In primo luogo, è necessario il coinvolgimento multi-stakeholder durante tutto il ciclo di vita totale del prodotto.

Questo sforzo includerebbe una maggiore partnership degli utenti finali con gli sviluppatori nella creazione iniziale degli strumenti e una maggiore partnership di sviluppatori, regolatori e sistemi sanitari nella valutazione degli strumenti man mano che vengono distribuiti. In secondo luogo, dovrebbero essere sviluppati e diffusi strumenti di misurazione per la valutazione e il monitoraggio.

Oltre alle iniziative di monitoraggio e certificazione proposte, ciò richiederà nuovi metodi e competenze per consentire ai sistemi sanitari di condurre o partecipare a valutazioni rapide, efficienti e solide dell'efficacia.

La terza priorità è la creazione di un'infrastruttura di dati rappresentativa a livello nazionale e di un ambiente di apprendimento per supportare la generazione di conoscenze generalizzabili sugli effetti sulla salute degli strumenti di intelligenza artificiale in diverse impostazioni. In quarto luogo, dovrebbe essere promossa una struttura di incentivi, utilizzando le forze di mercato e le leve politiche, per guidare questi cambiamenti.

Conclusioni e rilevanza L'IA sconvolgerà ogni parte della salute e dell'assistenza sanitaria nei prossimi anni. Dati i numerosi problemi di lunga data nell'assistenza sanitaria, questa interruzione rappresenta un'incredibile opportunità. Tuttavia, le probabilità che questa interruzione migliori la salute per tutti dipenderanno fortemente dalla creazione di un ecosistema in grado di una conoscenza rapida, efficiente, robusta e generalizzabile sulle conseguenze di questi strumenti sulla salute.

La portata, la scala e la velocità con cui l'intelligenza artificiale (AI) trasformerà la salute e l'assistenza sanitaria sono sbalorditive.¹⁻⁴ L'IA sta cambiando il modo e quando gli individui cercano assistenza e il modo in cui i medici interagiscono con i pazienti, stabiliscono diagnosi e implementano e monitorano i trattamenti. In effetti, c'è un notevole entusiasmo che l'IA, soprattutto visti i recenti progressi ([Box](#)), possa affrontare sfide di lunga data nell'accesso, nel costo e nella qualità dell'erogazione dell'assistenza sanitaria.^{1,4} Tuttavia, il percorso ottimale per lo sviluppo e la diffusione dell'IA rimane poco chiaro. A differenza dei farmaci o dei dispositivi medici più tradizionali, c'è poco consenso o struttura per garantire una valutazione, regolamentazione, implementazione e monitoraggio robusti, sicuri, trasparenti e standardizzati di nuovi strumenti e tecnologie di intelligenza artificiale.^{3,5-7} Alcune sfide sono di lunga data per la tecnologia dell'informazione sanitaria digitale nel suo insieme, anche se più preveggenti con l'ascesa dell'IA, mentre altre sono specifiche dell'IA.

La natura ampia e l'uso dell'intelligenza artificiale (AI)

- L'IA è un termine ampio; per decenni, l'IA consisteva in rappresentazioni della conoscenza basate su regole (software che codificano dichiarazioni logiche come "se X, allora Y") e modelli di previsione (reti neurali artificiali), offrendo risultati simili a quelli del software per computer tradizionali e modelli statistici. Tuttavia, con i progressi nella potenza di calcolo e la disponibilità di set di dati più grandi e complessi negli ultimi 2 decenni, l'IA si è evoluta rapidamente. I seguenti 3 progressi aiutano a differenziare l'IA dalle precedenti tecnologie digitali:
- **Apprendimento profondo:** sviluppo di reti neurali più profonde e contorte in grado di interpretare grandi set di dati complessi per affrontare compiti specifici ma complicati (ad esempio, visione artificiale).
- **IA generativa:** un'estensione dell'apprendimento profondo che utilizza i cosiddetti grandi modelli linguistici e di base in grado di generare nuovi contenuti per affrontare richieste di attività molto più ampie (ad esempio, ChatGPT o Gemini).
- **Agentic AI:** un'estensione del deep learning e dell'IA generativa in grado di prendere decisioni autonome (ad esempio, il software Tesla autopilot per la guida autonoma).
- Questo articolo si concentra sui nuovi strumenti di intelligenza artificiale utilizzati da medici, sistemi sanitari e individui con problemi di salute. La nuova tecnologia di intelligenza artificiale ampiamente utilizzata in tutta la società può anche influenzare la salute. Gli esempi includono:
- Gli strumenti di intelligenza artificiale utilizzati nelle scienze della vita (ad esempio, strumenti per migliorare la scoperta di farmaci, migliorare la condotta di studi randomizzati o interrogare i dati sanitari) potrebbero migliorare la scoperta biomedica.

- Gli strumenti di intelligenza artificiale utilizzati per affrontare i fattori sociali (ad esempio, strumenti per migliorare l'accessibilità degli alloggi o la sicurezza alimentare) potrebbero alterare la salute a valle.
- Gli strumenti di intelligenza artificiale ampiamente utilizzati nella comunicazione e nell'interazione sociale (ad esempio, algoritmi distribuiti nelle piattaforme di social media) potrebbero influenzare la salute mentale, diffondere informazioni (o disinformazione) sulla salute e l'assistenza sanitaria e influenzare aspetti del comportamento di ricerca di cure, come gli atteggiamenti sulla vaccinazione.
- L'uso di hack di efficienza generale da parte di scienziati biomedici e professionisti della salute, come l'uso di ChatGPT per la scrittura di rapporti biomedici o Gemini per le ricerche su Internet, potrebbe avere un impatto sul modo in cui le informazioni mediche vengono riassunte, distribuite e utilizzate.

Per garantire che l'innovazione nell'IA sia incoraggiata e appropriatamente incorporata nella fornitura di assistenza sanitaria, è necessario un allineamento su come affrontare queste sfide tra gli sviluppatori di intelligenza artificiale, i sistemi e i professionisti dell'assistenza sanitaria, i pagatori, i regolatori e i pazienti.^{4,5,7} Un vertice JAMA ha convocato più parti interessate per rivedere lo stato attuale dell'IA nella salute e nell'assistenza sanitaria, concentrandosi su come valutare, regolare e monitorare al meglio gli strumenti e le tecnologie dell'IA e le implicazioni per l'infrastruttura sanitaria e la forza lavoro. L'IA può influenzare la salute e l'assistenza sanitaria in molti modi ([Box](#)), ma abbiamo limitato la discussione agli strumenti e alle tecnologie utilizzati da medici, pazienti e individui con problemi di salute o benessere e sistemi di assistenza sanitaria ([Tabella 1](#)). Sebbene l'IA sia un termine ampio che può includere tecnologie più vecchie simili a quelle delle tradizionali applicazioni di supporto decisionale statistiche e basate su computer, la discussione si è limitata a progressi più recenti come i modelli di apprendimento automatico che utilizzano metodi d'insieme, apprendimento profondo, IA generativa e IA agentica ([Box](#)).⁸ Abbiamo usato il termine *strumento AI* per rappresentare qualsiasi strumento, tecnologia, dispositivo o applicazione contenente tale IA.

Tabella 1. Categorie di strumenti di intelligenza artificiale (AI) che influenzano direttamente la salute e l'erogazione dell'assistenza sanitaria

	Clinico	Diretto al consumatore	Operazioni commerciali	Ibrido
Descrizione	Strumenti di intelligenza artificiale utilizzati da un medico per supportare le decisioni diagnostiche o di trattamento	Strumenti di intelligenza artificiale utilizzati da una persona con problemi di salute o benessere, senza necessariamente impegnarsi con alcun sistema sanitario o professionista	Strumenti di intelligenza artificiale utilizzati da un sistema sanitario o da un professionista per ottimizzare gli aspetti della fornitura di assistenza sanitaria	Strumenti di intelligenza artificiale che servono a molteplici scopi (ad esempio, operazioni cliniche e aziendali)
Opportunità	Migliorare i risultati dei pazienti tramite: Migliore accesso alle cure, accuratezza diagnostica e conformità alle linee guida sulle migliori pratiche Assistenza più personalizzata	Migliorare la salute del paziente e della popolazione attraverso: Miglioramento della sorveglianza e della gestione delle malattie Aiutare le persone ad adottare stili di vita sani e strategie di prevenzione	Migliorare l'erogazione dell'assistenza sanitaria tramite: Automatizzare i processi ad alta intensità di lavoro Riduzione dell'onere amministrativo Riduzione dei rifiuti Miglioramento della generazione di entrate	Migliorare l'erogazione dell'assistenza sanitaria tramite: Riduzione degli oneri amministrativi per gli operatori sanitari Aiutare gli operatori sanitari a eseguire le attività di cura

	Clinico	Diretto al consumatore	Operazioni commerciali	Ibrido
		Accesso più rapido, più personalizzato e/o meno costoso alle cure		Aiutare i pazienti a navigare nelle opzioni di fornitura di assistenza sanitaria
Esempi	Software di intelligenza artificiale per lo screening autonomo della retinopatia diabetica Software incorporato nella macchina per ecografia cardiaca portatile che fornisce una diagnosi automatizzata Algoritmo basato su EHR che genera avvisi di sepsi con richieste di trattamento	App per smartphone che diagnostica e tratta le condizioni della pelle Chatbot che offre supporto per la salute mentale Algoritmo che utilizza i dati del biosensore dello smartwatch per rilevare cadute o aritmie	Algoritmo che utilizza i dati EHR per ottimizzare la codifica per la fatturazione Software per ottimizzare la gestione della catena di approvvigionamento Software per ottimizzare la programmazione dei pazienti e del personale	AI ambientale che trascrive le conversazioni paziente-clinico per generare note, fatture e piani di trattamento Ampio modello linguistico che risponde ai messaggi sicuri dei pazienti Navigatore per pazienti basato sul web che aiuta a programmare gli appuntamenti in base alle preoccupazioni del paziente
Tendenze attuali	Molte valutazioni pubblicate Notevoli sforzi per fornire supervisione normativa Elevata adozione nell'imaging medico Alta disponibilità ma adozione variabile di strumenti EHR incorporati Bassa adozione al di fuori dell'imaging e dell'EHR con preoccupazioni su fiducia, efficacia, sicurezza e costi di implementazione	Gran numero di app e download Scarsi dati sugli effetti sulla salute, con alcune preoccupazioni sulla sicurezza e l'efficacia Supervisione normativa molto limitata, in particolare per quanto riguarda gli effetti sulla salute Modello di business ottimale poco chiaro Poca integrazione tra i prodotti o con la fornitura di assistenza sanitaria	Mercato in rapida crescita, con ampia adozione da parte dei sistemi sanitari Valutazione molto limitata degli effetti sulla salute Supervisione normativa limitata Preoccupazioni espresse dai medici sugli effetti sconsiderati sui pazienti	Mercato in rapida crescita, con ampio interesse e adozione da parte dei sistemi sanitari Valutazione molto limitata degli effetti sulla salute Supervisione normativa limitata Preoccupazioni espresse dai medici sugli effetti sconsiderati sui pazienti

Strumenti di intelligenza artificiale nella salute e nell'assistenza sanitaria

Strumenti clinici

La maggior parte degli strumenti di intelligenza artificiale nella letteratura medica rientrano nella categoria degli strumenti clinici (cioè strumenti che supportano direttamente le attività cliniche degli operatori sanitari).

Gli esempi includono il software di intelligenza artificiale per lo screening automatizzato della retinopatia diabetica, il software di intelligenza artificiale incorporato in un dispositivo di ecocardiografia portatile per fornire una diagnosi automatizzata o un algoritmo di apprendimento automatico che scansiona la cartella clinica elettronica (EHR) per fornire avvisi di sepsi e raccomandazioni di trattamento.⁹⁻¹⁹

Molti di questi strumenti richiedono l'autorizzazione della Food and Drug Administration (FDA) degli Stati Uniti come dispositivi medici e più di 1200 sono stati approvati, la maggior parte dei quali sono nell'imaging medico.^{7,20} L'IA ha trasformato l'imaging medico, aumentando l'interpretazione delle immagini e cambiando drasticamente il modo in cui i radiologi e i patologi lavorano, con l'adozione di un qualche tipo di intelligenza artificiale da parte del 90% dell'assistenza sanitaria statunitense sistemi.^{1,21-23}

Gli strumenti di supporto decisionale clinico basati sull'intelligenza artificiale incorporati nell'EHR sono anche ampiamente disponibili, in parte perché alcuni sono stati al di fuori della supervisione della FDA e perché il costo per un sistema di assistenza sanitaria per avere lo strumento acceso può essere percepito come modesto.²³ Nonostante il buon accesso a questi strumenti di intelligenza artificiale nativi, persiste la preoccupazione tra i medici e i sistemi sanitari per quanto riguarda la loro accuratezza, valore e utilità.^{23,24}

Al di fuori dell'imaging medico e delle applicazioni integrate nell'EHR, la diffusione degli strumenti di intelligenza artificiale clinica è stata più lenta. La barriera principale è probabilmente che i sistemi sanitari responsabili dell'acquisto di questi strumenti non credano che offrano un valore sufficiente. I costi non solo per concedere in licenza uno strumento, ma anche per garantire un'adeguata formazione, infrastruttura digitale, manutenzione e monitoraggio possono essere considerevoli.^{23,25,26} Non vi è alcun rimborso per la maggior parte dell'uso di strumenti di intelligenza artificiale e, anche in casi selezionati in cui gli assicuratori forniscono il rimborso, non compensa l'intero costo.²⁷ Ci può essere anche scetticismo sul fatto che i presunti benefici saranno realizzati nella pratica. Le preoccupazioni per il pregiudizio algoritmico, il pregiudizio dell'automazione (favorire i suggerimenti dei sistemi automatizzati trascurando informazioni contraddittorie), la mancanza di generalizzabilità e l'insufficiente fiducia e approvazione da parte di medici e pazienti possono smorzare ulteriormente l'entusiasmo dei sistemi sanitari.^{23,24,28-32}

Strumenti diretti al consumatore (DTC)

C'è un notevole entusiasmo tra il pubblico per gli strumenti DTC AI (cioè gli strumenti utilizzati da pazienti o individui con problemi di salute o benessere).³³⁻³⁵

Gli esempi includono un'app che accede a una fotocamera dello smartphone per aiutare un individuo a diagnosticare una condizione dermatologica, un chatbot che offre supporto per la salute mentale e un algoritmo che utilizza i dati del biosensore da uno smartwatch per rilevare cadute o aritmie.³⁶⁻³⁹

Attualmente ci sono più di 350 000 app per la salute mobile, con l'intelligenza artificiale spesso incorporata nel software.^{35,40} Tre adulti su 10 in tutto il mondo hanno utilizzato un'app di salute mobile e il mercato è già più di 70 miliardi di dollari all'anno.³⁵ Sebbene alcuni prodotti, come quelli che monitorano le aritmie, sono regolamentati dalla FDA, le aziende possono spesso etichettare gli strumenti DTC come prodotti per il benessere generale a basso rischio e possono evitare requisiti normativi o di segnalazione.^{33,41,42}

La maggior parte di questi strumenti non si collega con l'impresa di erogazione dell'assistenza sanitaria, limitando la capacità degli operatori sanitari di accedere ai dati e rivedere o coordinare le raccomandazioni. Gli strumenti che interagiscono con gli operatori sanitari richiedono un notevole investimento iniziale per garantire che i dati siano integrati in modo appropriato. Alcuni assicuratori sanitari hanno incoraggiato l'uso di app per il benessere DTC tramite la copertura in abbonamento o gli incentivi di ricompensa, ma la maggior parte dell'utilizzo non viene rimborsata.⁴³⁻⁴⁵

Altre barriere includono la mancanza di prove di alta qualità per quanto riguarda i benefici per la salute; preoccupazioni sulla fiducia, l'usabilità e la privacy; l'integrazione (o meno) con i sistemi di assistenza sanitaria; e l'incertezza sul giusto modello di business.^{46,47} Tuttavia, poiché queste barriere vengono superate o aggirate, questi strumenti, poiché aggirano gran parte dell'infrastruttura sanitaria tradizionale, possono rappresentare un'innovazione veramente dirompente.⁴⁸

Strumenti operativi aziendali per l'assistenza sanitaria

I sistemi sanitari stanno rapidamente acquistando strumenti di intelligenza artificiale per aumentare l'efficienza del sistema e i margini operativi.^{2,49,50} Gli esempi includono software di intelligenza artificiale

per ottimizzare la capacità dei letti, la gestione del ciclo delle entrate, la pianificazione dei pazienti e del personale, la catena di approvvigionamento e i requisiti di reporting.^{2,49-57}

Un esempio popolare è l'uso dell'intelligenza artificiale da parte dei sistemi sanitari per generare richieste di autorizzazione preventiva e, forse non sorprende che gli assicuratori stiano adottando strumenti di intelligenza artificiale allo stesso modo per valutare tali richieste.⁵⁸⁻⁶⁰ L'uso dell'intelligenza artificiale per migliorare le operazioni aziendali è già radicato in molti settori.⁶¹

Tuttavia, le conseguenze per i pazienti quando le organizzazioni di erogazione dell'assistenza sanitaria adottano questi strumenti non sono ben comprese. Ad esempio, se un sistema sanitario implementa un software di intelligenza artificiale per ottimizzare la programmazione della sala operatoria, potrebbero esserci grandi effetti (buoni o cattivi) sui costi del personale e sull'accesso a interventi chirurgici sensibili al fattore tempo. Sebbene le modifiche all'accesso possano influenzare i rapporti sulla qualità dell'ospedale, l'attribuzione di queste modifiche allo strumento può essere trascurata perché l'uso dello strumento, simile ad altre strategie operative sanitarie, non richiede alcuna valutazione o revisione normativa.

Strumenti ibridi

Molti strumenti di intelligenza artificiale supportano sia le operazioni aziendali che alcuni aspetti dell'assistenza clinica o dell'esperienza del paziente. Ad esempio, i cosiddetti *scribe AI* che ascoltano le conversazioni paziente-clinico aiutano le operazioni generando note e fatture (riducendo il carico di documentazione) fornendo anche supporto clinico, come offrire possibili diagnosi o raccomandazioni di trattamento per la verifica. Allo stesso modo, uno strumento di navigazione per pazienti di intelligenza artificiale basato sul web può portare più pazienti in un sistema sanitario fornendo una migliore direzione ai giusti professionisti sanitari, generando entrate di sistema e migliorando l'accesso dei pazienti.

Questi strumenti vengono adottati molto rapidamente dai sistemi sanitari.^{2,23} Gli *scribi* di intelligenza artificiale in particolare, sebbene inizialmente associati a risultati contrastanti, sembrano ben accolti da pazienti e medici, specialmente se integrati con l'EHR.⁶²⁻⁶⁵ Ogni conversazione paziente-clinico negli Stati Uniti potrebbe presto essere accompagnata da un agente di intelligenza artificiale interattivo dal vivo.

Pubblicato online: 13 ottobre 2025



Health literacy e gruppi vulnerabili

Chiara Lorini e Guglielmo Bonaccorsi

L'alfabetizzazione sanitaria agisce sia come determinante sociale diretto, sia come leva strategica per altri determinanti modificabili ad alto impatto sulla salute delle comunità. Cruciale è il ruolo dei governi degli stati membri, nonché di altri e numerosi stakeholder, nel promuovere interventi pubblici che mirino a potenziare l'alfabetizzazione sanitaria soprattutto nelle fasce marginali della comunità.

Il 5 dicembre 2024 a Roma si è tenuta la conferenza [Health Literacy and Human Rights – Connecting Policy with Practice to promote Inclusion and Compact Discrimination](#). L'evento – organizzato dal Consiglio d'Europa in collaborazione con l'Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali d'Italia e con il sostegno del Ministero della Famiglia, della Natalità e delle Pari Opportunità e del Ministero della Salute italiano, si pone in continuità con il [procedente del dicembre 2023](#), raccogliendone le sfide e le opportunità, nella sempre

maggior consapevolezza che l'alfabetizzazione sanitaria assume un ruolo chiave per promuovere l'inclusione e combattere le discriminazioni nella società.

Durante l'evento, sono stati presentati e discussi due report di esperti. Il primo, di Kristine Sørensen, ***"Health literacy is a human rights concern. A needs assessment and gap analysis of health literacy challenges and human rights"*** (1), che inquadra la health literacy come una questione di diritti umani e di giustizia sociale, il secondo, di Guglielmo Bonaccorsi e Chiara Lorini, ***"Improving health literacy at individual and organisational levels – Creating a solid alliance between stakeholders to promote human rights"*** (2), che ne approfondisce le dimensioni operative e di governance, nella prospettiva di creare una rete di alleanze multi-stakeholder per trasformare i principi in politiche e pratiche, ovvero rendere i sistemi e le organizzazioni 'health literate'. In questo post presenteremo e commenteremo i contenuti del report di Sørensen mentre in un successivo tratteremo quello di Bonaccorsi e Lorini.

Health literacy e diritti umani, health literacy come diritto umano: presupposto e attributo per esercitare il diritto alla salute

L'approccio basato sui diritti (rights-based) parte da una premessa: il diritto alla salute è universale, inalienabile e non negoziabile. Tuttavia, diventa esigibile se le persone sono in grado di comprendere i rischi per la salute, i benefici di particolari scelte e comportamenti, le alternative possibili, così come se possiedono gli strumenti per orientarsi nei percorsi di cura, partecipare attivamente e con consapevolezza alle decisioni che riguardano la propria salute e fornire un consenso realmente informato alle cure e alle prestazioni.

Sørensen indica la health literacy come infrastruttura immateriale che rende esigibile il diritto: senza comprensibilità e usabilità dell'informazione, l'accesso a servizi disponibili e di qualità è asimmetrico e generatore di inequità.

Questo approccio sposta l'attenzione dalla responsabilità individuale a quelle più ampie della società, dei governi e delle istituzioni nel garantire i principi di uguaglianza, non discriminazione e accesso all'informazione, in particolare per i gruppi marginalizzati e vulnerabili.

"Leggere" il tema dell'alfabetizzazione sanitaria con la lente dei diritti umani – e viceversa – implica prima di tutto esplorare i bisogni di salute e di alfabetizzazione sanitaria delle persone in condizioni di vulnerabilità, e fornire raccomandazioni per colmare le lacune nell'esercizio di tali diritti. Nello specifico, le *"persone in situazioni di vulnerabilità"* sono individui o gruppi che affrontano rischi più elevati di discriminazione, esclusione o danno a causa di specifiche caratteristiche personali, condizioni socio-economiche o fattori ambientali.

Tali vulnerabilità possono derivare da età, genere, disabilità, etnia, status migratorio, povertà, esclusione sociale o stato di salute, e si riferiscono alla possibilità di subire un danno — che sia fisico, emotivo, sociale o economico — a causa della mancanza di risorse, resilienza o protezione.

Comprendere la vulnerabilità è fondamentale per sviluppare politiche e interventi mirati che forniscano sostegno e riducano i rischi per coloro che sono maggiormente esposti a danni o svantaggi. **Nel report, Sørensen identifica 17 gruppi a rischio di vulnerabilità rispetto alle risorse di alfabetizzazione sanitaria**, ovvero donne, bambini, rifugiati e persone sfollate internamente, apolidi, minoranze nazionali e popoli indigeni, lavoratori migranti, persone con disabilità, anziani, persone con HIV/AIDS, Rom/Sinti/Nomadi, persone LGBTI plus, persone con basso livello di istruzione, poveri, persone senza dimora, persone con disturbi da uso di sostanze, disoccupati, persone con comorbidità.

Per ciascun gruppo, il report riporta le barriere riscontrate e le principali raccomandazioni per contrastare il gap di alfabetizzazione sanitaria (vedi tabella 1).

Tabella 1

Gruppi di popolazione a rischio	Raccomandazioni per contrastare il gap di alfabetizzazione sanitaria
---------------------------------	--

Donne	Promuovere l'educazione sanitaria sensibile al genere, sostenere i diritti alla salute delle donne e offrire risorse sanitarie basate sulla comunità.
Bambini	Introdurre programmi di educazione sanitaria per bambini e genitori, integrare la salute nei curricula scolastici, rafforzare la prevenzione.
Rifugiati e sfollati interni	Fornire servizi di traduzione, cure culturalmente sensibili, supporto per la salute mentale e informazioni sanitarie accessibili.
Apolidi	Promuovere politiche sanitarie inclusive, fornire assistenza legale, sostenere cliniche mobili per raggiungere queste popolazioni.
Minoranze nazionali e popoli indigeni	Formare gli operatori sanitari alla competenza culturale, collaborare con leader comunitari, offrire servizi nella lingua madre.
Lavoratori migranti	Offrire servizi sanitari mobili, proteggere i diritti lavorativi legati alla salute, fornire assistenza linguistica.
Persone con disabilità	Garantire strutture accessibili, fornire informazioni in più formati, offrire formazione specifica agli operatori.
Anziani	Fornire informazioni semplici, in caratteri grandi, supporto in presenza, valutazioni regolari dell'alfabetizzazione sanitaria.
Persone con HIV/AIDS	Campagne di sensibilizzazione per ridurre lo stigma, gruppi di supporto tra pari, accesso riservato e confidenziale alle informazioni.
Rom / Sinti / nomadi	Programmi sanitari culturalmente appropriati, mediatori comunitari, unità mobili di assistenza.
Persone LGBTI+	Formazione degli operatori sulla sensibilità LGBTI+, creazione di spazi inclusivi, risorse di supporto.
Persone con bassa istruzione	Semplificare i materiali sanitari, programmi educativi comunitari, uso di supporti visivi.
Popolazioni povere (a basso reddito)	Ampliare l'accesso a cure accessibili, servizi a tariffe proporzionali al reddito, educazione sanitaria diffusa.
Persone senza dimora	Accesso sanitario non giudicante, integrazione del trattamento delle dipendenze, espansione dei servizi di riduzione del danno.

Persone con disturbi da uso di sostanze	Accesso sanitario non giudicante, integrazione della cura delle dipendenze con la medicina di base, potenziamento dei servizi di riduzione del danno.
Disoccupati	Supporto psicologico, accesso universale alla sanità, collegamento a reti di supporto comunitarie.
Persone con comorbidità	Servizi di case management, coordinamento delle cure, educazione sanitaria personalizzata.

Rispetto al rischio di bassa alfabetizzazione sanitaria dei gruppi di vulnerabilità, la lente dei diritti umani deve concentrarsi sui principi di disponibilità, accessibilità, accettabilità e qualità di servizi e prestazioni sanitarie.

- La **disponibilità** si riferisce alla presenza di risorse sufficienti e programmi per la alfabetizzazione sanitaria, inclusi materiali informativi, programmi educativi e formazione per gli operatori sanitari.
- L'**accessibilità** implica garantire che le risorse e i servizi per l'alfabetizzazione sanitaria siano raggiungibili e fruibili da tutti gli individui, indipendentemente da barriere fisiche, economiche o informative. Sebbene le piattaforme digitali abbiano migliorato l'accesso alle informazioni sanitarie, la competenza digitale e l'accesso a Internet variano notevolmente. Fattori socioeconomici limitano l'accessibilità per gruppi a basso reddito, anziani e persone che vivono in aree remote. Le barriere linguistiche ostacolano l'accesso alle informazioni sanitarie per chi non parla la lingua locale, mentre le disabilità (ad esempio visive o uditive) possono rendere inaccessibili le risorse "standard". Le disparità nella alfabetizzazione digitale rappresentano quindi un ostacolo significativo, poiché molte risorse online presuppongono un livello minimo di accesso e competenza digitale. Inoltre, la carenza di informazioni sanitarie in lingue minoritarie o in formati adatti alle persone con disabilità ne limita ulteriormente la fruibilità. L'accessibilità potrebbe essere migliorata fornendo informazioni sanitarie in più formati (ad esempio cartaceo, audio, video) e lingue, insieme a programmi di alfabetizzazione digitale per comunità con basso accesso. Politiche a supporto di Internet a prezzi accessibili nelle aree svantaggiate contribuirebbero anch'esse a migliorare l'accessibilità.
- L'**accettabilità** si riferisce all'adeguatezza culturale e sociale delle risorse per l'alfabetizzazione sanitaria, assicurando che rispettino i valori, le credenze e le preferenze locali. Attualmente, i materiali per l'alfabetizzazione sanitaria sono spesso progettati con un approccio unico, che può non tener conto delle specificità culturali, linguistiche o comunitarie. È quindi importante coinvolgere leader comunitari e professionisti culturalmente competenti per garantire che i materiali siano adattati alle esigenze specifiche della popolazione. La co-progettazione dei materiali con il contributo della comunità può migliorare rilevanza culturale e accettabilità.
- La **qualità** assicura che le risorse per l'alfabetizzazione sanitaria siano scientificamente accurate, aggiornate e presentate in modo da facilitare la comprensione e l'applicazione pratica. La qualità dei materiali per l'alfabetizzazione sanitaria varia in maniera significativa. Molte risorse pubbliche sono basate su evidenze scientifiche e aggiornate regolarmente, ma informazioni di bassa qualità sono purtroppo comuni, soprattutto online. Inoltre, i materiali sono spesso eccessivamente complessi e poco leggibili per chi ha bassi livelli di alfabetizzazione. Spesso i contenuti sono troppo tecnici, con scarsi sforzi per semplificarli o fornire indicazioni pratiche e applicabili. Semplificare concetti complessi mediante immagini, infografiche e linguaggio diretto può rendere l'informazione più accessibile.

Sintetizzando, risulta chiaro che una bassa alfabetizzazione sanitaria mette a rischio la realizzazione e la protezione dei diritti umani, in vari gruppi vulnerabili, a causa di barriere quali istruzione insufficiente, differenze culturali e linguistiche, accesso ridotto ai servizi sanitari, povertà e discriminazione. Queste

limitazioni ostacolano la navigazione nei sistemi sanitari, la comprensione delle indicazioni mediche e la partecipazione alla prevenzione, con conseguenze negative sulla salute e maggiori tassi di malattie prevenibili. In futuro auspichiamo che le abilità di health literacy siano garantite da sistemi inclusivi e programmi mirati. Ciò implica accesso equo a informazioni e servizi, interventi culturalmente e linguisticamente appropriati, empowerment degli individui nelle decisioni sanitarie e promozione di iniziative di sanità pubblica che riducano le disuguaglianze e tutelino i diritti umani fondamentali, nel pieno rispetto e come prerequisiti del raggiungimento degli obiettivi dei principali documenti internazionali relativi ai diritti umani.

Chiara Lorini e Guglielmo Bonaccorsi, Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Firenze

Bibliografia

1. Sørensen K. (2024). Health literacy is a human rights concern. A needs assessment and gap analysis of health literacy challenges and human rights. Strasbourg: Council of Europe. <https://rm.coe.int/expert-report-on-health-literacy-sorensen-2024-final-5-12-2024/1680b2bcce>
2. Bonaccorsi G, Lorini C (2024). Improving health literacy at individual and organisational levels – Creating a solid alliance between stakeholders to promote human rights. Strasbourg: Council of Europe. <https://rm.coe.int/expert-report-on-health-literacy-bonaccorsi-lorini-2024/1680b2aaaa>

<https://www.saluteinternazionale.info/2025/10/health-literacy-e-gruppi-vulnerabili/>



Inquinamento digitale

Pasquale la Torre

Ancora oggi, molte persone si stupiscono nello scoprire che il mondo digitale rappresenti uno dei determinati dell'inquinamento ambientale e del riscaldamento globale. Le tecnologie digitali hanno un impatto diversificato sull'ambiente. Se da un lato, la dematerializzazione di beni e servizi, ha contribuito alla riduzione di componenti come plastica e carta e alla riduzione dei flussi logistici, dall'altro, si registra il crescente consumo di energia, l'aumento delle emissioni di gas serra e dei campi elettromagnetici, l'accumulo di rifiuti elettronici e i potenziali effetti negativi sulla salute degli uomini e degli animali.

Inviare mail, messaggi Wp, fare ricerche online, ascoltare musica in streaming, consultare i social e guardare video, film o eventi sportivi su piattaforme, è diventata la nostra quotidianità. Per svolgere queste attività non utilizziamo carta, plastica e auto, quindi, possiamo erroneamente pensare che si tratta di comportamenti sostenibili. Purtroppo, per poter usufruire di questi servizi comunicativi ormai insostituibili, i device periferici (smartphone, video, cuffie) e l'infrastruttura fisica di internet (cavi, antenne, server, router), richiedono un'impressionante quantità di energia e causano il cosiddetto **inquinamento digitale**. La sostenibilità della rete è ormai un argomento che non può più essere derubricato ad analisi di settore, ma richiede attenzione e dibattito pubblico. **Oggi, molti si stupiscono nello scoprire che tutto ciò che riguarda il mondo digitale, ritenuto pulito, in quanto immateriale, possa avere un impatto sull'ambiente** (1). Quanto inquina internet e come ridurre l'impronta digitale? Quali conseguenze su clima e salute? L'articolo si propone di rispondere a questi interrogativi e di formulare qualche suggerimento per una maggiore consapevolezza e per l'implementazione di buone pratiche.

Inquinamento digitale

La rete internet insieme ai dispositivi per la connessione, genera il 4% del totale delle emissioni gas serra del pianeta. Nel 2023, messaggi, mail, post social e dati di aziende e istituzioni, hanno consumato una

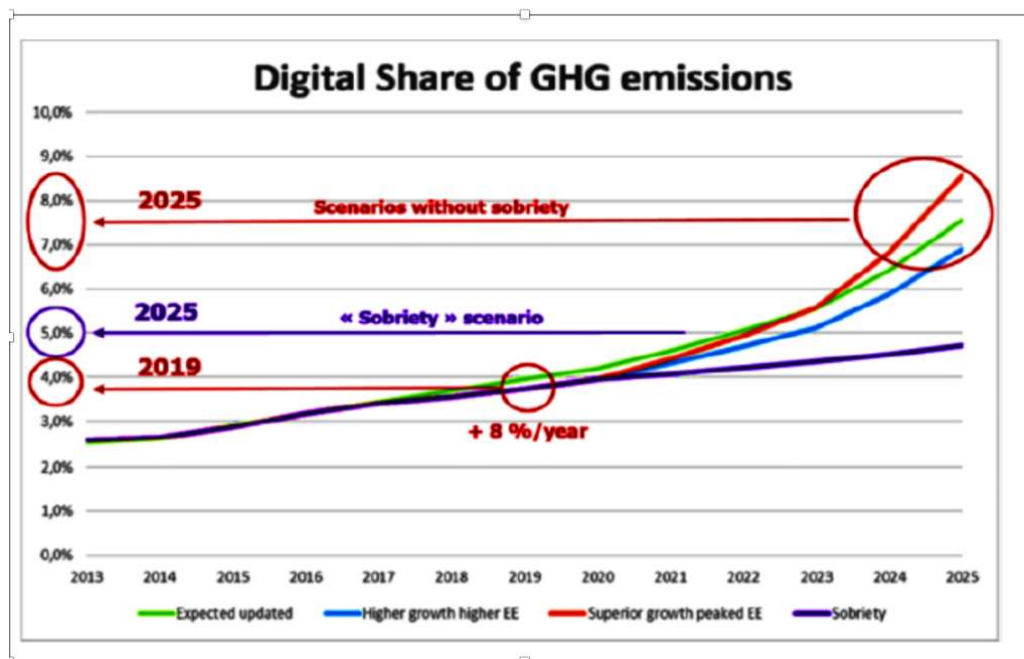
percentuale di gigawatt/ora del 55% in più rispetto all'anno precedente. Nel mondo, ogni giorno vengo effettuate 3,5 miliardi di ricerche su Google, inviate circa 360 miliardi di mail e circa 100 miliardi di messaggi wp. Secondo il più recente report di Ericsson, non sono tanto le mail e i messaggi Wp a incidere sull'impronta digitale, ma soprattutto i video streaming che consumano il 69% di tutto il traffico di banda del mondo. Secondo le stime dell'Agenzia Internazionale per l'Energia, **le emissioni del mondo delle tecnologie digitali potrebbero arrivare a rappresentare il 14% del totale (circa il consumo degli USA) entro il 2040. Queste previsioni non tengono conto dell'aumento dei consumi provocato dall'intelligenza artificiale.**

Nel 2019 per addestrare il sistema di Google sono state emesse 280 tonnellate di anidride carbonica; la cifra è salita a 550 tonnellate per addestrare GPT-3. Oltre all'addestramento dei sistemi di intelligenza artificiale, si deve considerare il conseguente utilizzo: una ricerca attraverso ChatGPT consuma 100 volte l'energia richiesta per una ricerca su Google, quantità che aumenta ulteriormente se si usano immagini e video. In base a quanto evidenziato dai dati, sembra che gli obiettivi di sostenibilità ambientale dei colossi Tech non sono in linea con le previsioni iniziali. In un report, Google ha ammesso che le sue emissioni sono aumentate del 48% negli ultimi cinque anni, e che cercare nei prossimi anni di ridurle sarà molto difficile (2). **Uno studio pubblicato del 2017 su the Guardian ha stimato che l'industria ICT potrà arrivare ad utilizzare fino al 20% dell'elettricità mondiale entro il 2025,** con un impatto paragonabile a quello dell'intera flotta aerea. L'impronta digitale non è solo legata alla produzione dei dati, ma anche al relativo accumulo: nelle caselle di posta, cloud e server, si conservano dati che, in gran parte, non verranno più utilizzati. **Il consumo illimitato di dati richiede oggi 3 volte più energia di quella che tutti i pannelli solari del mondo possono produrre (3).**

Nello studio *"A Systematic Review of the Pros and Cons of Digital Pollution and its Impact on the Environment"*, 2023, pubblicato sul Journal of Sustainability and Environmental Management, vengono evidenziati con precisione e solidità scientifica, gli effetti della digitalizzazione sull'ambiente. Secondo quanto riportato nell'articolo, la CO2 rappresenta la conseguenza di una serie di piccole azioni che eseguiamo quotidianamente sui nostri telefoni e sui computer. Tra il 1995 e il 2015, il peso delle pagine web è aumentato in media di 115; 1,6 kg di CO₂eq vengono emessi durante un programma televisivo di 30 minuti; 30 milioni di tonnellate di emissioni di CO2 sono state prodotte da streaming video online. Questi ultimi, sembrano avere gli impatti più significativi: **guardare un video per un'ora equivale a tenere acceso un frigorifero per un anno intero o a emettere 130 g di CO2 nell'atmosfera.** La maggior parte del traffico su Internet, infatti, proviene dallo streaming e l'intero numero di video online rappresenta l'1% di tutte le emissioni di gas serra. Entro quest'anno, si prevede che la percentuale di emissioni di gas serra attribuibili alle tecnologie digitali quadruplicherà rispetto all'attuale livello e l'energia per questo settore crescerà dell'8% l'anno. (Figura 1).

I principali responsabili dell'impatto digitale a livello globale sono i dispositivi degli utenti, mentre, data center e apparecchiature di rete si posizionano al secondo posto. Nel 2019, il consumo di CO₂eq dei dispositivi (smartphone, tablet) rappresentava il 66% del consumo totale delle tipologie analizzate (reti, data center, dispositivi) e riguardava principalmente la fase di produzione. L'articolo preso in esame, conclude sottolineando che l'introduzione di tecnologie digitali ha un impatto profondo e diversificato (positivo e negativo) sull'ambiente circostante. Gli effetti positivi sono associati alla dematerializzazione di beni e servizi, al miglioramento delle tecnologie di produzione, alla riduzione dei flussi logistici, ecc. Gli effetti negativi riguardano, invece, il crescente consumo di energia, l'aumento delle emissioni di gas serra, l'accumulo di rifiuti elettronici, gli effetti negativi poco studiati sugli apparati riproduttivi, sulla struttura del genoma, sulle risposte comportamentali degli organismi viventi, ecc. (4)

Figura 1. Percentuale di emissioni di gas serra (GHG=Greenhouse Gas) attribuibili alle tecnologie digitali. Fonte: The Shift Project, 2019



Ridurre l'impronta digitale

Come evidenziato in precedenza, tra le cause principali delle emissioni di CO₂ legate al sistema digitale ci sono i **data center-server**, strutture che elaborano, distribuiscono i dati attraverso la rete e richiedono un considerevole dispendio di energia, sia per il funzionamento, che per il raffreddamento di ambienti e componenti. Nonostante l'impegno delle aziende verso la sostenibilità ambientale, è doveroso osservare che il consumo di energia è alimentato dalla richiesta crescente di servizi da parte degli utenti. La connessione rapida, l'alta accessibilità alle informazioni e l'utilità dei servizi online, ormai, sono abitudini strutturate del nostro stile di vita, ed è proprio su abitudini e comportamenti, che si può intervenire per l'uso responsabile del digitale.

Tra i comportamenti virtuosi che possono essere messi in pratica senza particolari disagi o rinunce, si possono considerare i seguenti:

- evitare allegati non necessari nelle e-mail e nei messaggi Wp,
- privilegiare file dalle dimensioni contenute o in bassa definizione.
- privilegiare l'archiviazione in locale di documenti, video, immagini, piuttosto che quella in cloud,
- aggiornare periodicamente caselle di posta elettronica e mailing list,
- oscurare, quando non necessaria, la videocamera durante le riunioni online,
- eliminare programmi e app che non si utilizzano,
- preferire i messaggi testuali ai "vocali",
- ridurre l'uso dello streaming,
- spegnere i dispositivi fissi e mobili (tablet, Gps, WiFi), quando non necessari,

Queste forme di precauzione, se intraprese da milioni di persone, potrebbero contribuire in modo significativo sul contenimento delle emissioni (5,6).

Conclusioni

Ancora oggi, molte persone si stupiscono nello scoprire che il mondo digitale rappresenti uno dei determinati dell'inquinamento ambientale e del riscaldamento globale. Le tecnologie digitali hanno un impatto diversificato sull'ambiente. Se da un lato, la dematerializzazione di beni e servizi, ha contribuito alla riduzione di componenti come plastica e carta e alla riduzione dei flussi logistici, dall'altro, si registra il crescente consumo di energia, l'aumento delle emissioni di gas serra e dei campi elettromagnetici, l'accumulo di rifiuti elettronici e i potenziali effetti negativi sulla salute degli uomini e degli animali. Per ridurre l'impronta digitale sono necessarie un insieme di regole e buone pratiche, riassumibili nel maggiore utilizzo delle fonti rinnovabili di energia, nella riduzione del consumo dei dispositivi, e soprattutto, in un cambio di mentalità da parte dell'utenza, che può influire in modo importante nella riduzione di emissioni su scala mondiale. Sarebbe

necessario, ad esempio, sollecitare la consapevolezza sul fenomeno attraverso una costante campagna di sensibilizzazione, oppure, inserire sui display di pc e smartphone l'indicatore delle emissioni prodotte durante l'utilizzo.

Tutti questi propositi, per evitare il rischio di rimanere sul piano disarticolato delle singole iniziative, andrebbero inseriti in una politica di sistema aggiornata a nuove esigenze e tutele, come la vigilanza più stringente da parte delle istituzioni competenti (soprattutto in termini di prevenzione e salute), la responsabilità ambientale d'impresa e la valorizzazione delle agenzie educative in ordine alla formazione e alla sensibilizzazione verso un utilizzo sostenibile e consapevole della tecnologia digitale.

Pasquale la Torre, Tutor Didattico e docente a.c. Corso di Studi in Infermieristica, Università di Parma.

Riferimenti bibliografici

1 Le emissioni segrete. G. Sissa. Il Mulino. 2024

2 A. Signorelli. L'impatto ambientale del mondo digitale. 1 ottobre 2024.

<https://aulascienze.scuola.zanichelli.it/materie-scienze/tecnologia-14/impatto-ambientale-mondo-digitale/>

3 L. Palmisano. Quanto inquina internet e come ridurre la nostra impronta ambientale digitale. 16 marzo

2024. <https://economiecircolare.com/internet-impronta-ambientale-digitale/>

4 Oo, K. T., Jonah, K., & Thin, M. M. Z. (2023). A Systematic Review of the Pros and Cons of Digital Pollution and its Impact on the Environment. *Journal of Sustainability and Environmental Management*, 2(1), 61–73.

<https://doi.org/10.3126/josem.v2i1.53118>

5 Inquinamento digitale: cos'è e come ridurlo per essere sostenibili online nel 2024. 08.03.24. <https://www.eon-energia.com/magazine/energia-domestica/ridurre-inquinamento-digitale-sostenibilita-2024.html>

6 Come ridurre l'inquinamento digitale in 10 semplici passi. 21.4.23. <https://www.ptqs.it/come-ridurre-linquinamento-digitale-in-10-semplifici-passi/>

<https://www.saluteinternazionale.info/2025/10/inquinamento-digitale/>

Introduzione



Dall'Intelligenza Artificiale all'Intelligenza Cooperativa

Negli ultimi anni si parla molto di **intelligenza artificiale** (IA), ma quasi sempre in modo astratto o allarmato: macchine che pensano, sistemi che sostituiscono le persone, rischi di perdita di controllo. In realtà, l'IA che sta cambiando il mondo non è un cervello che lavora al posto nostro, ma uno **strumento che impara insieme a noi**, capace di collegare dati, esperienze e relazioni per aiutarci a comprendere meglio la realtà e prendere decisioni più informate.

Le tecnologie più recenti – chiamate LLM, ovvero *modelli linguistici di grandi dimensioni* – non sono altro che sistemi che apprendono dal linguaggio umano: testi, conversazioni, documenti. Da sole possono fare molto (scrivere, riassumere, rispondere a domande), ma restano senza identità, senza valori, senza contesto.

Il passo successivo, quello che proponiamo con **Sani Coop**, è diverso: **dare a queste intelligenze una "radice comunitaria"**, cioè costruire un sistema che non imiti le persone ma rifletta le caratteristiche, i bisogni e i valori di una comunità reale.

Questo sistema si chiama **Selftwin di Comunità**: un gemello digitale che non copia, ma rappresenta la memoria, la voce e l'evoluzione di una collettività viva.

Attraverso strumenti come **Cogi.co** (Community Generative Intelligence & Cooperation), il Selftwin può raccogliere le esperienze e le narrazioni locali, riconoscere i bisogni emergenti, mettere in relazione dati e storie, e restituire alla comunità una visione condivisa del proprio stato di salute, delle proprie risorse e delle direzioni possibili di miglioramento.

È un modo nuovo per usare l'IA come specchio e non come sostituto dell'umano, come strumento di cooperazione e non di competizione, come alleato per rendere più forti le comunità, non più fragili.

In questo senso, il *Selftwin di Comunità* rappresenta una risposta concreta al rischio di “sovraumanizzazione”: non un’intelligenza che pretende di essere più dell’uomo, ma un sistema che aiuta le persone e le organizzazioni a riconoscersi, connettersi e migliorare insieme, mantenendo il governo umano del processo e il valore etico della cura.

SCHEDA PROGETTUALE

“SELF TWIN DI COMUNITÀ E INTELLIGENZA COOPERATIVA”

Un motore cognitivo per la salute pubblica partecipata

Introduzione – Dall’Intelligenza Artificiale all’Intelligenza Cooperativa

Negli ultimi anni si parla molto di **intelligenza artificiale (IA)**, spesso con toni di entusiasmo o preoccupazione. Ma l’IA di cui abbiamo bisogno non è una macchina che pensa al posto nostro: è un **alleato cognitivo** capace di raccogliere, connettere e restituire conoscenza in modo cooperativo.

I modelli linguistici di grandi dimensioni (LLM) – quelli che permettono oggi alle macchine di comprendere e generare linguaggio naturale – offrono nuove possibilità per dialogare con sistemi complessi come la sanità o il welfare. Tuttavia, da soli rimangono **senza identità e senza valori**.

Il passo avanti che proponiamo con *Sani Coop* è creare un’intelligenza che **riflette la comunità**: non un “gemello digitale” generico, ma un **Selftwin di Comunità**, un’entità digitale che rappresenta la memoria, i bisogni, le priorità e i valori di un territorio.

Attraverso l’approccio **Cogi.co (Community Generative Intelligence & Cooperation)**, questa intelligenza non sostituisce l’umano, ma lo accompagna e lo potenzia. È un modo per affrontare i rischi della *sovraumanizzazione* dell’IA: non delegare, ma co-progettare.

Obiettivo generale

Costruire un **Selftwin di Comunità** come piattaforma di intelligenza cooperativa capace di:

- identificare e interpretare in modo continuo i **bisogni di salute e benessere** di una comunità locale;
- generare conoscenza condivisa e dialogo tra cittadini, operatori, istituzioni e imprese sociali;
- supportare la progettazione partecipata di interventi di promozione della salute e prevenzione.

3. Finalità specifiche

1. **Raccogliere conoscenze e narrazioni locali** (testi, atti, podcast, dati, documenti pubblici).
2. **Elaborare un “DNA cognitivo comunitario”**, sintesi dinamica dei valori, dei bisogni e delle risorse del territorio.
3. **Creare un’interfaccia dialogica** basata su IA che consenta ai cittadini e agli attori sociali di “parlare con la comunità stessa”.
4. **Sperimentare il modello Cogi.co** come laboratorio permanente di cooperazione cognitiva tra IA, istituzioni e cittadini.
5. **Misurare l’impatto** del progetto su indicatori di alfabetizzazione sanitaria, partecipazione civica e benessere percepito.

4. Metodologia

Fase 1 – Costruzione del DNA cognitivo comunitario

- Raccolta e analisi semantica di fonti pubbliche e materiali locali (atti, report, interviste, storie, social).
- Coinvolgimento di gruppi di cittadini e operatori nei laboratori di ascolto e narrazione (*Sani Coop* – livello 3).
- Creazione di un *dataset* **valoriale** validato eticamente e rappresentativo della comunità.

Fase 2 – Sviluppo del prototipo Selftwin e ambiente Cogi.co

- Progettazione del *Selftwin* come entità dialogica alimentata dal DNA cognitivo comunitario.
- Implementazione di un’interfaccia accessibile (web o app) per sperimentare interazioni e micro-apprendimento diffuso.
- Attivazione del *loop di apprendimento cooperativo* tra Selftwin, cittadini e operatori.

Fase 3 – Sperimentazione territoriale (pilota Mugello)

- Applicazione al territorio del Mugello, in collaborazione con USL Toscana Centro, ARS Toscana e partner sociali.
- Analisi dei dati emergenti e misurazione dell'impatto qualitativo e quantitativo (es. health literacy, partecipazione, prevenzione).

5. Output attesi

- **Prototipo operativo** di Selftwin di Comunità.
- **Dashboard cognitiva** per la lettura partecipata dei bisogni di salute.
- **Laboratorio Cogi.co permanente** per il dialogo tra cittadini e IA.
- **Linee guida replicabili** per altre comunità toscane o nazionali.

6. Partner e ruoli

- **CORE onlus Mugello** – Coordinamento generale e relazioni territoriali.
- **COOP / SPI CGIL** – Diffusione, engagement, alfabetizzazione sanitaria.
- **Fondazione FILE** – Sperimentazione di processi di cura e reti domiciliari.
- **ARS Toscana / USL Toscana Centro** – Supervisione metodologica e valutazione di impatto.
- **Università di Pisa / IMT Lucca** – Analisi semantica, social network analysis e validazione AI.

7. Innovazione e valore aggiunto

- Passaggio dall'**IA assistente** all'**IA dialogica e cooperativa**.
- Creazione di un **patrimonio cognitivo locale** gestito in modo etico e trasparente.
- Integrazione tra **intelligenza artificiale e intelligenza sociale**, con finalità di salute pubblica.
- Rafforzamento del legame tra cittadinanza, istituzioni e sistema delle cure.

8. Prossimi passi

- Costituzione del gruppo promotore e definizione del protocollo etico.
- Presentazione della proposta a Regione Toscana, Fondazione CR Firenze, AGENAS o programmi europei (Horizon Europe – AI for Social Good).
- Sviluppo del primo prototipo entro 12 mesi.

Economia e sanità



Debito Pubblico Italia 2025

Il debito pubblico italiano nel 2025 è in aumento e ha superato i 3.070 miliardi di euro a giugno 2025, sebbene si registri un calo temporaneo a luglio dovuto a fattori stagionali. Il rapporto debito/PIL, anche se in calo rispetto ai picchi della pandemia, rimane elevato (circa 137,9% nel primo trimestre 2025) e l'Italia si posiziona tra i paesi europei più indebitati.

Dati chiave

- **Debito totale:** Circa 3.070,8 miliardi di euro a giugno 2025, con una crescita di 18 miliardi rispetto a maggio.
- **Variazione mensile:** Un calo di 14,5 miliardi di euro a luglio 2025, dovuto principalmente all'avanzo di cassa delle amministrazioni pubbliche.
- **Rapporto debito/PIL:** Circa 137,9% nel primo trimestre 2025, in aumento rispetto allo stesso periodo del 2024.
- **Spesa per interessi:** Si attesta intorno ai 100 miliardi di euro all'anno, un costo significativo per il bilancio statale.
- **Crescita del PIL:** Prevista a circa lo 0,5% per il 2025, un dato che non contribuisce in modo significativo a ridurre il peso del debito.

Prospettive

- **Aumento strutturale:** Nonostante le fluttuazioni mensili, la tendenza del debito pubblico è in crescita.
- **Rischio tassi di interesse:** L'aumento dei tassi di interesse aumenta il costo del debito, creando una potenziale spirale negativa. Se i tassi tornassero al 6%, la spesa per interessi potrebbe raggiungere circa 120 miliardi di euro all'anno.
- **Sostenibilità:** La sostenibilità del debito dipende dalla crescita del PIL, dalla gestione della spesa pubblica e dalla fiducia dei mercati internazionali.

Possibili soluzioni

- **Aumento della crescita del PIL:** Oltre l'1% annuo, per superare il peso del debito.
- **Maggiore efficienza della spesa:** Riduzione degli sprechi e dei trasferimenti improduttivi.
- **Politiche attive:** Per sostenere l'occupazione e la produttività.
- **Stabilità politica e credibilità internazionale:** Per mantenere bassi i costi di finanziamento.



Il debito pubblico dell'Italia rialza la testa, nuovo record ad agosto oltre i 3.000 miliardi

[Valeria Santoro](#) e [Silvia Valente](#)

Ad agosto, il debito pubblico italiano è aumentato di 25,4 miliardi, toccando i 3.082,2 miliardi. L'incremento è legato principalmente all'aumento delle disponibilità liquide del Tesoro, secondo la Banca d'Italia. Per la settima volta consecutiva - da novembre 2024 - il debito pubblico italiano supera il tetto dei 3.000 miliardi e lo fa segnando un nuovo record: ad agosto è aumentato di 25,4 miliardi rispetto al mese precedente, risultando pari a 3.082,2 miliardi. Lo ha reso noto la Banca d'Italia nelle statistiche su fabbisogno e debito. L'incremento è dovuto all'aumento delle disponibilità liquide del Tesoro (25,3 miliardi, a 72,1) e all'effetto complessivo di scarti e premi all'emissione e al rimborso, della rivalutazione dei titoli indicizzati all'inflazione e della variazione dei tassi di cambio (0,7 miliardi), solo in minima parte compensati dall'avanzo di cassa (0,6 miliardi).

Con riferimento alla ripartizione per sottosettori, il debito delle amministrazioni centrali è aumentato di 25,6 miliardi, mentre quello delle Amministrazioni locali è diminuito di circa 0,2 miliardi. Il debito degli Enti di previdenza è rimasto invece sostanzialmente stabile.

Numeri che significano che su ogni italiano pende un debito di oltre 52 mila euro, sottolinea Massimiliano Dona, presidente dell'Unione Nazionale Consumatori.

Ripartizione del debito per sottosettori

La vita media residua del debito - immutata rispetto al mese precedente - è pari a 7,9 anni. La quota del debito detenuto dalla Banca d'Italia è diminuita al 19,2% (dal 19,5% del mese precedente).

Entrate tributarie in calo del 10,2%

A luglio, la quota detenuta dai non residenti è lievemente diminuita (33,3%, dal 33,4 del mese precedente) mentre è aumentata quella degli altri residenti (principalmente famiglie e imprese non finanziarie; 14,3%, dal 14,1 del mese precedente). Ad agosto le entrate tributarie contabilizzate nel bilancio dello Stato sono state pari a 56,1 miliardi, in diminuzione del 10,2% (6,4 miliardi) rispetto al corrispondente mese del 2024, «una dinamica su cui incidono anche gli effetti di una disomogeneità temporale in alcune scadenze di versamento».

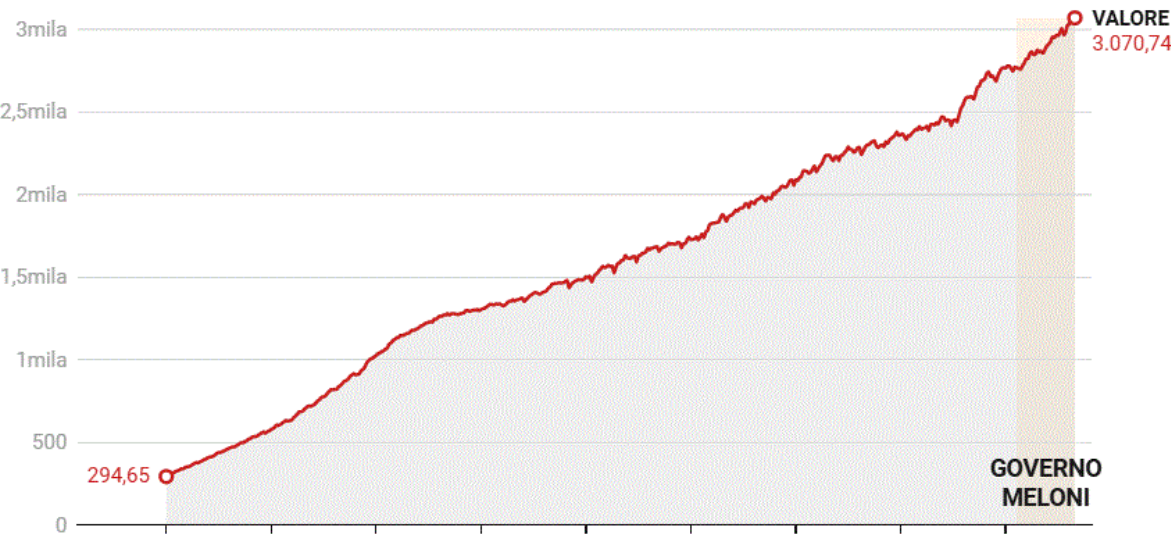
Entrate tributarie in calo del 10,2%

A luglio, la quota detenuta dai non residenti è lievemente diminuita (33,3%, dal 33,4 del mese precedente) mentre è aumentata quella degli altri residenti (principalmente famiglie e imprese non finanziarie; 14,3%, dal 14,1 del mese precedente). Ad agosto le entrate tributarie contabilizzate nel bilancio dello Stato sono state pari a 56,1 miliardi, in diminuzione del 10,2% (6,4 miliardi) rispetto al corrispondente mese del 2024, «una dinamica su cui incidono anche gli effetti di una disomogeneità temporale in alcune scadenze di versamento».

<https://www.milanofinanza.it/news/antitrust-avviata-istruttoria-nei-confronti-di-philip-morris-italia-202510151009534500>

L'andamento del debito pubblico dal 1985 ad oggi

Serie mensili da gennaio 1985. Dati in miliardi di euro



IL DEBITO PUBBLICO DA RINNOVARE					
anno	BOT	BTP	CCT	CTZ	TOTALE
2022	99.806	176.615	27.181	29.260	332.862
2023	7.150	225.890	23.218	0	256.258
2024	0	208.380	30.258	0	238.638
2025	0	158.028	43.263	0	201.291
2026	0	177.411	11.445	0	188.856
2027	0	111.727	0	0	111.727
2028	0	125.323	0	0	125.323
2029	0	60.537	16.003	0	76.540
2030	0	111.859	0	0	111.859
2031-2072	0	571.933	0	0	571.933
TOTALE	106.956	1.927.703	151.368	29.260	2.215.287
Legislatura in corso (fino ad aprile 2023)	106.956	233.566	27.181	29.260	396.963
Fonte. Elaborazioni Centro studi di Unimpresa su dati Ministero dell'Economia (12 febbraio 2022)					

CHI HA IL DEBITO PUBBLICO ITALIANO

Anno	Banca d'Italia	Banche	Sgr, fondi pensione e assicurazioni	Famiglie	Investitori stranieri	TOTALE
2020	556,2	655,0	362,5	232,0	772,5	2.578,2
%	21,6	25,4	14,1	9,0	30,0	
2021	676,7	659,4	352,5	212,2	785,8	2.686,6
%	25,2	24,5	13,1	7,9	29,2	
2022	721,1	671,6	366,5	264,3	740,8	2.764,2
%	26,1	24,3	13,3	9,6	26,8	
2023	695,5	623,6	372,3	384,5	793,7	2.869,6
%	24,2	21,7	13,0	13,4	27,7	
2024	642,1	601,5	378,2	421,0	923,8	2.966,6
%	21,6	20,3	12,7	14,2	31,1	

Fonte. Elaborazioni Centro studi di Unimpresa su dati Banca d'Italia (calori in milioni di euro)

(12 aprile 2025)

Rapporto debito pubblico/pil dei paesi del g-7

(dati in % del PIL)

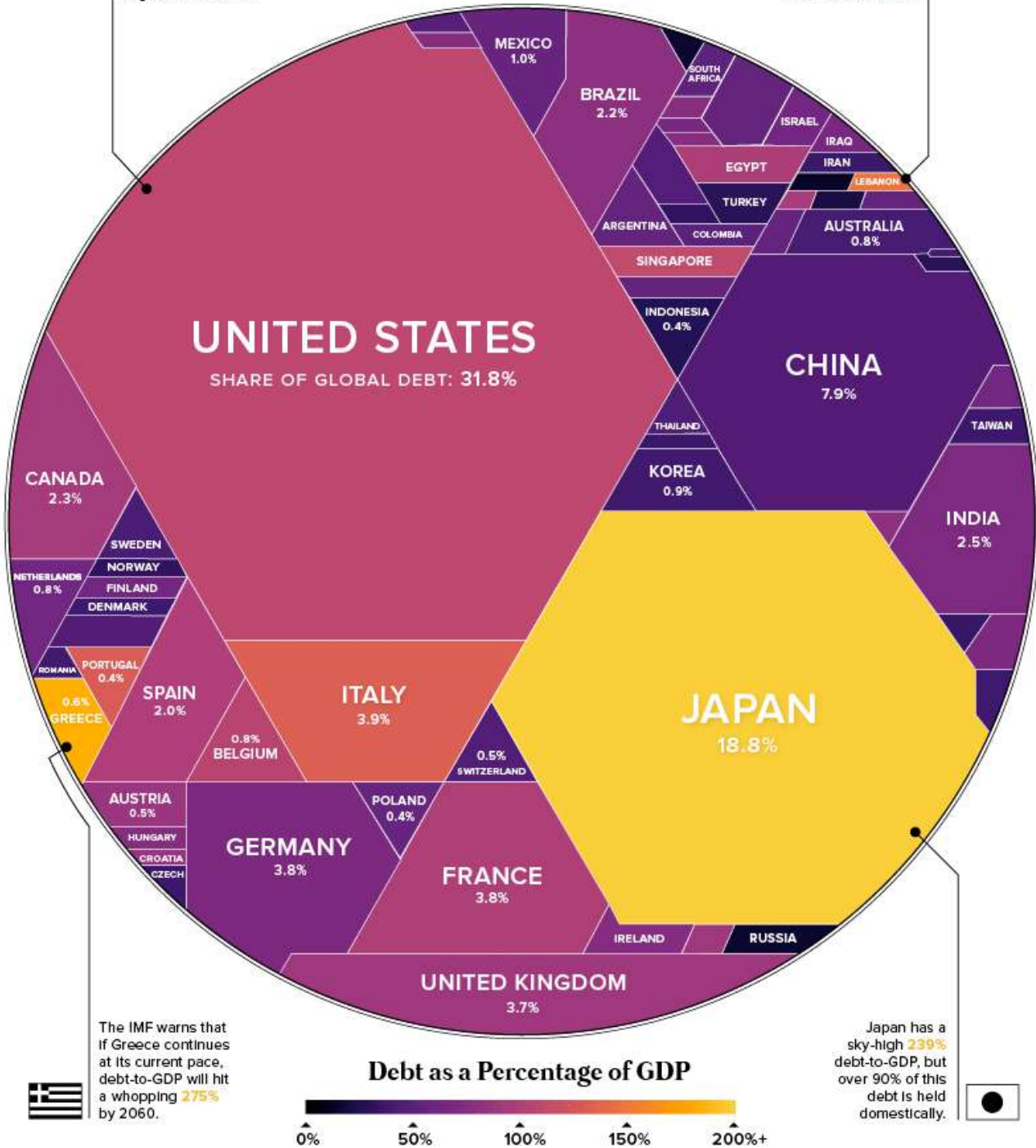
	2019	2024	2027	2030	2024 su 2019	2027 su 2019	2030 su 2019
FRANCIA	98,1	113,1	121,6	128,4	15	23,5	30,3
REGNO UNITO	85,7	103,9	106,1	106,1	18,2	20,4	20,4
STATI UNITI	108,2	120,8	124,9	128,2	12,6	16,7	20,0
GERMANIA	58,7	63,9	68,5	74,8	5,2	9,8	16,1
CANADA	90,2	110,8	109,4	104,1	20,6	19,2	13,9
ITALIA	133,8	135,3	138,6	137,7	1,5	4,8	3,9



In nominal terms, the U.S. leads the world with roughly **\$20 trillion** of government debt.

Percentage of World Debt BY COUNTRY

Lebanon, perhaps surprisingly, has the 3rd highest debt-to-GDP ratio in the world, at **149%**



The IMF warns that if Greece continues at its current pace, debt-to-GDP will hit a whopping **275%** by 2060.

Japan has a sky-high **239%** debt-to-GDP, but over 90% of this debt is held domestically.



Impatto macroeconomico del PNRR sul PIL

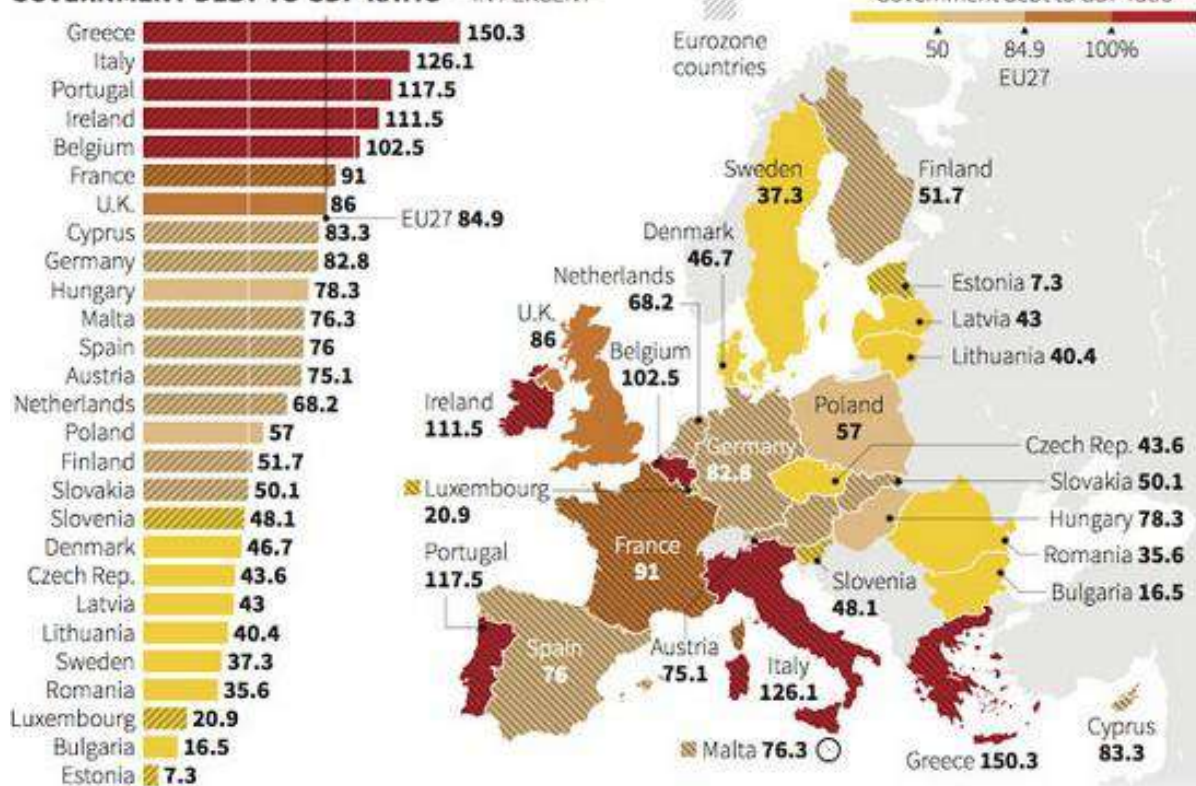


European government debt

At the end of the second quarter of 2012, the government debt to GDP ratio in the euro area stood at 90 percent, compared with 88.2 percent at the end of the first quarter of 2012.

In the EU27, the ratio increased from 83.5 percent to 84.9 percent.

GOVERNMENT DEBT TO GDP RATIO — IN PERCENT



Source: Eurostat

W. Foo, 01/11/2012

REUTERS

Istat; cresce l'economia non osservata (+ 7,5%) la sotto-dichiarazione del valore aggiunto raggiunge 108,2 miliardi (+ 6,6%)

[Luciano Cerasa](#)

Nel 2023 il valore aggiunto generato dall'economia non osservata, ovvero dalla somma di economia sommersa e attività illegali, si è attestato a 217,5 miliardi di euro, con una crescita del 7,5% rispetto all'anno precedente (quando era 202,4 miliardi).

Nel 2023 l'economia sommersa (ovvero al netto delle attività illegali) si attesta a poco meno di 198 miliardi di euro, in crescita di 14,9 miliardi rispetto all'anno precedente, mentre le attività illegali sfiorano i 20 miliardi. La sua incidenza sul Pil (9,2% nel 2023) rimane su valori analoghi al biennio precedente, seppure in lieve aumento (era 9,1% nel 2022 e 9,0% nel 2021).

Le unità di lavoro irregolari sono 3 milioni 132mila, in crescita di oltre 145mila unità rispetto al 2022.

L'economia non osservata è costituita dalle attività produttive di mercato che sfuggono all'osservazione diretta e comprende, essenzialmente, l'economia sommersa e quella illegale. Le principali componenti dell'economia sommersa sono costituite dal valore aggiunto occultato tramite comunicazioni intenzionalmente errate del [fatturato](#) e/o dei costi (sotto-dichiarazione) o generato attraverso l'impiego di lavoro irregolare. Ad esso si aggiunge il valore dei fitti non dichiarati, delle mance e un'ulteriore integrazione che emerge dalla riconciliazione fra le stime degli aggregati dell'offerta e della domanda.

Quest'ultima contiene, in proporzione non identificabile, effetti collegabili a fenomeni di carattere puramente statistico ed elementi ascrivibili a componenti del sommerso non completamente colte attraverso le consuete procedure di stima. L'economia illegale include sia le attività di produzione di beni e servizi la cui vendita, distribuzione o possesso sono proibiti dalla legge, sia quelle che, pur essendo legali, sono svolte da operatori non autorizzati.

In accordo con i regolamenti comunitari, le attività illegali incluse nel Pil dei Paesi Ue sono la produzione e il commercio di stupefacenti, i servizi di prostituzione e il contrabbando di tabacco.

Rispetto all'anno precedente, il valore aggiunto dovuto alla sotto-dichiarazione ha registrato un incremento del 6,6% (pari a +6,7 miliardi di euro), mentre quello generato da lavoro irregolare ha segnato una crescita dell'11,3% (corrispondenti a +7,8 miliardi). Contenuto, invece, il contributo delle altre componenti del sommerso: mance e fitti non dichiarati hanno registrato un aumento del 3,8% (pari a +0,5 miliardi) rispetto al 2022, mentre le attività illegali sono aumentate dell'1,0% (circa +0,2 miliardi).

La dinamica più sostenuta del valore aggiunto da lavoro irregolare rispetto alle altre componenti ha determinato una lieve ricomposizione del loro peso relativo all'interno del complesso dell'economia non osservata. In particolare, l'incidenza del valore aggiunto da lavoro irregolare si è portata al 35,5%, raggiungendo quanto osservato nel 2021 (35,6%) e recuperando 1,2 punti percentuali rispetto al 2022 (34,3%). Di converso, il peso del valore aggiunto da sotto-dichiarazione è sceso nel 2023 al 49,7% dal 50,1% del 2022 (era 49,3% nel 2021). Le altre componenti del sommerso hanno contribuito per il 5,6% al complesso dell'economia non osservata (5,8% nel 2022 e 5,2% nel 2021).

Continua, infine, il progressivo ridimensionamento dell'impatto dell'economia illegale. Nel 2023 si è attestata al 9,2%, 1,3 punti percentuali al di sotto del livello del 2020 (quando era al 10,5%), 0,6 punti in meno di quanto registrato nel 2022 (quando era pari al 9,8%).

La componente legata alla sotto-dichiarazione si attesta a 108,2 miliardi di euro mentre quella connessa all'impiego di lavoro irregolare è pari a 77,2 miliardi (erano, rispettivamente, 101,5 e 69,4 miliardi nel 2022). Le componenti residuali valgono 12,2 miliardi di euro (11,8 miliardi nel 2022).

La diffusione del sommerso economico è legata al tipo di mercato di riferimento piuttosto che alla tipologia di bene/servizio prodotto. Per cogliere questa caratteristica, nella descrizione si utilizza una disaggregazione settoriale che considera la specificità funzionale dei prodotti/servizi scambiati piuttosto che le caratteristiche

tecnologiche della produzione. Nella classificazione adottata, le attività industriali sono distinte in Produzione di beni alimentari e di consumo, Produzione di beni di investimento e Produzione di beni intermedi (che include il comparto energetico e gestione dei rifiuti).

Nel terziario, le attività dei Servizi professionali sono considerate separatamente dagli Altri servizi alle imprese.

Nel complesso, i settori dove il peso del sommerso economico è maggiore sono gli Altri servizi alle persone, dove esso costituisce il 32,4% del valore aggiunto del comparto, il Commercio, trasporti, alloggio e ristorazione (18,8%) e le Costruzioni (16,5%). Si osserva invece un'incidenza minore per gli Altri servizi alle imprese (5,5%), la Produzione di beni d'investimento (4,3%) e la Produzione di beni intermedi (1,6%).

La tendenza a un lieve aumento dell'incidenza del sommerso sul totale del valore aggiunto (al 10,3% nel 2023, dopo il 10,2% del 2022 e il 10,1% del 2021) è il risultato di dinamiche settoriali eterogenee.

Da un lato, è confermata la contrazione del sommerso in alcuni settori chiave, come Costruzioni (dove l'incidenza del sommerso è diminuita di 1,1 punti percentuali nel 2023, dopo essere calata di 0,6 punti nel 2022) e Agricoltura (-0,4 punti percentuali nel 2023 e -1,0 punti nel 2022).

D'altra parte, si è riscontrato un aumento del suo impatto per gli Altri servizi alle persone (+2,3 punti percentuali), gli Altri Servizi alle imprese e Commercio, trasporti, alloggio e ristorazione (+0,2 punti per entrambi).

Il contributo della sotto-dichiarazione all'attività produttiva ha un ruolo significativo per gli Altri servizi alle persone (12,2% del valore aggiunto del settore), il Commercio, trasporti, alloggio e ristorazione (11,1%), le Costruzioni (10,3%) e i Servizi professionali (10,0%). Il fenomeno risulta invece meno rilevante per la Produzione di beni di investimento (3,0%), l'Istruzione, sanità e assistenza sociale (2,9%), gli Altri servizi alle imprese (2,6%) e la Produzione di beni intermedi, energia e rifiuti (0,6%).

Il valore aggiunto generato dall'impiego di lavoro irregolare presenta una maggiore incidenza negli Altri servizi alle persone (19,7% del valore aggiunto del settore), anche per l'inclusione del lavoro domestico.

Al contrario, il fenomeno risulta limitato nei comparti industriali (con un impatto compreso tra lo 0,9% e il 2,8%) e negli Altri servizi alle imprese (1,6%). In Agricoltura, infine, il valore aggiunto sommerso, connesso esclusivamente alla componente di lavoro irregolare, è pari al 14,9% del totale del comparto.

Cresce il lavoro irregolare

Sono definite irregolari le posizioni lavorative per le quali non viene rispettata la normativa vigente in materia fiscale e contributiva e quelle relative alle attività illegali, quindi non osservabili direttamente presso le imprese, le istituzioni e le fonti amministrative.

Nel 2023 sono 3 milioni e 132mila le unità di lavoro a tempo pieno (Ula) in condizione di non regolarità, occupate in prevalenza come dipendenti (circa 2 milioni e 274mila unità). Rispetto al 2022, il lavoro irregolare è aumentato del 4,9% (poco più di 145mila Ula).

Entrambe le componenti dipendenti e indipendenti hanno registrato una dinamica simile con un aumento, rispettivamente, del 4,9% e del 4,8%, pari a +105,8mila Ula dipendenti e +39,5mila Ula indipendenti.

Il tasso di irregolarità, calcolato come incidenza percentuale delle Ula non regolari sul totale, è risultato lievemente in aumento nell'ultimo anno, dopo 5 anni di calo consecutivo, attestandosi al 12,7% (era 12,5% nel 2022).

L'aumento del tasso di irregolarità è dovuto alla forte crescita del lavoro non regolare, la cui dinamica (+4,9%) è stata circa il doppio rispetto a quella dell'input di lavoro regolare. Quest'ultimo ha registrato nel 2023 un aumento del 2,4% (circa +503,5mila Ula), determinato prevalentemente dalla componente dei dipendenti (+3,1% Ula regolari pari a +464mila Ula).

Il tasso di irregolarità si è confermato più elevato tra i dipendenti in confronto agli indipendenti (pari, rispettivamente, al 12,9% e al 12,2%); è proseguita, tuttavia, la tendenza all'attenuazione della differente incidenza del lavoro irregolare tra le due componenti, in atto dal 2018.

Nell'ultimo anno si è riscontrato un aumento di 0,2 punti percentuali del tasso di irregolarità per le unità di lavoro dipendenti e di 0,4 punti percentuali per quelle indipendenti.

Differenze settoriali nella dinamica del lavoro irregolare Nel 2023, l'incidenza del lavoro irregolare sul totale dell'occupazione ha registrato un aumento in numerosi settori di attività economica. L'unico settore in controtendenza è stato quello dei Servizi professionali, che ha segnato un calo di 0,1 punti percentuali.

Il comparto nel quale si è osservato l'incremento più consistente del tasso di irregolarità è stato quello degli Altri servizi alle persone (+1,2 punti percentuali); a seguire, con crescite meno marcate, il settore del Commercio, trasporti, alloggio e ristorazione (+0,5 punti) e quelli della Produzione di beni di investimento e delle Costruzioni, che hanno segnato entrambi un aumento di 0,4 punti percentuali.

L'Agricoltura e la Produzione dei beni alimentari e di consumo hanno registrato un aumento di 0,2 punti percentuali. Nei settori della Produzione di beni intermedi, energia e rifiuti, degli Altri servizi alle imprese e in quello dell'Istruzione, sanità e assistenza sociale il tasso è rimasto stabile rispetto all'anno precedente.

<https://www.fiscoequo.it/istat-cresce-leconomia-non-osservata-75-la-sotto-dichiarazione-del-valore-aggiunto-raggiunge-1082-miliardi-66/>



Osservatorio itinerari previdenziali: chi paga l'Irpef in Italia

Redazione

Dalla rielaborazione dei dati Mef e Agenzia delle Entrate emerge che nel 2024 su una popolazione di 58.997.201 cittadini residenti sono stati 42.570.078 quanti hanno presentato una dichiarazione dei redditi Irpef. A versare però sono solo 33.540.428 residenti, poco più della metà degli italiani.

Ogni contribuente quindi si ritrova "a carico" 1,386 abitanti. Su 42,6 milioni di dichiaranti il 76,87% dell'intera Irpef è pagato da circa 11,6 milioni di milioni di contribuenti, mentre i restanti 31 ne pagano solo il 23,13%.

"Il totale dei redditi prodotti nel 2023 e dichiarati nel 2024 ai fini IRPEF è ammontato a 1.028 miliardi, per un gettito IRPEF generato – al netto di TIR e detrazioni – di 207,15 miliardi (di cui 185,58 miliardi, l'89,9%, di IRPEF ordinaria): valore in aumento del 9,43% rispetto all'anno precedente.

Crescono sia i dichiaranti (42.570.078, numero addirittura superiore a quello record del 2008) sia i contribuenti/versanti, vale a dire coloro che versano almeno 1 euro di IRPEF, che toccano quota 33.540.428. Mentre salgono sia i contribuenti con redditi compresi tra i 20 e i 29mila euro (9,7 milioni) sia quelli con redditi medio-alti dai 29mila euro in su, diminuiscono i dichiaranti per tutte le fasce di reddito fino a 20mila euro, che calano da 22,356 a 21,241 milioni» ha documentato Alberto Brambilla, Presidente del Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali.

Nella sua relazione, è emerso un primo importante paradosso malgrado un trend complessivamente positivo. L'Osservatorio evidenzia sì una riduzione dei dichiaranti con redditi bassi in favore di quelli medio-alti ma, anche per effetto di bonus e detrazioni, non ci sono variazioni sostanziali nella ripartizione del carico fiscale, che pesa soprattutto sulle spalle di uno sparuto ceto medio. "Basti pensare che, malgrado il miglioramento di PIL e occupazione – precisa Brambilla – il 43,15% degli italiani non ha redditi e, di conseguenza, vive a carico di qualcuno. Sono invece 1.184.272 i soggetti (in aumento di oltre 170mila unità sullo scorso anno) che denunciano un reddito nullo o negativo, non pagando quindi né tasse né contributi".

Redditi dichiarati, tipologie di contribuenti e consumi

Meritevoli di una riflessione su equità ed efficienza del nostro sistema fiscale anche i profili di distribuzione dei contribuenti che, sulla base di quanto dichiarato nel 2024, hanno corrisposto almeno 1 euro di IRPEF nel 2023.

Tra 15.000 e 20.000 euro di [reddito](#) lordo dichiarato si trovano circa 5 milioni di contribuenti, che pagano un'[imposta](#) media annua di 1.817 euro, che si riduce a 1.311 euro per singolo abitante; seguono da 20.001 a 29.000 euro 9,7 milioni di contribuenti, con un'[imposta](#) media di 3.750 euro che scende a 2.706 se rapportata al totale abitanti: un importo che, come per la fascia successiva, basterebbe di per sé a coprire i costi della spesa sanitaria pro capite, ma che resterebbe comunque insufficiente guardando alle altre principali funzioni di welfare non coperte da contributi di scopo, tra cui appunto l'assistenza.

Seguono quindi i redditi tra 29.001 e 35mila euro, fascia in cui si collocano 4.359.429 contribuenti pari a 6.041.664 abitanti: questi contribuenti, il 10,24%, pagano un'[imposta](#) media di 6.254 euro l'anno, 4.512 euro per abitante, e versano complessivamente il 13,16% delle imposte. Sommando tutte le fasce di [reddito](#) fino a 29mila euro, si evidenzia dunque che il 72,59% dei contribuenti italiani versa soltanto il 23,13%: di tutta l'IRPEF: "una fotografia più vicina a quella di un Paese povero che di uno Stato membro del G7 e che parrebbe oltretutto poco veritiera guardando a consumi e abitudini di spesa degli italiani, che figurano ai primi posti in Europa per possesso di abitazioni, moto e autoveicoli, smartphone e abbonamenti a pay-tv", il commento del Professore.

Nel dettaglio, da 0 a 7.500 euro lordi si collocano 7.288.399 soggetti, il 17,12% del totale, che pagano in media 26 euro di IRPEF l'anno (19 se rapportati ai cittadini) e sono pertanto pressoché a carico dell'intera collettività. Nella fascia subito superiore, quella dei contribuenti che dichiarano redditi tra i 7.500 e i 15.000 euro lordi l'anno sono 7.696.479: in questo caso, al netto del TIR, l'IRPEF media annua pagata per contribuente è di 296 euro (214 euro per abitante), a fronte – a titolo esemplificativo – di una spesa sanitaria pro capite pari di circa 2.222 euro. L'insieme di queste 3 fasce di contribuenti, vale a dire 16.169.510 soggetti versa solo 1,19% del totale IRPEF: rapportato al numero di abitanti, questo significa 22,409 milioni di persone pagano, al netto di [deduzioni](#) e detrazioni un'[imposta](#) media di 100 euro annui.

Ma quindi chi paga davvero le tasse in Italia? A salire, la scomposizione per scaglione mostra quei poco più di 7 milioni di versanti con redditi superiori ai 35mila euro che, nella sostanza, si fanno carico del finanziamento del nostro welfare state. Più precisamente, esaminando le dichiarazioni relative agli scaglioni di [reddito](#) più elevato, sopra i 100mila euro, l'Osservatorio individua solo l'1,65% dei contribuenti che, tuttavia, versano il 22,43% del totale IRPEF. Sommando i 1.776.374 (il 4,17% del totale, paganti il 17,88% del totale delle imposte) titolari di redditi lordi da 55.000 a 100mila euro, si ottiene che il 5,82% paga il 40,31% dell'IRPEF. Includendo anche i redditi dai 35.000 ai 55mila euro lordi, risulta pertanto che il 17,17% paga il 63,71% dell'[imposta](#) sui redditi delle persone fisiche. Ricomprendendo infine lo scaglione 29mila-35mila euro, "autosufficiente" su quasi tutte le funzioni di welfare salvo una quota di assistenza, si ottiene che il 27,41% dei contribuenti corrisponde il 76,87% dell'IRPEF complessiva e, si suppone, una quota altrettanto rilevante delle altre imposte.

Volendo esemplificare la poco efficace progressività nella ripartizione del carico fiscale, basti fare un esempio: al 2023 le imposte pagate da un lavoratore dipendente con un [reddito](#) tra 35 e 55mila euro sono 34 volte quelle di un [reddito](#) tra 7.500 e 15mila euro, mentre tra 100.000 – che valgono al netto delle tasse circa 52mila euro – e 200.000 euro sono pari a 149 volte; con oltre 300mila euro di [reddito](#), l'[imposta](#) equivale a 814 lavoratori tra 7.500 e 15mila euro (133 con redditi tra 15 e 20mila).

La redistribuzione della ricchezza e il difficile finanziamento del welfare italiano

Come garantire innanzitutto la sostenibilità del nostro sistema di protezione sociale ma, più in generale, produttività e sviluppo del Paese se il grosso del carico fiscale grava su una ristretta minoranza? Questo il secondo grande paradosso su cui invita a riflettere l'Osservatorio, che realizza con cadenza annuale un'analisi delle dichiarazioni individuali dei redditi IRPEF e delle altre principali imposte dirette e indirette (tra cui IRAP, IRES, ISOST e [gettito](#) IVA), con l'obiettivo di ottenere indicatori utili a comprendere l'effettiva situazione socio-economica del Paese e a verificare la tenuta del suo sistema di protezione sociale.

Solo per pagare la spesa sanitaria, per i primi 3 scaglioni con redditi da negativi/zero fino a 20mila euro, la differenza tra l'IRPEF versata e il costo della sanità (2.222 il valore pro capite) supera i 56 miliardi. Considerando anche l'istruzione e la spesa assistenziale e welfare degli enti locali, la redistribuzione totale supera i 233 miliardi (1,13 volte l'importo dell'intera IRPEF) su circa 675 di entrate, al netto dei contributi sociali. In pratica, viene redistribuito l'80,56% di tutte le imposte dirette, principalmente a beneficio soprattutto del 72,59% dei contribuenti con redditi fino a 29mila euro. Un costante trasferimento di ricchezza, sotto forma di servizi gratuiti di cui quest'enorme platea di beneficiari spesso non si rende neppure

conto, in parte anche a causa delle ripetute promesse di nuove elargizioni da parte della politica che tende viceversa a trascurare i percettori di redditi medio-alti, spesso esclusi da bonus e altri benefici malgrado il forte contributo fornito al sistema. Da troppo tempo lo Stato italiano pare poggiarsi sul pericoloso binomio “meno dichiarare e più avrai dallo Stato” che, in assenza di controlli, incoraggia elusione e lavoro nero. Giusto aiutare chi ha bisogno, così come garantire a tutti diritti primari, come ad esempio quello alla salute – la puntualizzazione di Brambilla – ma, al tempo stesso, non si può trascurare quanto queste cifre siano verosimilmente “gonfiate” da economia sommersa ed evasione fiscale per le quali primeggiamo in Europa: “è davvero credibile che quasi la metà degli italiani viva con circa di 10mila euro lordi l’anno”.

Solo nel 2023 sono stati necessari 131,119 miliardi per la spesa sanitaria, oltre 164 per l’assistenza sociale e altri circa 13,4 miliardi per il welfare degli enti locali: un conto totale da oltre 300 miliardi che, in assenza di tasse di scopo (come, ad esempio, accade per le pensioni che sono in attivo al netto dell’Irpef), viene finanziato attingendo alla fiscalità generale. A queste sole 3 voci di spesa sono state dunque destinate nell’ultimo anno di rilevazione pressoché tutte le imposte dirette Irpef, addizionali, Ires, Irap e Isost e anche 32,8 miliardi di imposte indirette, in primis l’Iva.

Negli ultimi 16 anni i redditi dichiarati sono aumentati del 28,46%, mentre la spesa per il welfare è cresciuta del 45%, trainata soprattutto da quella assistenziale, il cui valore tende ormai ad avvicinarsi al gettito dell’Irpef ordinaria.

<https://www.fiscoequo.it/osservatorio-itinerari-previdenziali-chi-paga-lirpef-in-italia/>



Lef: tassare super ricchi per finanziare sviluppo, cooperazione e promuovere l’equità fiscale

Carlo Palumbo

Nel contesto attuale, caratterizzato da disuguaglianze economiche sempre più marcate e da una crescente difficoltà nel finanziare in modo strutturato lo sviluppo sostenibile dei Paesi a basso reddito, la quarta Conferenza delle Nazioni Unite sul finanziamento allo sviluppo, svoltasi a Siviglia tra la fine di giugno e l’inizio di luglio 2025, ha rappresentato un momento cruciale di riflessione e proposta. All’evento hanno preso parte 79 Capi di Stato e 190 delegazioni nazionali, segno di un interesse politico ampio, almeno nelle intenzioni, a ridefinire le priorità globali in materia economica e fiscale.

L’obiettivo condiviso, sancito da risoluzioni delle Nazioni Unite fin dagli anni ’70, è quello di destinare almeno lo 0,7% del PIL nazionale all’aiuto pubblico allo sviluppo entro il 2030. Tuttavia, a oggi, nessuna delle grandi potenze industriali ha effettivamente raggiunto tale soglia, mentre nello stesso arco temporale si assiste a un incremento significativo delle spese militari: i Paesi membri della NATO, ad esempio, si sono impegnati a destinare il 5% del proprio PIL alla difesa.

Questo squilibrio tra risorse allocate per la sicurezza militare e quelle destinate alla cooperazione internazionale solleva interrogativi morali, politici e sistemici. È in questo contesto che durante la seconda giornata della conferenza è emersa una proposta di rilievo: introdurre una tassa patrimoniale globale sui miliardari, destinata specificamente a finanziare lo sviluppo dei Paesi del Sud globale.

L’idea, sostenuta da Spagna, Brasile e Sudafrica, prevede l’introduzione di un’imposta annua pari al 2% sul patrimonio netto dei circa 3.000 miliardari presenti nel mondo. Le stime indicano che una misura del genere potrebbe generare entrate comprese tra i 200 e i 250 miliardi di dollari all’anno, da destinare interamente al

rafforzamento dei programmi di cooperazione, attualmente finanziati in modo discontinuo e strutturalmente insufficiente.

La proposta mira a essere sottoposta al G20 attraverso la creazione di un gruppo di lavoro permanente. Tuttavia, l'esperienza recente invita alla cautela. Un precedente significativo è rappresentato dall'accordo sulla [minimum tax](#) del 15% per le multinazionali, promosso a livello OCSE e G7, che dopo anni di negoziati è stato infine approvato, ma in una forma depotenziata da una clausola [imposta](#) dall'amministrazione Trump che esclude le grandi aziende statunitensi. Alla luce di questo, è lecito dubitare che la nuova proposta possa ottenere un consenso politico globale senza modifiche sostanziali o dilazioni nel tempo.

Ciononostante, la sua rilevanza simbolica e sistemica non può essere sottovalutata. Essa contribuisce a modificare il contesto entro cui si sviluppa il dibattito fiscale internazionale. Le riforme fiscali, infatti, sono spesso percepite come punitive nei confronti delle classi medie e popolari, mentre è ormai evidente – e ampiamente documentato da studi economici e organismi come l'OCSE, il FMI e la Banca Mondiale – che le attuali strutture tributarie premiano in maniera sproporzionata i detentori di grandi patrimoni, che spesso pagano imposte effettive molto inferiori in percentuale rispetto al proprio [reddito](#) o capitale.

Cambiare questa narrazione significa mostrare che una tassazione progressiva dei super-ricchi non solo è giusta, ma anche necessaria per riequilibrare le finanze pubbliche e garantire servizi essenziali alla popolazione. In questo quadro si inserisce anche il ruolo fondamentale delle organizzazioni non governative, come Oxfam, che da anni denunciano l'aumento vertiginoso della concentrazione di ricchezza e promuovono una fiscalità redistributiva come strumento per ridurre le disuguaglianze.

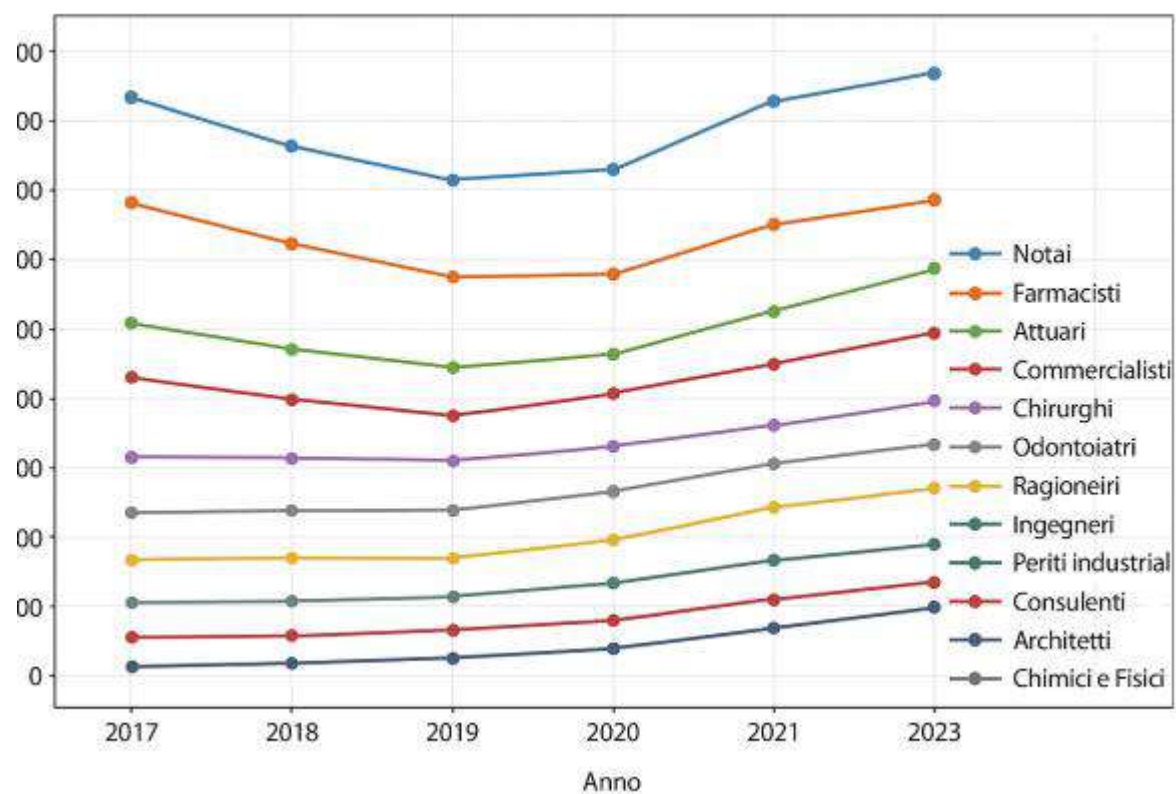
I dati pubblicati nel loro ultimo rapporto evidenziano, da un lato la straordinaria concentrazione di ricchezza nelle mani di una piccola élite globale, dall'altro la sproporzione tra il carico fiscale sostenuto da questi individui rispetto a quello gravante sulla popolazione generale. Questi dati indicano non solo una sproporzione macroscopica, ma anche un fallimento dei meccanismi attuali di giustizia fiscale.

A Siviglia, migliaia di cittadini sono scese in piazza per sostenere la proposta di una [tassa](#) globale sui patrimoni ultramilionari, a testimonianza del fatto che non si tratta di un'idea elitaria o accademica, ma di una rivendicazione sociale diffusa e sentita. La questione centrale diventa allora quella della volontà politica. Perché una tale misura diventi realtà servono tre condizioni: la creazione di un meccanismo multilaterale vincolante, in grado di evitare fenomeni di elusione e concorrenza fiscale tra Stati; la trasparenza patrimoniale attraverso registri pubblici e lo scambio automatico di informazioni tra autorità fiscali; una comunicazione efficace che sappia smascherare i falsi miti sulla tassazione dei ricchi, mostrando come tale misura, lungi dall'essere dannosa per l'economia, possa invece incentivare una crescita più inclusiva e sostenibile.

In conclusione, l'imposizione di una [tassa](#) globale sui miliardari rappresenta oggi una delle poche opzioni realistiche per finanziare in modo stabile lo sviluppo internazionale, promuovere l'equità fiscale e restituire legittimità democratica ai sistemi economici contemporanei. Tassare i super-ricchi, più che un'utopia, è una necessità logica e morale. Le resistenze sono forti, ma i dati, la ragione e sempre più anche l'opinione pubblica sembrano indicare che è questa la direzione verso cui muoversi.

<https://www.fiscoequo.it/lef-tassare-super-ricchi-per-finanziare-sviluppo-cooperazione-e-promuovere-lequita-fiscale/>

Evoluzione dei redditi medi lordi (2017-2023) per categoria professionale



I 100 marchi che dominano il mondo: la regina Apple, la corsa di Nvidia (e spuntano tre italiani)

Andrea Bonafede

Best Global Brand 2025, lo studio di Interbrand sui marchi più noti al mondo: Ferrari, Prada e Gucci le tre italiane in classifica. Digitale in crescita, il calo di lusso e automotive

